1 de janeiro – 31 de dezembro de 2024

Evidência de cobertura:

Os seus benefícios e serviços de saúde e cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare como Associado do CCA Medicare Preferred (PPO)

Este documento informa-o dos detalhes da cobertura Medicare dos seus cuidados de saúde e medicamentos sujeitos a receita médica de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2024. **Este é um documento legal importante. Por favor, mantenha-o num local seguro.**

Para questões sobre este documento, contacte o Serviço de Atendimento a Associados através do número 1-833-346-9222 (os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711). O horário é das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Esta chamada é gratuita.

Este plano, CCA Medicare Preferred, é disponibilizado pela Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC. (Quando esta **Prova de Cobertura** disser "nós", "nos" ou "nosso(a)/nossa(s)", significa a Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC (CCA Health Rhode Island). Quando diz "plano" ou "o nosso plano", significa CCA Medicare Preferred.)

No estado de Rhode Island, a Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC opera como CCA Health Rhode Island (CCA Health).

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

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

H9876_24_EOC_001_C

Aprovação OMB 0938-1051 (Expira a: 29 de fevereiro de 2024)

Os benefícios, prémios, franquia e/ou copagamentos/cosseguro podem sofrer alterações a 1 de janeiro de 2025.

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

O CCA Medicare Preferred (PPO) é um plano de saúde com um contrato Medicare. A adesão depende da renovação do contrato.

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos – por exemplo, em impressão de grande formato, braille ou áudio. Ligue para 833-346-9222 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. A chamada é gratuita.

Serviços de intérprete em vários idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-346-9222 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-346-9222 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-346-9222 (TTY 711) 。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-346-9222 (TTY 711) 。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-346-9222 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-346-9222 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-346-9222 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-346-9222 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-346-9222 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-346-9222 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-346-9222(رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-346-9222 (TTY 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-346-9222 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-346-9222 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-346-9222 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-346-9222 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-866-346-9222 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-866-346-9222 (TTY 711) પર કૉલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:
ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-346-9222 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສັຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំនួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-346-9222 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Evidência de cobertura 2024

Índice

CAPÍTULO 1: *Começar como membro* **5**

SECÇÃO 1 Introdução 6
SECÇÃO 2 O que o torna elegível para ser um membro do plano? 7
SECÇÃO 3 Materiais importantes de adesão que irá receber 8
SECÇÃO 4 Os seus custos mensais para o CCA Medicare Preferred 10
SECÇÃO 5 Mais informações sobre o prémio mensal 14
SECÇÃO 6 Manter o registo de associado do plano (registo de inscrito centralizado) atualizado 16
SECÇÃO 7 Como é que os outros seguros funcionam com o nosso plano 17

CAPÍTULO 2: *Números de telefone e recursos importantes* **19**

SECÇÃO 1 Contactos do CCA Medicare Preferred (como contactar connosco, incluindo como contactar o Serviço de Atendimento a Associados) 20
SECÇÃO 2 Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Medicare Federal) 24
SECÇÃO 3 State Health Insurance Assistance Program [Programa Estatal de Assistência ao Seguro de Saúde] (ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas sobre o Medicare) 26
SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade 27
SECÇÃO 5 Segurança Social 28
SECÇÃO 6 Medicaid 29
SECÇÃO 7 Informações sobre programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica 30
SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board 33
SECÇÃO 9 Tem seguro de grupo ou outro seguro de saúde de um empregador? 33
SECÇÃO 10 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem 34

CAPÍTULO 3: *Utilizar o plano para os seus serviços médicos* **35**

SECÇÃO 1 Coisas a saber sobre obter cuidados médicos como associado do nosso plano 36
SECÇÃO 2 Utilizar prestadores da rede e fora da rede para obter cuidados médicos 37
SECÇÃO 3 Como obter serviços em caso de emergência ou necessidade urgente de atendimento ou durante um desastre 44

SECÇÃO 4 E se for cobrado diretamente pelo custo total dos serviços? 47
SECÇÃO 5 Como é que os seus serviços médicos são cobertos se participar num estudo de investigação clínica? 47
SECÇÃO 6 Regras para obter atendimento numa instituição de saúde não médica religiosa 50
SECÇÃO 7 Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis 51

CAPÍTULO 4: *Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que paga)* 54

SECÇÃO 1 Compreender os custos de desembolso por serviços cobertos 55
SECÇÃO 2 Utilizar a *Tabela de Benefícios Médicos* para saber o que está coberto e quanto irá pagar 57
SECÇÃO 3 Que serviços não estão cobertos pelo plano? 162

CAPÍTULO 5: *Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D* 166

SECÇÃO 1 Introdução 167
SECÇÃO 2 Avie a sua receita numa farmácia da rede ou por meio do serviço de compra pelo correio do plano 167
SECÇÃO 3 Os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos” do plano 173
SECÇÃO 4 Existem restrições à cobertura de alguns medicamentos 175
SECÇÃO 5 E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da maneira que pretende? 177
SECÇÃO 6 E se a sua cobertura mudar no que se refere a um dos seus medicamentos? 181
SECÇÃO 7 Que tipos de medicamentos não são cobertos pelo plano? 184
SECÇÃO 8 Aviar uma receita 185
SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais 186
SECÇÃO 10 Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos 188

CAPÍTULO 6: *O que paga pelos seus medicamentos com receita da Parte D* 192

SECÇÃO 1 Introdução 193
SECÇÃO 2 O que paga por um medicamento depende da fase de pagamento do medicamento em que se encontra quando recebe o medicamento 196

SECÇÃO 3 Enviamos-lhe relatórios que explicam os pagamentos dos seus medicamentos e em que fase de pagamento se encontra 197
SECÇÃO 4 Não existe franquia para o CCA Medicare Preferred 199
SECÇÃO 5 Durante a Fase de Cobertura Inicial, o plano paga a respetiva parte dos custos dos medicamentos e o associado paga a sua parte 199
SECÇÃO 6 Custos na Fase de Ausência de Cobertura 204
SECÇÃO 7 Durante a Fase de Cobertura Catastrófica, o plano paga a maior parte do custo dos seus medicamentos.....204
SECÇÃO 8 Informação sobre benefícios adicionais.....204
SECÇÃO 9 Vacinas da Parte D. O que paga depende de como e onde as recebe 205

CAPÍTULO 7: *Pedir-nos que paguemos a nossa parte de uma fatura que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos*..... 208

SECÇÃO 1 Situações em que nos deve pedir para pagar a nossa parte do custo dos seus serviços ou medicamentos cobertos.....209
SECÇÃO 2 Como pedir-nos para o reembolsar ou pagar uma conta que recebeu 212
SECÇÃO 3 Iremos considerar o seu pedido de pagamento e responder sim ou não 216

CAPÍTULO 8: *Os seus direitos e responsabilidades*..... 217

SECÇÃO 1 O nosso plano tem de respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais como associado do plano 218
SECÇÃO 2 O associado tem algumas responsabilidades como membro do plano 233

CAPÍTULO 9: *O que fazer se tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*..... 236

SECÇÃO 1 Introdução 237
SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada 238
SECÇÃO 3 Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar? 239
SECÇÃO 4 Um guia para os fundamentos das decisões de cobertura e recursos.....239
SECÇÃO 5 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura.....243
SECÇÃO 6 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.....253
SECÇÃO 7 Como solicitar cobertura de um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe está a dar alta cedo demais.....265

SECÇÃO 8 Como pedir-nos que continuemos a cobrir certos serviços médicos se acha que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo 274
SECÇÃO 9 Levar o seu recurso ao Nível 3 e mais além 281
SECÇÃO 10 Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente, ou outras preocupações 285

CAPÍTULO 10: *Encerrar a sua associação ao plano* 291
SECÇÃO 1 Introdução para rescindir a sua associação ao nosso plano 292
SECÇÃO 2 Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano? 292
SECÇÃO 3 Como encerra a sua associação ao nosso plano? 295
SECÇÃO 4 Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano 297
SECÇÃO 5 CCA Medicare Preferred tem de encerrar a sua associação ao plano em certas situações.....297

CAPÍTULO 11: *Avisos legais* 299
SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável 300
SECÇÃO 2 Aviso sobre não discriminação 300
SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Pagador Secundário do Medicare 302
SECÇÃO 4 Nova tecnologia 302
SECÇÃO 5 Informações a pedido 303

CAPÍTULO 12: *Definições de palavras importantes* 304

CAPÍTULO 1:

Começar como membro

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 Aderiu ao CCA Medicare Preferred, que é um PPO do Medicare

Está coberto pelo Medicare e escolheu receber a sua cobertura de cuidados de saúde e medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare através do nosso plano, o CCA Medicare Preferred. Somos obrigados a cobrir todos os serviços da Parte A e Parte B. No entanto, a partilha de custos e o acesso do prestador neste plano diferem do Original Medicare.

O CCA Medicare Preferred é um plano do Medicare Advantage PPO (PPO significa Preferred Provider Organization [Organização de Prestadores Preferenciais]). Tal como todos os planos de saúde Medicare, este Medicare PPO está aprovado pelo Medicare e é gerido por uma empresa privada.

A cobertura deste plano qualifica-se como Qualifying Health Coverage [Cobertura de Saúde Qualificada, QHC] e satisfaz o requisito de responsabilidade partilhada individual do Patient Protection and Affordable Care Act [Lei de Proteção ao Doente e Cuidados Acessíveis, ACA). Consulte o Website do Internal Revenue Service (IRS) em: www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obter mais informações.

Secção 1.2 Do que trata o documento de Evidência de Cobertura?

Este documento intitulado *Evidência de Cobertura* informa sobre como obter os cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica. Explica os seus direitos e responsabilidades, o que está coberto, o que paga como associado do plano e como apresentar uma reclamação se não estiver satisfeito com uma decisão ou tratamento.

As palavras *cobertura* e *serviços cobertos* referem-se aos cuidados e serviços médicos e aos medicamentos sujeitos a receita médica disponíveis para si enquanto associado do CCA Medicare Preferred.

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

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

Secção 1.3 Informações legais sobre a Evidência de Cobertura

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

O contrato está em vigor durante os meses em que estiver inscrito no CCA Medicare Preferred, entre 1 de janeiro de 2024 e 31 de dezembro de 2024.

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

A Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) tem de aprovar o CCA Medicare Preferred todos os anos. Pode continuar a obter cobertura do Medicare todos os anos como membro do nosso plano desde que decidamos continuar a oferecer o plano e o Medicare renove a sua aprovação do mesmo.

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

Secção 2.1 Os seus requisitos de elegibilidade

O associado é elegível para associação ao nosso plano desde que:

- Tenha Medicare Parte A e Medicare Parte B
- -- *e* – resida na nossa área de serviço geográfica (a Secção 2.3 abaixo descreve a nossa área de serviço). Os indivíduos detidos não são considerados residentes na área geográfica de serviço, mesmo que estejam fisicamente localizados na mesma.
- -- *e* – seja um cidadão dos Estados Unidos ou esteja legalmente presente nos Estados Unidos.

Secção 2.2 Esta é a área de serviço do plano para o CCA Medicare Preferred

O CCA Medicare Preferred está disponível apenas para pessoas que residam na área de serviço do plano. Para permanecer membro do nosso plano, tem de continuar a residir na área de serviço do plano. A área de serviço encontra-se descrita abaixo.

A nossa área de serviços inclui estes condados em Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence e Washington.

Caso planeie mudar-se para fora da área de serviço, não poderá permanecer como associado deste plano. Contacte o Serviço de Apoio a Associados para ver se temos um plano na sua nova área. Quando se mudar, terá um Período de Inscrição Especial que permitirá que mude para o Original Medicare ou que se adira a um plano de saúde ou de medicamentos do Medicare disponível em sua nova área de residência.

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

Secção 2.3 Cidadão dos Estados Unidos ou a residir legalmente

Um membro de um plano de saúde Medicare tem de ser cidadão americano ou ter residência legal nos Estados Unidos. O Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros para Serviços Medicare e Medicaid]) irá notificar o CCA Medicare Preferred se não for elegível para continuar a ser associado com base neste fundamento. O CCA Medicare Preferred terá de cancelar a sua adesão caso não cumpra este requisito.

SECÇÃO 3 Materiais importantes de adesão que irá receber

Secção 3.1 O seu cartão de associado do plano

Enquanto for associado do nosso plano, tem de utilizar o cartão de adesão sempre que obtiver serviços cobertos por este plano e medicamentos sujeitos a receita médica que pode adquirir nas farmácias da rede. Também deve mostrar o cartão Medicaid ao prestador, se aplicável. Aqui está um exemplo de cartão de adesão para mostrar como será o seu:

NÃO use o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul para serviços médicos cobertos enquanto for um membro deste plano. Se utilizar o cartão Medicare em vez do cartão de adesão do CCA Medicare Preferred, poderá ter de pagar o custo total dos serviços médicos. Mantenha o seu cartão Medicare num local seguro. Pode ser-lhe solicitado que o mostre se precisar de serviços hospitalares, serviços de cuidados paliativos ou participar em estudos de investigação clínica da Medicare também conhecidos como ensaios clínicos.

Se o seu cartão de adesão do plano for danificado, perdido ou roubado, telefone para o Serviço de Apoio a Associados imediatamente e enviar-lhe-emos um novo cartão.

Secção 3.2 Diretório de Prestadores e Farmácias

O *Diretório de Prestadores e Farmácias* lista os nossos prestadores da rede e fornecedores de equipamento médico duradouro, bem com as farmácias da rede. **Os prestadores da rede** e **farmácias da rede** são médicos e outros profissionais de saúde, grupos médicos e fornecedores de equipamento médico duradouro, hospitais, farmácias e outras unidades de cuidados de saúde que têm um acordo connosco para aceitar o nosso pagamento e qualquer partilha de custos do plano como pagamento integral.

Como associado do nosso plano, pode optar por receber cuidados de prestadores fora da rede. O nosso plano cobre os serviços de prestadores da rede e fora da rede, desde que os serviços sejam serviços cobertos e necessários sob o ponto de vista clínico. No entanto, se utilizar um prestador fora da rede, a sua parte dos custos pelos serviços cobertos poderá ser mais elevada. Consulte o Capítulo 3 (Utilizar a cobertura do plano para os seus serviços médicos) para informações mais específicas. A lista de prestadores e farmácias mais recente está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org.

Se não tiver a sua cópia do *Diretório de Prestadores e Farmácias*, pode solicitar uma cópia ao Serviço de Atendimento a Associados (eletrónica ou em papel). Os pedidos de Diretórios de Prestadores em papel ser-lhe-ão enviados por correio no prazo de três dias úteis.

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

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

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

Iremos fornecer-lhe uma cópia da "Lista de medicamentos". Para obter as informações mais completas e atualizadas sobre os medicamentos cobertos, pode aceder ao website do plano (www.ccahealthri.org) ou telefonar para o Serviço de Apoio a Associados.

SECÇÃO 4 Os seus custos mensais para o CCA Medicare Preferred

Os seus custos podem incluir o seguinte:

- Prémio do Plano (Secção 4.1)
- Prémio mensal Medicare Parte B (Secção 4.2)
- Penalização por inscrição tardia na Parte D (Secção 4.4)
- Montante do ajuste mensal relacionado como rendimento (Secção 4.5)

Em algumas situações, o prémio do plano pode ser inferior

Existem programas para ajudar pessoas com recursos limitados a pagar pelos medicamentos. Estes incluem a "Ajuda Extra" e os programas de assistência farmacêutica estaduais. O Capítulo 2, Secção 7 contém mais informações sobre estes programas. Se se qualificar, a adesão ao programa poderá ser inferior ao seu prémio do plano mensal.

Se *já se inscreveu* e recebe ajuda de um destes programas, **a informação sobre prémios nesta *Evidência de Cobertura* poderá não se aplicar a si**. Enviamos-lhe um folheto separado chamado *Prova de Cobertura – Cláusula Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra para Pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica* (também conhecida como Cláusula Adicional de Subsídio por Baixo Rendimento ou Cláusula Adicional LIS), que contém informações sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este folheto, contacte o Serviço de Atendimento a Associados e peça o LIS Rider.

Os prémios do Medicare Parte B e D são diferentes para pessoas com diferentes rendimentos. Se tiver dúvidas sobre estes prémios, reveja a sua cópia do manual *Medicare & You 2024*, a secção intitulada *Custos Medicare 2024*. Se precisar de uma cópia, pode descarregá-la no website do Medicare (www.medicare.gov). Ou pode solicitar uma cópia impressa pelo telefone através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Secção 4.1 Prémio do plano

Não paga um prémio do plano mensal separado para o CCA Medicare Preferred.

Secção 4.2 Prémio mensal Medicare Parte B

Muitos associados têm de pagar outros prémios Medicare

Tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare para continuar a ser membro do plano. Isto inclui o seu prémio para a Parte B. Também pode incluir um prémio para a Parte A que afeta associados que não são elegíveis para a Parte A gratuita.

Secção 4.3 Penalização por inscrição tardia na Parte D

Alguns associados têm de pagar uma **penalização por inscrição tardia na Parte D**. A penalização por inscrição tardia na Parte D é um prémio adicional que tem de ser pago para a cobertura da Parte D se, em qualquer altura após o seu período de inscrição inicial ter terminado, houver um período de 63 dias ou mais seguidos em que não tenha tido cobertura de medicamentos da Parte D ou outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável. Cobertura creditável de medicamentos sujeitos a receita médica é a cobertura que cumpre os padrões mínimos do Medicare, uma vez que se espera que pague, em média, pelo menos, tanto como a cobertura normal de

medicamentos sujeitos a receita médica paga pelo Medicare. O custo da penalidade de inscrição tardia depende de quanto tempo passou sem cobertura da Parte D ou outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável. Terá de pagar esta penalidade enquanto tiver cobertura da Parte D.

A penalidade de inscrição tardia da Parte D é adicionada ao seu prémio mensal. Quando se inscreveu pela primeira vez no CCA Medicare Preferred, indicamos-lhe o montante da penalização. Se não pagar a penalização por inscrição tardia da Parte D, pode perder os seus benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica.

Não terá de pagar se:

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

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

- Se passou 63 dias ou mais sem a Parte D ou outra cobertura creditável de medicamentos sujeitos a receita médica depois de ter sido elegível pela primeira vez para se inscrever na Parte D, o plano irá contar o número de meses completos em que não teve cobertura. A penalização é 1% por cada mês em que não teve cobertura creditável. Por exemplo, se passar 14 meses sem cobertura, a penalização será de 14%.

- Em seguida, o Medicare determina o montante do prémio mensal médio para os planos de medicamentos Medicare no país, desde o ano anterior. Para 2024, este montante médio de prémio é de $34.70.
- Para calcular a penalização mensal, tem de multiplicar a percentagem da penalização e o prémio mensal médio e depois arredondar para os 10 cêntimos mais próximos. No exemplo, aqui seria 14% vezes $34.70, o que totaliza $4.858. Que arredondado fica em $4.90. Este montante seria adicionado **ao prémio mensal para alguém com uma penalidade de inscrição tardia na Parte D**.

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

- Primeiro, **a penalidade pode mudar todos os anos**, porque o prémio mensal médio pode mudar todos os anos.
- Segundo, **continuará a pagar uma penalidade** todos os meses enquanto estiver inscrito num plano que tenha benefícios de medicamentos da Parte D do Medicare, mesmo que mude de plano.
- Terceiro, se tiver menos de 65 anos e estiver atualmente a receber benefícios do Medicare, a penalidade de inscrição tardia da Parte D será reiniciada quando fizer 65 anos. Após os 65 anos, a penalização por inscrição tardia da Parte D será baseada nos meses que não tem cobertura após o período de inscrição inicial para idosos no Medicare.

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

Secção 4.5 Montante do ajuste mensal relacionado com o rendimento

Alguns associados podem ter de pagar um encargo extra, conhecido como Montante de ajuste mensal relacionado com o rendimento da Parte D, também conhecido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). O encargo extra é calculado utilizando o seu rendimento bruto ajustado modificado, conforme comunicado na sua declaração de IRS de há 2 anos. Se este montante estiver acima de um determinado montante, irá pagar o montante de prémio padrão e o IRMAA adicional. Para mais informações sobre o montante extra que poderá ter de pagar com base no seu

rendimento, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Se tiver que pagar uma quantia extra, a Segurança Social, e não o seu plano Medicare, enviará uma carta a informar qual será a quantia extra. O montante extra será retido do cheque de subsídio da Segurança Social, Conselho de Aposentações dos Caminhos de Ferro ou Gabinete de Gestão de Pessoal, não importa como paga habitualmente o plano do seu prémio, a menos que o seu subsídio mensal não seja suficiente para cobrir o montante extra devido. Se o seu cheque de subsídio não for suficiente para cobrir o montante extra, irá receber uma fatura do Medicare. **Tem de pagar o montante extra ao governo. Não pode ser pago com o seu plano mensal do prémio. Se não pagar o montante extra, a sua inscrição será cancelada do plano e irá perder a cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica.**

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

SECÇÃO 5 Mais informações sobre o prémio mensal

Secção 5.1 Se pagar uma penalização por inscrição tardia na Parte D, existem várias formas de poder pagar a penalização

Há três (3) formas de pagar a penalização.

Pagará por cheque (Opção 1) ou por cartão de crédito ou levantamento automático (Opção 2), a menos que nos diga que quer que a penalização por inscrição tardia do prémio da Parte D seja automaticamente deduzida do seu banco (Opção 2) ou do seu cheque da Segurança Social (Opção 3). Para se registar na Opção 2 ou 3 ou para alterar a sua seleção a qualquer momento, ligue para o Serviço de Atendimento a Associados e diga-nos que opção pretende.

Opção 1: Pagar por cheque

Emita os cheques pagáveis à Commonwealth Care Alliance Rhode Island. Todos os meses irá receber um recibo. A parte inferior do recibo deverá ser separada ao longo da linha perfurada e inserida no envelope de devolução incluído com o recibo. Coloque o cheque dentro do envelope e feche. A franquia é necessária e tem de ser anexada. O cheque tem de ser recebido até ao dia 5 de cada mês.

Opção 2: Cartão de crédito ou levantamento automático

Aceda a https://payments.payspanhealth.com/CCA Siga as instruções de início de sessão e selecione o método de pagamento preferido. As suas opções são cartão de crédito ou pagamento automático da sua conta. Tem opções para selecionar o montante e a frequência dos pagamentos.

Opção 3: Ter a sua penalização por inscrição tardia da Parte D retirada do seu cheque mensal da Segurança Social

Pode pedir que a penalização por inscrição tardia da Parte D seja retirada do seu cheque mensal da Segurança Social. Contacte o Serviço de Atendimento a Associados para mais informações sobre como pagar a penalização desta forma. Teremos todo o gosto em ajudar a configurar esta opção. (Os números de telefone do Serviço de Atendimento a Membros estão impressos na contracapa desta brochura.)

Alterar a forma como paga a sua penalização por inscrição tardia na Parte D.

Se decidir alterar a opção de pagamento da penalização por inscrição tardia da Parte D, pode levar até três meses para que o novo método de pagamento entre em vigor. Enquanto processamos a sua solicitação para um novo método de pagamento, o associado é responsável por garantir que a sua multa por atraso na inscrição da parte D seja paga atempadamente. Para alterar a forma como paga a sua penalização, contacte o Serviço de Atendimento a Associados. Teremos todo o gosto em ajudá-lo.

O que tem de fazer se tiver problemas para pagar a multa por atraso na inscrição da Parte D

A penalização por inscrição tardia da Parte D deve chegar aos nossos escritórios até ao dia 5 de cada mês. I

Se tiver problemas a pagar a sua penalização por inscrição tardia da Parte D a tempo, se devida, contacte o Serviço de Atendimento a Associados para ver se podemos encaminhá-lo para programas que ajudem com os seus custos.

Secção 5.2 Podemos alterar o seu prémio mensal do plano durante o ano?

Não. Não estamos autorizados a alterar o montante cobrado pelo prémio mensal do plano durante o ano. Se o prémio do plano mensal mudar para o próximo ano, avisaremos em setembro e a mudança entrará em vigor a 1 de janeiro.

No entanto, em alguns casos, poderá parar de pagar uma penalização por inscrição atrasada, se devida, ou precisar de começar a pagar uma penalização por inscrição atrasada. Isto pode acontecer se se tornar elegível para o programa “Ajuda Extra” ou se perder a elegibilidade para o programa “Ajuda Extra” durante o ano:

- Se atualmente paga penalização por inscrição tardia do Plano D e se tornou elegível para “Ajuda Extra” durante o ano, poderá deixar de pagar a penalização.
- Se perder a “Ajuda Extra”, poderá estar sujeito a multa por inscrição tardia se passar 63 dias ou mais consecutivos sem a Parte D, ou outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável.

Pode encontrar mais informações sobre o programa “Ajuda Extra” no Capítulo 2, Secção 7.

SECÇÃO 6 Manter o registo de associado do plano (registo de inscrito centralizado) atualizado

O seu registo de membro (registo de inscrito centralizado) contém informações do seu formulário de inscrição, incluindo o seu endereço e número de telefone. Este apresenta a sua cobertura específica do plano.

Os prestadores de cuidados de saúde, hospitais, farmacêuticos e outros prestadores da rede do plano precisam de informações corretas sobre si. **Estes prestadores da rede usam o seu registo de membro para saber que serviços e medicamentos são cobertos e os valores de custos partilhados no seu caso**. Por isso, é muito importante que nos ajude a manter as suas informações atualizadas.

Informe-nos sobre as seguintes alterações:

- Alterações ao seu nome, endereço ou número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde que tenha (como do seu empregador, do empregador do seu cônjuge, indemnização de trabalhador ou Medicaid)
- Se tiver quaisquer sinistros com responsabilidade, como sinistro de um acidente de automóvel
- Se for internado num lar de idosos

- Se receber atendimento num hospital ou hospital fora da área, ou fora da rede
- Se a parte responsável designada (como um cuidador) mudar
- Se participar num estudo de investigação clínica. (**Nota:** não é obrigado a informar o seu plano sobre os estudos de investigação clínica em que pretende participar, mas encorajamo-lo a fazê-lo)

Se alguma destas informações mudar, informe-nos telefonando para o Serviço de Apoio a Associados.

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

SECÇÃO 7 Como é que os outros seguros funcionam com o nosso plano

Outros seguros

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

Uma vez por ano, enviar-lhe-emos uma carta a referirá qualquer outra cobertura de seguro médico ou de medicamentos de que tenhamos conhecimento. Por favor, leia estas informações com atenção. Se estiver correto, não tem de fazer nada. Se as informações estiverem incorretas ou se tiver outra cobertura que não esteja referida, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Pode ter de fornecer o seu número de identificação de membro do plano às suas outras seguradoras (depois de ter confirmado a sua identidade) para que as suas contas sejam pagas corretamente e dentro do prazo.

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

Estas regras aplicam-se à cobertura do plano de saúde de grupo sindical ou do empregador:

- Se tiver cobertura para reformados, o Medicare paga primeiro.
- Se a cobertura do seu plano de saúde de grupo for baseada no seu emprego atual ou de um membro da sua família, quem paga primeiro depende da sua idade, do número de pessoas empregadas pelo seu empregador e se possui Medicare com base em idade, deficiência ou doença renal em estado terminal (DRET):
    - Se tem menos de 65 anos e está incapacitado e o associado ou um membro da sua família ainda estiver a trabalhar, o seu plano de saúde de grupo paga primeiro se o empregador tiver 100 ou mais funcionários ou pelo menos um empregador num plano múltiplo com mais de 100 funcionários.
    - Se tem mais de 65 anos e o associado ou o seu cônjuge ainda estiverem a trabalhar, o seu plano de saúde de grupo paga primeiro se o empregador tiver 20 ou mais funcionários ou pelo menos um empregador num plano múltiplo com mais de 20 funcionários.
- Se tiver o Medicare por causa da DRET, o seu plano de saúde de grupo pagará primeiro pelos primeiros 30 meses, após se tornar elegível para o Medicare.

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

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

O Medicaid e o TRICARE nunca pagam primeiro pelos serviços cobertos pelo Medicare. Apenas pagam após ter pago o Medicare, os planos de saúde do grupo da entidade patronal e/ou o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números de telefone e recursos importantes

SECÇÃO 1 Contactos do CCA Medicare Preferred (como contactar connosco, incluindo como contactar o Serviço de Atendimento a Associados)

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

Para ajuda com reclamações, faturação ou perguntas sobre cartões de associado, telefone ou escreva para CCA Medicare Preferred Member Services. Teremos todo o gosto em ajudá-lo.

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE	833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. O Serviço de Atendimento a Membros também oferece serviços gratuitos de intérprete.
TTY	711 (Rhode Island Relay) As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
WEBSITE	www.ccahealthri.org

Como entrar em contacto connosco para solicitar decisões de cobertura ou recurso sobre o seu atendimento médico

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus serviços médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D. Um recurso é um modo formal de nos solicitar que revejamos e alteremos uma decisão de cobertura que tomamos. Para obter mais informações sobre como solicitar decisões de cobertura ou recurso sobre os seus cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações))*.

Método	Decisões de cobertura e recurso sobre cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D – Informações de contacto
TELEFONE	833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
TTY	711 (Rhode Island Relay) As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	857-453-4517
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108
WEBSITE	www.ccahealthri.org

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

Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou sobre um dos nossos prestadores ou farmácias da rede, incluindo uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento. Este tipo de reclamação não envolve litígios sobre cobertura ou pagamento. Para obter mais informações sobre como apresentar uma queixa sobre os seus cuidados médicos, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)*).

Método	Reclamações sobre cuidados médicos – Informações de contacto
TELEFONE	1-833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
TTY	711 (Rhode Island Relay) As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	857-453-4517
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB MEDICARE	Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Medicare Preferred diretamente à Medicare. Para enviar uma reclamação online ao Medicare, consulte www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Para onde enviar um pedido a solicitar que paguemos a nossa parte do custo para cuidados médicos ou um medicamento que recebeu

Se recebeu uma fatura ou pagou por serviços (como uma fatura de prestador) que acha que devemos pagar, pode ter de nos pedir reembolso ou pagar a fatura de prestador. Consulte o Capítulo 7 (*Solicitar-nos o pagamento da nossa parte de uma fatura que recebeu para serviços médicos ou medicamentos cobertos*).

Tenha em atenção: Se nos enviar uma solicitação de pagamento e negarmos qualquer parte da sua solicitação, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o Capítulo 9 *(***O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)***)* para mais informações.

Método	Solicitações de pagamento – Informações de contacto
TELEFONE	1-833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
TTY	711 (Rhode Island Relay) As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
WEBSITE	www.ccahealthri.org

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

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

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

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

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

SECÇÃO 3 State Health Insurance Assistance Program [Programa Estatal de Assistência ao Seguro de Saúde]

(ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas sobre o Medicare)

O Programa de Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) é um programa governamental com conselheiros formados em todos os estados. Em Rhode Island, o SHIP chama-se Rhode Island State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

O Rhode Island State Health Insurance Assistance Program é um programa estadual independente (não está associado a nenhuma seguradora ou plano de saúde) que recebe dinheiro do governo federal para disponibilizar aconselhamento gratuito sobre seguro de saúde local para pessoas com Medicare.

Os conselheiros do Rhode Island State Health Insurance Assistance Program podem ajudá-lo a entender os seus direitos do Medicare, ajudá-lo a apresentar reclamações relativamente aos seus cuidados médicos ou tratamentos e ajudá-lo a resolver problemas relativamente às suas contas do Medicare. Os conselheiros do SHIP também podem ajudar com questões ou problemas médicos e ajudar a compreender as suas opções do plano Medicare e responder a perguntas sobre mudar de planos.

MÉTODO PARA ACEDER AO SHIP e A OUTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Cliwue em LOCALIZADOR SHIP no meio da página)
- Selecione o seu **ESTADO** na lista. Fazê-lo irá abrir uma página com números de telefone e recursos específicos para o seu estado.

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program – Informações de Contacto
TELEFONE	1-888-884-8721
TTY	1-401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
ESCREVER	25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
WEBSITE	https://oha.ri.gov/Medicare

SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade

Existe uma Organização de Melhoria da Qualidade designada para satisfazer os beneficiários do Medicare em cada estado. Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é denominada KEPRO.

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

Deverá contactar a KEPRO em qualquer uma das seguintes situações:

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

Método	KEPRO (Rhode Island's Quality Improvement Organization) – Informações de contacto
TELEFONE	1-888-319-8452 Segunda a sexta-feira das 9 am às 5 pm Fins de semana e feriados: das 11 am às 3 pm, está disponível atendimento por voicemail permanente.
TTY	1-855-843-4776 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
ESCREVER	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
WEBSITE	www.keproqio.com

SECÇÃO 5 Segurança Social

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

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

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

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

SECÇÃO 6 Medicaid

O Medicaid é um programa conjunto dos governos federal e estadual que ajuda com os custos médicos de certas pessoas com rendimentos e recursos limitados. Algumas pessoas com Medicare também são elegíveis para o Medicaid. Os programas oferecidos pela Medicaid ajudam pessoas com Medicare a pagar os seus custos da Medicare, como os prémios da Medicare. Estes **Programas de Poupança Medicare** incluem:

Qualified Medicare Beneficiary [Beneficiário Qualificado Medicare] (QMB): Ajuda a pagar os prémios do Medicare Parte A e Parte B e outros custos partilhados (como franquias, participações e copagamentos). (Algumas pessoas com QMB também são elegíveis para benefícios receber completos do Medicaid (QMB+).)

Specified Low-Income Medicare Beneficiary [Beneficiário de Baixo Rendimento especificado Medicare] (SLMB): Ajuda a pagar os prémios da Parte B. (Algumas pessoas com SLMB também são elegíveis para benefícios completos do Medicaid (SLMB+).)

Indivíduo que se qualifica (Qualifying Individual, QI): Ajuda a pagar os prémios da Parte B.

Indivíduos com incapacidade e trabalhadores qualificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI): Ajuda a pagar prémios da Parte A.

Para descobrir mais sobre o Medicaid e os respetivos programas, contacte o Rhode Island Medicaid.

Método	Rhode Island Medicaid – Informações de contacto Departamento Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS)
TELEFONE	1-401-462-5274 das 7 am às 7 pm, de segunda a sexta-feira.
TTY	711
ESCREVER	3 West Road Cranston, RI 02920
WEBSITE	https://eohhs.ri.gov/

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

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

Programa de "Ajuda Extra" do Medicare

O Medicare disponibiliza "Ajuda Extra" para pagar os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica para pessoas com rendimentos e recursos limitados. Os recursos incluem as suas poupanças e ações, mas não a sua casa ou carro. Se se qualificar, obtém ajuda para pagar qualquer prémio mensal, franquia anual e copagamentos de receitas do plano de medicamentos Medicare. Esta "Ajuda Extra" também conta para os seus custos de desembolso.

Se se qualificar automaticamente para a "Ajuda Extra", a Medicare irá enviar-lhe uma carta por correio. Não terá de se candidatar. Se não se qualificar automaticamente, poderá conseguir que o programa "Ajuda Extra" pague os seus prémios e gastos com medicamentos sujeitos a receita médica. Para ver se se qualifica para obter "Ajuda Extra", contacte:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048, 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- A secretaria da Segurança Social através do número 1-800-772-1213, entre as 8 am e as 7 pm, de segunda a sexta-feira. Os utilizadores TTY devem contactar o número 1-800-325-0778 (candidaturas); ou
- O seu State Medicaid Office (Gabinete Estadual Medicaid) – Rhode Island Medicaid Office (Gabinete Medicaid de Rhode Island) (pedidos). (Consulte a Secção 6 deste capítulo para informações de contacto.)

Se considera que se qualifica para o programa "Ajuda Extra" e se achar que está a pagar um montante de partilha de custos incorreto quando avia a sua receita numa farmácia, o nosso plano tem um processo que lhe pedir assistência para obter prova do seu nível de copagamento adequado ou, se já tem a prova, para fornecer-nos essa prova.

- Pode fornecer uma cópia da sua carta de Subsídio de Baixo Rendimento (Low Income Subsidy, LIS) ou prova de elegibilidade do Medicaid como prova. Esta informação pode ser enviada ao Serviço de Atendimento a Associados para a morada e número de fax fornecidos anteriormente neste capítulo.
- Quando recebermos a evidência do seu nível de copagamento, atualizaremos o nosso sistema, para que possa pagar o copagamento correto quando receber a sua próxima receita na farmácia. Se pagar a mais pelo seu copagamento, iremos reembolsá-lo. Encaminharemos um cheque para si no valor excedente ou compensaremos futuros copagamentos. Se a farmácia não tiver recebido um copagamento e estiver a interpretar o seu copagamento como uma dívida, podemos fazer o pagamento diretamente à farmácia. Se um estado tiver pago em seu nome, podemos fazer o pagamento diretamente ao estado. Telefone para o Serviço de Apoio a Associados se tiver perguntas.

E se tiver cobertura de um Programa Estadual de Assistência Farmacêutica (SPAP)?

Muitos estados e as Ilhas Virgens Americanas oferecem ajuda para pagar receitas, prémios de planos de medicamentos e/ou outros custos de medicamentos. Se estiver inscrito num Programa Estadual de Assistência Farmacêutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) ou qualquer outro programa que forneça cobertura para medicamentos da Parte D (que não o “Ajuda Extra”, ainda terá 70% de desconto nos medicamentos de marca. Adicionalmente, o plano paga 5% dos custos dos medicamentos de marca na ausência de cobertura. O desconto de 70% e os 5% pagos pelo plano aplicam-se ambos ao preço do medicamento antes de qualquer SPAP ou outra cobertura.

E se tiver cobertura de um Programa de Ajuda para Medicamentos contra a SIDA (ADAP)?
O que é o Programa de Assistência a Medicamentos para a SIDA (ADAP)?

O Programa de Assistência a Medicamentos para a SIDA (ADAP) ajuda os indivíduos elegíveis para o ADAP que vivem com VIH/SIDA a ter acesso a medicamentos para o VIH que podem salvar vidas. Os medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte D que também estão no formulário ADAP qualificam-se para ajuda de partilha de custos de medicamentos sujeitos a receita médica através do Programa de Ajuda para Medicamentos contra o VIH de Rhode Island.

Nota: Para serem elegíveis para o ADAP a operar em Rhode Island, os indivíduos têm de satisfazer certos critérios, incluindo comprovativo de residência no estado e situação em termos de VIH, baixo rendimento conforme definido pelo estado e situação de

segurado/subsegurado. Se alterar planos, notifique o seu trabalhador de inscrição ADAP local para que possa continuar a receber assistência. Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, telefone para o Programa de Assistência para Medicamentos para o VIH em Rhode Island através do 1-401-222-5960.

Programas Estatais de Assistência Farmacêutica

Muitos estados têm Programas Estaduais de Assistência Farmacêutica que ajudam algumas pessoas a pagar medicamentos sujeitos a receita médica com base em necessidades financeiras, idade, condição médica ou incapacidades. Cada estado tem regras diferentes para fornecer cobertura de medicamentos aos seus membros.

Em Rhode Island, o Programa Estadual de Assistência Farmacêutica é supervisionado pelo Gabinete de Saúde e Envelhecimento de Rhode Island.

Método	Rhode Island Office of Health and Aging (Programa Estatal de Assistência Farmacêutica de Rhode Island) – Informações de Contacto
TELEFONE	1-401-462-3000 Das 8 am às 4 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	1-401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
ESCREVER	25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
WEBSITE	https://oha.ri.gov/what-we-do

SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board

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

Método	Railroad Retirement Board – Informações de contacto
TELEFONE	1-877-772-5772 As ligações para este número são gratuitas. Das 9:00 am às 3:00 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	1-312-751-4701 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número *não* são gratuitas.
WEBSITE	rrb.gov/

SECÇÃO 9 Tem seguro de grupo ou outro seguro de saúde de um empregador?

Se o associado (ou seu cônjuge) obtiver benefícios do seu empregador (ou do seu cônjuge) ou grupo de reformados como parte deste plano, pode telefonar para o administrador de benefícios do empregador/sindicato ou para o Serviço de Atendimento a Membros se tiver alguma dúvida. Pode perguntar sobre os benefícios de saúde, prémios ou período de inscrição da sua entidade patronal (ou da do seu cônjuge) ou de reformado. (Os números de telefone do Serviço de Apoio a Associados estão impressos na contracapa desta brochura.) Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) com perguntas sobre a sua cobertura Medicare ao abrigo deste plano.

Se tiver outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica por meio do seu empregador (ou do seu cônjuge) ou grupo de reformados, entre em contacto com o **administrador de benefícios desse grupo.** O administrador de benefícios poderá ajudá-lo a determinar como a sua atual cobertura de medicamentos sujeitos a receita médico irá funcionar com o nosso plano.

SECÇÃO 10 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem

O CCA Medicare Preferred fornece acesso 24 horas por dia a um profissional de saúde qualificado de plantão, se precisar de informações e conselhos médicos. Quando telefonar, o nosso médico, um enfermeiro registado ou especialista em saúde comportamental ou equivalente responderá às suas perguntas gerais sobre saúde e bem-estar. O nosso médico, que tem acesso ao seu Plano de Cuidados Individualizados, consegue fornecer aconselhamento clínico sobre as suas necessidades físicas ou emocionais. Se tiver uma necessidade de saúde urgente, mas não for uma emergência, pode telefonar para a nossa Linha de Aconselhamento de Enfermagem 24 horas por dia, 7 dias por semana para questões médicas ou de saúde comportamental.

Método	Linha de Aconselhamento de Enfermagem – Informações de contacto
TELEFONE	1-833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Estão disponíveis serviços de intérprete gratuitos para pessoas que não falam inglês.
TTY	711 As ligações para este número são gratuitas. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana.

CAPÍTULO 3:

Utilizar o plano para os seus serviços médicos

SECÇÃO 1 Coisas a saber sobre obter cuidados médicos como associado do nosso plano

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

Para detalhes sobre que cuidados médicos estão cobertos pelo nosso plano e quanto paga quando recebe estes cuidados, utilize a Tabela de Benefícios no capítulo seguinte, Capítulo 4 (*Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que tem de pagar*).

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

- **Prestadores** são médicos e outros profissionais de saúde licenciados pelo estado para fornecerem serviços e cuidados médicos. O termo prestadores também inclui hospitais e outras instalações de saúde.
- Os **prestadores da rede** são os médicos e outros profissionais de saúde, grupos médicos, hospitais e outras unidades de cuidados de saúde que têm um acordo connosco para aceitar o nosso pagamento e qualquer montante de partilha de custos do plano como pagamento na totalidade. Trabalhamos para que estes prestadores forneçam serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores da nossa rede cobram-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando consulte um prestador de rede, paga apenas pela sua parte do custo por tais serviços.
- Os **serviços cobertos** incluem todos os cuidados médicos, serviços de saúde, produtos, equipamentos e medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano. Os seus serviços cobertos para cuidados médicos estão listados na tabela de benefícios médicos no Capítulo 4. Os seus serviços cobertos para medicamentos sujeitos a receita médica são discutidos no Capítulo 5.

Secção 1.2 Regras básicas para obter cuidados médicos cobertos pelo plano

Como um plano de saúde Medicare, o CCA Medicare Preferred tem de cobrir todos os serviços cobertos pelo Original Medicare e tem de seguir as regras de cobertura do Original Medicare.

O CCA Medicare Preferred de uma forma geral irá cobrir os seus cuidados médicos desde que:

- **O atendimento que receber esteja incluído na Tabela de Benefícios Médicos** do plano (esta tabela está no Capítulo 4 deste documento).
- **O atendimento que receber seja considerado medicamente necessário**. Medicamente necessário significa que os serviços, produtos, equipamento ou medicamentos são necessários para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento da sua condição médica e satisfazem os padrões aceites da prática médica.
- **Receba os cuidados de um prestador que seja elegível para prestar serviços ao abrigo do Original Medicare.** Como associado do nosso plano, pode receber os seus cuidados de qualquer prestador da rede ou de um prestador fora da rede (para mais informações, consulte a Secção 2 neste capítulo).
    - Os fornecedores na nossa rede estão listados no *Diretório de Prestadores*.
    - Se utilizar um prestador fora da rede, a sua parte dos custos pelos serviços cobertos poderá ser mais elevada.
    - Tenha em atenção: Embora possa obter cuidados de um prestador fora da rede, o prestador tem de ser elegível para participação no Medicare. Exceto em casos de emergência, não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare. Se consultar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare, terá de pagar o custo total dos serviços que receber. Confirme junto do seu prestador antes de receber serviços para confirmar que o prestador é elegível para participação no Medicare.

SECÇÃO 2 Utilizar prestadores da rede e fora da rede para obter cuidados médicos

Secção 2.1 Tem de escolher um Prestador de Cuidados Primários (PCP) para lhe prestar e supervisionar os seus cuidados médicos

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

O seu prestador de cuidados primários é um prestador da rede que consulta primeiro para a maioria dos problemas de saúde.

Que tipos de prestadores podem ser PCP?

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

Qual é a função do meu PCP?

O seu PCP é responsável pela coordenação dos seus cuidados de saúde, incluindo necessidades de cuidados de saúde de rotina. Ao tornar-se um membro do nosso plano, tem de escolher um prestador da rede como seu PCP. Contratamos prestadores de cuidados primários que conhecem a sua comunidade e que desenvolveram relações de trabalho com especialistas, hospitais, prestadores de cuidados domiciliários comunitários e enfermarias especializadas na sua área.

Qual é a função do PCP na coordenação de serviços cobertos?

O seu PCP, juntamente com os outros membros da sua equipa de atendimento, é responsável por coordenar todos os seus cuidados médicos. A continuidade e a coordenação de cuidados entre o seu PCP, especialistas e o CCA Medicare Preferred (PPO) ajuda-o a obter os cuidados adequados no local certo à hora certa. Coordenar os seus serviços inclui obter autorização prévia (se aplicável) e verificar consigo ou consultá-lo e a outros prestadores do plano sobre os seus cuidados e como estão a correr.

Como escolhe o seu PCP?

Cada um dos nossos membros tem de ter um prestador de cuidados primários (PCP). Quando se inscrever no nosso plano, tem de selecionar um PCP. Se selecionar um PCP que não esteja na nossa rede, poderá pagar mais pelos serviços cobertos.

Pode utilizar o nosso *Diretório de Prestadores e Farmácias* para encontrar um PCP. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* mais atualizado está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org.

Se não escolher um PCP, podemos escolher um para si. Também pode contactar o Serviço de Atendimento a Associados através do número que se encontra impresso no verso deste folheto caso precise de mais informações ou ajuda. Poder alterar o seu PCP a qualquer momento. Consulte Mudar de PCP abaixo.

Mudar de PCP

Pode mudar de PCP por qualquer motivo, em qualquer momento. Além disso, é possível que o seu PCP saia da rede do nosso plano de prestadores de cuidados de saúde. Se isto acontecer, poderá ter de encontrar um novo PCP. Se optar por consultar um PCP que não esteja na nossa rede, poderá pagar mais por serviços cobertos.

Se quiser mudar de PCP, ligue para o Serviço de Atendimento a Membros. Se a mudança de PCP for para um consultório de grupo médico diferente, entrará em vigor no primeiro dia do mês após o pedido ter sido efetuado; no entanto, se a mudança de PCP for dentro do mesmo consultório/clínica de cuidados primários, a alteração poderá entrar em vigor mais rapidamente.

Secção 2.2 Que tipo de atendimento médico pode obter sem recomendação do seu PCP?

Pode obter os serviços listados abaixo sem obter aprovação prévia do seu PCP.

- Cuidados de saúde da mulher de rotina, inclui exames da mama, mamografias de rastreio (radiografias da mama), testes de Papanicolau e exames pélvicos
- Vacinas da gripe, vacinas contra a COVID-19, vacinas da hepatite B e vacinas da pneumonia
- Serviços de emergência de prestadores da rede e de prestadores fora da rede.
- Serviços de necessidade urgente são serviços cobertos que não são serviços de emergência, prestados quando os prestadores da rede estão temporariamente indisponíveis ou inacessíveis ou quando o inscrito está fora da área de serviço. Por exemplo, precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana. os serviços devem ser imediata e medicamente necessários.
- Os serviços de diálise renal que obtém numa unidade de diálise certificada pela Medicare quando estiver temporariamente fora da área de serviço do plano ou quando o seu prestador para este serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível. A partilha de custos que paga ao plano para diálise nunca pode exceder a partilha de custos no Original Medicare. Se estiver fora da área de serviço do plano e obtiver a diálise de um prestador que esteja fora da rede do plano, a sua partilha de custos não pode exceder a partilha de custos que paga na rede. No entanto, se o seu prestador habitual da rede para diálise estiver temporariamente indisponível e optar por obter serviços dentro da área de serviço de um prestador fora da rede do plano, a partilha de custos para a diálise pode ser maior. Se possível, informe-nos antes de sair da área de serviço, para que possamos tomar providências para realizar diálise de manutenção enquanto estiver fora.

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

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

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

- Os ortopedistas cuidam de doentes com determinados problemas ósseos, articulares ou musculares.

O seu PCP colaborará consigo e com os seus especialistas para garantir que recebe os serviços de que precisa.

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

O nosso plano tem acordo com certas instalações que fornecem cuidados agudos, crónicos e de reabilitação. Como associado do CCA Medicare Preferred, será encaminhado a hospitais da rede relativamente aos quais o seu PCP tem privilégios de admissão. Estas instalações deverão ser-lhe familiares e estão geralmente localizadas em sua comunidade. Consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para localizar instalações na rede do plano. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* mais atualizado está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org.

O nosso plano cobre um segundo parecer de um especialista ou qualquer outro profissional de saúde qualificado para quaisquer serviços cobertos dentro da rede. Também pode obter uma segunda opinião de um prestador fora da rede se não estiver disponível um prestador dentro da rede. O seu PCP/equipa de atendimento ajudá-lo-á a providenciar o recebimento de serviços de segunda opinião de um prestador fora da rede. O CCA Medicare Preferred tem de autorizar o(s) serviço(s) que receber de um prestador fora da rede antes de procurar os cuidados. Nesta situação, cobriremos estes serviços sem nenhum custo para si.

Pode ser necessária autorização prévia para determinados serviços (consulte o Capítulo 4 ou informações que serviços requerem autorização prévia). A autorização pode ser obtida a partir do plano. O associado ou o seu prestador, incluindo um prestador não contratado, podem perguntar ao plano antes de um serviço ser fornecido se o plano irá cubra. O associado ou o seu prestador podem solicitar que esta determinação seja feita por escrito. Este processo é chamado de determinação avançada. Se informarmos que não cobriremos os seus serviços, o associado ou o seu prestador, têm o direito de recorrer da nossa decisão de não cobrirmos os seus cuidados. O Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações*)) contém mais informações sobre o que fazer se quiser uma decisão de cobertura da nossa parte ou se quiser recorrer de uma decisão que já tenhamos tomado.

E se um especialista ou outro prestador da rede deixar o nosso plano?

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

- Mesmo que a nossa rede de prestadores mude durante o ano, o Medicare exige que lhe forneçamos acesso ininterrupto a médicos e especialistas qualificados.
- Iremos notificá-lo de que o seu prestador está a sair do nosso plano para que tenha tempo para selecionar um novo prestador.
    - Se o seu prestador de cuidados primários ou de saúde comportamental sair do nosso plano, iremos notificá-lo se tiver consultado esse prestador nos últimos três anos.
    - Se algum dos seus outros prestadores sair do nosso plano, iremos notificá-lo se for atribuído ao prestador, receber atualmente cuidados deles ou se os tiver visto nos últimos três meses.
- Iremos ajudá-lo a selecionar um novo prestador qualificado da rede a que possa aceder para cuidados continuados.
- Se estiver a ser a ser submetido a tratamento médico ou a terapias com o seu atual prestador, tem o direito de solicitar que o tratamento ou terapias medicamente necessários que está a receber continuam.
- Iremos fornecer-lhe informações sobre os diferentes períodos de inscrição disponíveis e opções que possa ter para alterar planos.
- Iremos providenciar qualquer benefício coberto clinicamente necessário fora da nossa rede de prestadores, mas com partilha de custos dentro da rede, quando um prestador ou benefício dentro da rede estiver indisponível ou inadequado para satisfazer as suas necessidades médicas.
- Se souber que o seu médico ou especialista vai sair do plano, contacte-nos para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo prestador para gerir os seus cuidados.
- Se considerar que não lhe disponibilizámos um prestador qualificado para substituir o seu prestador anterior ou que o seu atendimento não está a ser administrado de forma adequada, tem o direito de registar uma reclamação sobre cuidados ao QIO, uma queixa sobre a qualidade dos cuidados ao plano ou ambos. Consulte o Capítulo 9.

Secção 2.4 Como obter atendimento de prestadores fora da rede

Como associado do nosso plano, pode optar por receber cuidados de prestadores fora da rede. No entanto, tenha em atenção que os prestadores que não fizerem contrato connosco não têm qualquer obrigação de o tratar, exceto em situações de emergência.

O nosso plano cobre os serviços de prestadores da rede e fora da rede, desde que os serviços sejam serviços cobertos e necessários sob o ponto de vista clínico. No entanto, **se utilizar um prestador fora da rede, a sua parte dos custos pelos serviços cobertos poderá ser mais elevada.** A seguir encontra outras coisas importantes a saber sobre utilizar prestadores fora da rede:

- Pode obter cuidados de um prestador fora da rede; no entanto, na maioria dos casos, esse prestador tem de ser elegível para participação no Medicare. Exceto em casos de emergência, não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare. Se receber cuidados de um prestador que não seja elegível para participação no Medicare, terá de pagar o custo total dos serviços que receber. Confirme junto do seu prestador antes de receber serviços para confirmar que o prestador é elegível para participação no Medicare.
- Não tem de obter um encaminhamento ou autorização prévia quando obtém cuidados de prestadores fora da rede. No entanto, antes de obter os serviços de prestadores fora da rede, poderá ser boa ideia pedir uma decisão de cobertura antes da consulta para confirmar que os serviços que está a obter estão cobertos e são necessários sob o ponto de vista clínico. (Consulte o Capítulo 9, Secção 4 para informações sobre pedir decisões de cobertura.) Isto é importante porque:
    - Sem uma decisão de cobertura antes da consulta, se determinarmos mais tarde que os serviços não estão cobertos ou não eram necessários sob o ponto de vista clínico, poderemos recusar a cobertura e o associado será responsável pela totalidade dos custos. Se informarmos que não cobriremos os seus serviços, tem o direito de recorrer da nossa decisão de não cobrirmos os seus cuidados. Consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação*) para saber como pedir um recurso.
- É melhor pedir ao prestador fora da rede para cobrar primeiro ao plano. Mas se já pagou pelos serviços cobertos, iremos reembolsá-lo pela nossa parte do custo dos serviços cobertos. Ou se o prestador fora da rede lhe enviar uma fatura que acha que devemos pagar, pode enviar-nos a fatura para pagamento. Consulte o Capítulo 7 (Solicitar-nos o pagamento da nossa parte de uma fatura que recebeu para serviços médicos ou medicamentos cobertos) para informações sobre o que fazer se receber uma fatura ou se tiver de pedir um reembolso.
- Se estiver a utilizar um prestador de fora da rede para cuidados de emergência, serviços necessários com urgência ou diálise fora da rede, poderá não ter de pagar um montante de partilha de custos mais elevado. Consulte a Secção 3 para mais informações sobre estas situações.

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

Secção 3.1 Receber atendimento em caso de emergência médica

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

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

Se tiver uma emergência médica:

- **Obtenha ajuda o mais rapidamente possível.** Telefone para o 911 para obter ajuda ou acorra às as urgências ou hospital mais próximo. Chame uma ambulância se precisar. *Não* precisa de obter previamente aprovação ou encaminhamento do seu PCP. Não precisa de utilizar um prestador de cuidados de saúde da rede. Pode obter cuidados médicos de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer parte dos Estados Unidos ou dos seus territórios, e de qualquer prestador com uma licença estatal adequada, mesmo que não faça parte da nossa rede

  Assim que possível, certifique-se de que o nosso plano foi informado sobre a sua emergência. Precisamos de fazer o seguimento do seu atendimento de emergência. O associado ou outra pessoa deve contactar-nos para nos informar sobre o seu atendimento de emergência, geralmente dentro de 48 horas. Ligue para o Serviço de Atendimento a Associados através do número 833-346-9222 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

O que está coberto se tiver uma emergência médica?

O nosso plano cobre serviços de ambulância em situações em que deslocar-se às urgências de qualquer outra forma pode pôr a sua saúde em perigo. Também cobrimos serviços médicos durante a emergência.

Os médicos que lhe prestam cuidados de emergência irão decidir quando a condição é considerada estável e a emergência médica terminar.

Após o término da emergência, tem direito a serviços de seguimento para garantir que a sua condição permanece estável. Os seus médicos continuarão a tratá-lo até que nos contactem e façam planos para cuidados adicionais. Os seus cuidados de seguimento serão cobertos pelo nosso plano.

Se obtiver cuidados de seguimento de prestadores fora da rede, irá pagar a partilha de custos fora da rede mais elevada.

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

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

No entanto, após o prestador de cuidados de saúde afirmar que *não* é uma emergência, o montante da partilha de custos que irá pagar irá depender se obteve os cuidados de prestadores da rede ou de prestadores fora da rede. Se obteve os cuidados de prestadores da rede, a sua parte dos custos irá normalmente ser menor do que se obteve os cuidados de prestadores fora da rede.

Secção 3.2 Receber atendimento em caso de necessidade urgente

O que é um serviço de necessidade urgente?

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

Na maioria das situações, se estiver na área de serviço do plano e utilizar um plano fora da rede, irá pagar uma parte mais elevada dos cuidados pelos seus cuidados.

Deve tentar sempre obter serviços de necessidade urgente de prestadores da rede. No entanto, se os prestadores estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis e não for razoável esperar para obter atendimento do seu prestador da rede até a rede estar disponível, cobriremos os serviços de necessidade urgente que obtenha de um prestador fora da rede. (por exemplo, utilizar centros de atendimento de urgência, a linha direta de um prestador, etc.)

Incentivamo-lo a contactar o Serviço de Atendimento a Membros através do 1-833-346-9222 (TTY 711) e a selecionar a opção do menu **Linha de Aconselhamento de Enfermagem** se precisar de atendimento urgente, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Iremos ligá-lo ao nosso Departamento de Resposta Clínica, que está disponível 24 horas por dia. Temos Enfermeiros Registados e Médicos de Saúde Comportamental que irão ajudá-lo com as suas necessidades de cuidados médicos ou de saúde comportamental urgentes.

Consulte o seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* para obter uma lista de Centros de Cuidados Urgentes da rede.

O nosso plano cobre serviços de emergência em todo o mundo fora dos Estados Unidos. Existe um limite de $100.000 para serviços de emergência prestados fora dos Estados Unidos. Para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4 desta brochura.

Secção 3.3 Obter cuidados durante um desastre

Se o Governador do seu estado, o U.S. Secretary of Health and Human Services [Secretário de Saúde e Segurança Social dos EUA] ou o Presidente dos Estados Unidos declarar um estado de desastre ou emergência na sua área geográfica, ainda terá direito a cuidados do seu plano.

Visite o website seguinte: https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies para informações sobre como obter os cuidados necessários durante um desastre.

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

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

Secção 4.1 Pode pedir-nos para pagar a nossa parte do custo dos serviços cobertos

Se pagou mais do que a sua partilha de custos do plano dos serviços cobertos, ou se recebeu uma fatura pela totalidade dos custos dos serviços médicos cobertos, consulte o Capítulo 7 (*Solicitar-nos o pagamento da nossa parte de uma fatura que recebeu para serviços médicos ou medicamentos cobertos*) para informações sobre o que fazer.

Secção 4.2 Se os serviços não estiverem cobertos pelo nosso plano, tem de pagar a totalidade dos custos

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

Para serviços cobertos que tenham uma limitação de benefícios, paga também o custo total de quaisquer serviços que obtenha depois de esgotar o seu benefício para esse tipo de serviço coberto. Pagar por custos após um limite de benefício ter sido atingido não se aplica ao montante máximo de desembolso. Pode ligar para o Serviço de Atendimento a Membros quando quiser saber quanto do seu limite de benefícios já utilizou.

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

Secção 5.1 O que é um estudo de investigação clínica?

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

Assim que a Medicare aprovar o estudo, e o associado expressar interesse, alguém que trabalhe no estudo entrará em contacto consigo para explicar mais sobre o estudo

e verificar se satisfaz os requisitos estabelecidos pelos cientistas que estejam a conduzir o estudo. Pode participar no estudo desde que cumpra os requisitos do estudo *e* tiver uma compreensão e aceitação completas do que está envolvido se participar no estudo.

Se participar num estudo aprovado pelo Medicare, o Original Medicare pagará a maior parte dos custos dos serviços cobertos que receber como parte do estudo. Se nos informar que está num ensaio clínico qualificado, então é apenas responsável pela partilha de custos dentro da rede pelos serviços nesse ensaio. Se pagou mais, por exemplo, se já pagou o montante da partilha de custos do Original Medicare, reembolsaremos a diferença entre o que pagou e a partilha de custos na rede. No entanto, terá de fornecer documentação para nos mostrar quanto pagou. Se participar num estudo de investigação clínica poderá permanecer inscrito no nosso plano e continuar a receber o restante dos seus cuidados (os cuidados que não estão relacionados com o estudo) por meio do nosso plano.

Se quiser participar em qualquer estudo de investigação clínica aprovado pelo Medicare, *não* precisa de nos informar ou de obter a nossa aprovação ou do seu PCP. Os prestadores que prestam os seus cuidados como parte do estudo de investigação clínica fazem *não* têm de fazer parte dentro da rede de prestadores do nosso plano. Tenha em atenção que isto não inclui benefícios pelos quais o nosso plano é responsável, que incluem, como componente, um ensaio clínico ou registo para avaliar o benefício. Estes incluem determinados benefícios especificados ao abrigo de determinações de cobertura nacional (NCD, do inglês “national coverage determinations”) e ensaios de dispositivos experimentais (IDE, do inglês “investigational device trials”) e podem estar sujeitos a autorização prévia e outras regras do plano.

Embora não precise de obter a permissão do nosso plano para participar num estudo de investigação clínica, encorajamo-lo a notificar-nos antecipadamente quando optar por participar em ensaios clínicos qualificados pela Medicare.

Se participar num estudo que o Medicare *não* tenha aprovado, *será responsável por pagar todos os custos da sua participação no estudo.*

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

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

- Alojamento e alimentação para um internamento hospitalar que o Medicare pagaria mesmo que não estivesse num estudo.
- Uma operação ou outro procedimento médico se fizer parte do estudo de investigação.
- Tratamento de efeitos secundários e complicações resultantes dos novos cuidados.

Depois de a Medicare ter pago a sua parte do custo destes serviços, o nosso plano pagará a diferença entre a partilha de custos no Original Medicare e a sua partilha de custos na rede como membro do nosso plano. Isto significa que irá pagar o mesmo montante pelos serviços que receber como parte do estudo como faria se tivesse recebido estes serviços do nosso plano. No entanto, tem de enviar documentação que mostre a partilha de custos que pagou. Consulte o Capítulo 7 para mais informações sobre enviar pedidos para pagamento.

Eis um exemplo de como funciona a partilha de custos: Digamos que faz uma análise laboratorial que custa $100 como parte do estudo de investigação. Digamos também que a sua parte dos custos para este exame é de $20 ao abrigo do Original Medicare, mas o exame seria de $10 ao abrigo dos benefícios do nosso plano. Neste caso, o Original Medicare pagaria $80 pelo teste e pagaria o copagamento de $20 exigido ao abrigo do Original Medicare. Em seguida, notificará o seu plano de que recebeu um serviço qualificado de ensaios clínicos e enviará documentação, tal como uma fatura de prestador, ao plano. O plano pagar-lhe-ia então diretamente $10. Por conseguinte, o seu pagamento líquido é de $10, o mesmo montante que pagaria ao abrigo dos benefícios do nosso plano. Tenha em atenção que, para receber o pagamento do seu plano, tem de enviar documentação para o seu plano, como uma fatura de prestador.

Quando participa num estudo de investigação clínica, **nem o Medicare nem o nosso plano irá pagar pelo seguinte:**

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

Quer saber mais?

Pode obter mais informações sobre como ingressar num estudo de investigação clínica acedendo ao sítio Web do Medicare para ler ou transferir a publicação Medicare and Clinical Research Studies. (A publicação está disponível em: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

- A instituição que fornece o atendimento tem de ser certificada pelo Medicare.

- A cobertura dos serviços que recebe do nosso plano é limitada a aspetos não religiosos dos cuidados.
- Se receber serviços desta instituição que sejam fornecidos numa instalação, aplicam-se as seguintes condições
  - Tem de ter uma condição médica que lhe permita receber serviços cobertos para cuidados de internamento hospitalar ou cuidados de enfermagem qualificados.
  - – e – tem de obter aprovação previamente do nosso plano antes de ser admitido nas instalações ou o seu internamento não será coberto.

O associado está coberto para dias ilimitados no hospital, desde que a sua estadia cumpra as diretrizes de cobertura do Medicare. Os limites de cobertura são descritos sob os Cuidados Hospitalares de Internamento na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4.

SECÇÃO 7 Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis

Secção 7.1 Irá ser proprietário do equipamento médico duradouro depois de fazer um determinado número de pagamento ao abrigo do seu plano?

O equipamento médico durável (EMD) inclui equipamento como dispositivos e produtos para toma de oxigénio, cadeiras de rodas, andarilhos, sistemas de colchões elétricos, muletas, produtos para diabéticos, dispositivos geradores de fala, bombas de perfusão IV, nebulizadores e camas hospitalares encomendados por um prestador para uso em casa. O membro irá sempre possuir determinados equipamentos, tais como próteses. Nesta secção, discutimos outros tipos de EMD que deve alugar.

No Original Medicare, as pessoas que alugam certos tipos de EMD tornam-se proprietárias do equipamento depois de realizarem copagamentos pelo material durante 13 meses. Como membro do CCA Medicare Preferred, no entanto, normalmente não adquirirá a propriedade de itens de DME alugados, independentemente de quantos copagamentos efetuar para o item enquanto for membro do nosso plano, mesmo que tenha feito até 12 pagamentos consecutivos para o item DME ao abrigo do Original Medicare antes de aderir ao nosso plano. Em determinadas circunstâncias limitadas, transferiremos a propriedade do item de EMD para si. Para obter mais informações, ligue para os Serviços de Apoio a Associados.

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

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

Exemplo 1: fez 12 ou menos pagamentos consecutivos para o item no Original Medicare e depois aderiu ao nosso plano. Os pagamentos que efetuou no Original Medicare não contam. Terá de fazer 13 pagamentos ao nosso plano antes de ser proprietário do artigo.

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

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

A que benefícios de toma de oxigénio tem direito?

Se se qualificar para cobertura de equipamento de oxigénio Medicare, o CCA Medicare Preferred irá cobrir:

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

Se sair do CCA Medicare Preferred ou deixar de necessitar de equipamento de oxigénio, então, o equipamento de oxigénio tem de ser devolvido.

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

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

CAPÍTULO 4:

Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que paga)

SECÇÃO 1 Compreender os custos de desembolso por serviços cobertos

Este capítulo fornece uma Tabela de Benefícios Médicos que lista os seus serviços cobertos e mostra quanto irá pagar por cada um dos serviços cobertos enquanto associado do CCA Medicare Preferred. Mais adiante neste capítulo, pode encontrar informações sobre serviços médicos que não são cobertos. Também explica os limites em determinados serviços.

Secção 1.1 Tipos de custos de desembolso que poderá pagar pelos serviços cobertos

Para compreender as informações de pagamento, neste capítulo, fornecemos-lhe informações sobre os tipos de custos de desembolso que pode pagar pelos seus serviços cobertos.

- **Copagamento** é o montante fixo que paga sempre que recebe determinados serviços médico. Faz um copagamento no momento em que recebe o serviço médico. (A Tabela de Benefícios Médicos na Secção 2 informa-o mais sobre os seus copagamentos.)
- **Cosseguro** é a percentagem que paga do custo total de determinados serviços médicos. Paga um cosseguro no momento em que obtém o serviço médico. (A Tabela de Benefícios Médicos na Secção 2 contém mais informações sobre o cosseguro.)

A maioria das pessoas que se qualifica para o Medicaid ou para o programa Qualified Medicare Beneficiary (QMB) nunca devem pagar franquias, copagamentos ou cosseguro. Certifique-se de que apresenta a sua prova do Medicaid ou elegibilidade do QMB ao prestador, se aplicável.

Secção 1.2 Qual é o máximo que irá pagar pelos serviços médicos cobertos?

Ao abrigo do nosso plano, existem dois limites diferentes sobre o que tem de pagar de desembolso por serviços médicos cobertos:

- O **montante máximo que paga do seu bolso dentro da rede** é de $4,500. Este é o valor máximo que paga durante um ano civil pelos serviços do plano cobertos recebidos de prestadores da rede. Os montantes que paga por

copagamentos e cosseguro por serviços cobertos dos prestadores da rede contam para este montante de desembolso máximo na rede. (Os montantes que paga por prémios do plano, medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D e serviços de prestadores fora da rede, não contam para o montante de desembolso máximo na rede. Se tiver pago $4,500 por serviços cobertos de prestadores da rede, não terá quaisquer custos de desembolso durante a restante parte do ano quando consultar os nossos prestadores da rede. No entanto, tem de continuar a pagar o prémio do Medicare Parte B (a menos que o prémio da Parte B seja pago por si pela Medicaid ou por terceiros)).

- O seu **montante de desembolso máximo combinado** é $4,500. Este é o valor máximo que paga durante um ano civil pelos serviços do plano cobertos recebidos de prestadores da rede e prestadores fora da rede. Os montantes que paga por copagamentos e cosseguro para serviços cobertos contam para este montante de desembolso máximo combinado. (Os montantes que paga pelos prémios do seu plano e pelos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D não contam para o montante de desembolso máximo combinado.) Se tiver pago $4,500 por serviços cobertos, terá 100% de cobertura e não terá quaisquer custos de desembolso durante a restante parte do ano para serviços cobertos. No entanto, deve continuar a pagar o prémio da Parte B do Medicare (a menos que o seu prémio da Parte B seja pago por si pela Medicaid ou por outro terceiro).

Secção 1.3 O nosso plano não permite que os prestadores lhe “cobrem a diferença”

Como associado do CCA Medicare Preferred, uma proteção importante para si é que apenas tem de pagar o montante da partilha de custos quando obtém os serviços cobertos pelo nosso plano. Os prestadores não podem acrescentar taxas separadas, designadas **cobrança de diferença**. Esta proteção aplica-se mesmo quando pagamos ao prestador menos do que o prestador cobra por um serviço e mesmo que exista uma disputa e não paguemos a determinado prestador os custos.

Esta proteção funciona da seguinte forma.

- Se a sua partilha de custos for um copagamento (um montante definido de dólares, por exemplo, $15.00), então, o associado paga apenas o montante por quaisquer serviços cobertos de um prestador da rede. De uma forma geral terá copagamentos mais elevados quando obtém cuidados de prestadores fora da rede.

- Se a sua partilha de custos for um cosseguro (uma percentagem dos custos totais), então, o associado nunca paga mais do que essa percentagem. No entanto, o custo depende do tipo de prestador de consultar:
  - Se obtiver serviços cobertos de um prestador da rede, paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de reembolso do plano (conforme determinado no contacto entre o prestador e o plano).
  - Se obtiver serviços cobertos de um prestador fora da rede e que participa com o Medicare, o associado paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de pagamento do Medicare para prestadores participantes.
  - Se obtiver serviços cobertos de um prestador fora da rede e que não participa com o Medicare, então, o associado paga o montante do cosseguro multiplicado pela taxa de pagamento do Medicare para prestadores não participantes.

Se acredita que um prestador lhe faturou saldo, ligue para o Serviço de Atendimento a Associados.

SECÇÃO 2 Utilizar a *Tabela de Benefícios Médicos* para saber o que está coberto e quanto irá pagar

Secção 2.1 Os seus benefícios médicos e custos como associado do plano

A Tabela de Benefícios Médicos nas páginas seguintes lista os serviços que o CCA Medicare Preferred cobre e o que paga de desembolso por cada serviço. A cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D está coberta no Capítulo 5. Os serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos são cobertos apenas quando os seguintes requisitos de cobertura estiverem satisfeitos:

- Os seus serviços cobertos pelo Medicare têm de ser fornecidos de acordo com as diretrizes de cobertura estabelecidas pelo Medicare.
- Os seus serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, produtos, equipamento e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B) *têm* de ser medicamente necessários. Medicamente necessário significa que os serviços, produtos ou medicamentos são necessários para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento da sua condição médica e satisfazem os padrões aceites da prática médica.

- Alguns dos serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos são cobertos como serviços da rede *apenas* se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver aprovação prévia (por vezes designada autorização prévia) do CCA Medicare Preferred.
    - Os serviços cobertos que precisam de aprovação para serem cobertos como serviços da rede estão assinalados a negrito e a itálico na Tabela de Benefícios Médicos.
    - Nunca necessita de aprovação antecipadamente para serviços fora da rede de prestadores de serviços fora da rede.

  Embora não precise de aprovação antecipadamente para serviços fora da rede, o associado ou o respetivo prestador de cuidados de saúde pode pedir-nos para tomar uma decisão de cobertura antecipadamente.

Outras coisas importantes a saber sobre a nossa cobertura:

- Para benefícios em que a sua partilha de custos é uma percentagem do cosseguro, o montante que paga dependente do tipo de prestador do qual recebe os cuidados:
    - Se receber serviços cobertos de um prestador da rede, paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de reembolso do plano (conforme determinado no contacto entre o prestador e o plano).
    - Se receber serviços cobertos de um prestador fora da rede e que participa com o Medicare, o associado paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de pagamento do Medicare para prestadores participantes.
    - Se receber serviços cobertos de um prestador fora da rede e que não participa com a Medicare, o associado paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de pagamento do Medicare para prestadores não participantes.
- Tal como todos os planos de saúde Medicare, cobrimos tudo o que o Original Medicare cobre. Para alguns destes benefícios, o associado paga *mais* no nosso plano do que pagaria no Original Medicare. Para outros, paga *menos.* (Se quiser saber mais sobre a cobertura e os custos do Original Medicare, procure no seu manual *Medicare & You 2024*. Veja online em www.medicare.gov ou peça um exemplar através do telefone 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
- Também cobrimos sem nenhum custo para si todos os serviços preventivos cobertos sem custos pelo Original Medicare.

- Se o Medicare adicionar cobertura para novos serviços durante 2024, o Medicare ou o nosso plano cobrirá esses serviços.

Informações importantes sobre benefícios para inscritos com doenças crónicas

Se for diagnosticado com as seguintes doenças crónicas identificadas abaixo e cumprir determinados critérios, poderá ser elegível para benefícios adicionais especiais para pessoas com doenças crónicas.

  - Dependência crónica do álcool e outras substâncias; doenças autoimunes; cancro; doenças cardiovasculares; insuficiência cardíaca crónica; demência, diabetes; doença hepática terminal; doença renal terminal (DRT); distúrbios hematológicos graves; VIH/SIDA; doenças pulmonares crónicas; doenças de saúde comportamental crónicas e incapacitantes; distúrbios neurológicos e AVC

- A elegibilidade relacionada com Benefícios Suplementares Especiais para Doenças Crónicas (SSBCI) é determinada a critério do Plano. Os benefícios estão disponíveis para associados que são identificados através da receção de documentação do prestador (por exemplo, uma reclamação enviada por um prestador) que inclui uma condição crónica elegível e os seus cuidados estão a ser coordenados por um Parceiro de Cuidados CCA ou prestador da rede. Após a validação de que os critérios de elegibilidade foram cumpridos, a CCA irá notificá-lo da sua inscrição nestes benefícios. Estes benefícios não são retrospetivos.
- Consulte a linha Benefícios Adicionais Especiais para Doentes Crónicos na Tabela de Benefícios Médicos abaixo para mais detalhes.
- Contacte-nos para saber exatamente para que benefícios pode ser elegível.

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

Tabela de Benefícios Médicos

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
🍏 **Rastreio de aneurisma da aorta abdominal** Um único rastreio por ultrassons para pessoas em risco. O plano apenas abrange esta seleção se tiver determinados fatores de risco e se receber um encaminhamento para o mesmo do seu médico, assistente clínico, enfermeiro ou enfermeiro clínico especialista	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para este rastreio de prevenção	$0 de copagamento fora da rede para associados elegíveis para este rastreio de prevenção

Acupuntura para dor lombar crónica Os serviços cobertos são fornecidos através da American Specialty Health (ASH) e incluem: Cobertos pelo Medicare: São cobertas até 12 consultas em 90 dias para beneficiários do Medicare ao abrigo das seguintes circunstâncias: Para o propósito deste benefício, a dor lombar crónica é definida como: • 12 semanas ou mais; • não específica, na que medida em que não tenha causa sistémica identificável (ou seja, não está associada a doença metastática, inflamatória, infeciosa.) • não está associada a cirurgia; e • não associada à gravidez. Serão cobertas oito sessões adicionais para os doentes que demonstrem uma melhoria. Não podem ser administrados anualmente mais do que 20 tratamentos de acupuntura. O tratamento tem de ser interrompido se o doentes não estiver a melhorar ou estiver a regredir. Requisitos do prestador: Os médicos (conforme definido em 1861(r)(1) da Lei da Segurança Social (Social Security Act) (a Lei) podem fornecer serviços de acupuntura de acordo com os requisitos estaduais aplicáveis. (continuação)	$30 de copagamento na rede por consulta coberta pela Medicare Máximo de 20 consultas por ano Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas <u>Não coberta pela Medicare:</u> $0 de copagamento por consulta de acupuntura não coberta pela Medicare dentro da rede até 12 por ano	20% de cosseguro fora da rede por consulta coberta pela Medicare Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas <u>Não coberta pela Medicare:</u> 20% do custo total por consulta de acupuntura não coberta pela Medicare fora da rede até 12 por ano

Acupuntura para dor lombar crónica (continuação) Assistentes médicos (AM), enfermeiras (ENF)/especialistas em enfermagem clínica (EEC) (conforme identificados em 1861(aa5) da Lei) e o pessoal auxiliar podem fornecer serviços de acupuntura se satisfizerem todos os requisitos estaduais aplicáveis e tiverem: • Mestrado ou doutoramento em acupuntura ou Medicina Oriental obtido numa escola credenciada pela Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine [Comissão de Credenciamento em Acupuntura e Medicina Oriental, ACAOM]; e, • Uma licença atual, total, ativa e irrestrita para praticar acupuntura num estado, território ou Commonwealth (ou seja, Puerto Rico) dos Estados Unidos ou no distrito de Colúmbia. O pessoal auxiliar que fornece acupuntura tem de ter supervisão adequada de um médico, AP ou ENF/EEC exigido pelos nossos regulamentos em 42 CFR §§ 410.26 e 410.27 A acupuntura coberta pela Medicare para dor lombar crónica será administrada pela American Specialty Health (ASH) para prestadores da rede		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Acupuntura, rotina (não coberta pelo Medicare) O nosso plano cobre 12 consultas de acupuntura suplementares não cobertas pela Medicare por ano através da American Specialty Health (ASH).		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de ambulância Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de ambulância por avião, por helicóptero e terrestres para a instalação apropriada mais próxima que possa fornecer cuidados se forem fornecidos a um membro cuja condição médica seja tal que outros meios de transporte possam colocar em perigo a saúde da pessoa ou se autorizado pelo plano. Se os serviços de ambulância cobertos não se destinarem a uma situação de emergência. deve documentar-se que a condição do associado é tal que outros meios de transporte podem colocar em risco a saúde da pessoa e que o transporte por ambulância é medicamente necessário. ***É necessária autorização prévia para serviços de ambulância não urgentes da Medicare.***	Serviços de ambulância terrestre: $250 de copagamento por viagem só de ida. Serviços de ambulância aérea: $250 de copagamento por viagem só de ida. Esta partilha de custos reflete as despesas incorridas dos serviços nos Estados Unidos e nos seus territórios. Para obter mais informações sobre a cobertura mundial, consulte “Cobertura mundial” na Tabela de Benefícios Médicos. Os copagamentos não são dispensados se for internado no hospital Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	

Exame físico anual Cobertos uma vez por ano. Um exame realizado por prestador de cuidados primários, enfermeiro-chefe ou médico assistente. Este exame analisa o seu historial clínico e de medicação e inclui um exame físico abrangente. Um exame físico anual é um exame mais abrangente do que uma consulta anual de bem-estar	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para o exame físico anual	20% de cosseguro Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas
Recompensa por consulta anual de bem-estar Um exame físico anual qualifica-se para uma recompensa de $25 por ano após a conclusão da consulta. Consultas rotineiras com o PCP, como seguimento ou consulta médica, não se qualificam para a recompensa. As recompensas ganhas serão adicionadas ao seu cartão Healthy Savings para utilização em retalhistas de rede de medicamentos não sujeitos a receita médica (over-the-counter, OTC). **Isto pode demorar vários meses a ser carregado.** Para ganhar essa recompensa, tem de fazer uma consulta anual de bem-estar ou um exame anual. Qualquer dos tipos de consultas anuais é mais longo do que as consultas de rotina do PCP. Durante uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual, o associado e o seu prestador de cuidados de saúde farão uma revisão detalhada da sua saúde geral. O seu prestador tem de faturar à CCA o seu exame para que a sua recompensa seja processada e aplicada ao seu cartão Healthy Savings. A sua recompensa pode ser utilizada em retalhistas de venda livre da rede para comprar itens permitidos, excluindo armas de fogo, álcool ou tabaco **Coberta uma vez por ano**	Se tiver recebido uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual com o seu PCP, pode receber até $25 de recompensa no seu cartão Healthy Savings por ano após o prestador faturar ao CCA pelo serviço	

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Consulta anual de bem-estar Se beneficiou a Parte B por mais de 12 meses, pode fazer uma consulta anual de bem-estar para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base na sua saúde atual e fatores de risco. Esta é coberta uma vez a cada 12 meses. **Nota:** A sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer no prazo de 12 meses a contar da sua consulta preventiva Boas-vindas ao Medicare. No entanto, não precisa de ter uma consulta de Boas-vindas ao Medicar" para ter cobertura para consultas anuais de bem-estar depois de ter beneficiado da Parte B durante 12 meses. **Recompensa por consulta anual de bem-estar** Consulte Exame físico anual acima para obter detalhes. Coberta uma vez por ano	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da consulta anual de bem-estar	$0 de copagamento

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Medição de massa óssea No caso de indivíduos qualificados (geralmente, isto significa pessoas em risco de perder massa óssea ou em risco de osteoporose), os seguintes serviços são cobertos a cada 24 meses ou mais frequentemente, se necessário do ponto de vista médico: procedimentos para identificar a massa óssea, detetar perda óssea ou determinar a qualidade óssea, incluindo a interpretação dos resultados por um médico.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da medição da massa óssea coberta pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede
Rastreio do cancro da mama (mamografias) Os serviços cobertos incluem: • Uma mamografia inicial entre as idades de 35 e 39 anos • Uma mamografia de rastreio a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais • Exames clínicos da mama uma vez a cada 24 meses	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de mamografias de rastreio cobertas	$0 de copagamento fora da rede

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de reabilitação cardíaca Os programas abrangentes de serviços de reabilitação cardíaca que incluem exercícios, educação e aconselhamento são cobertos para membros que satisfaçam a certas condições mediante pedido de um médico. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são habitualmente mais rigorosos ou mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca. ***É necessária autorização prévia***	$0 de copagamento na rede para serviços de reabilitação cardíaca e serviços intensivos de reabilitação cardíaca Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede para serviços de reabilitação cardíaca e cardíaca intensiva Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas
Consulta de redução de risco de doença cardiovascular (terapia para doença cardiovascular) Cobrimos uma consulta por ano com o seu prestador de cuidados primários (PCP) para ajudar a reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Durante esta consulta, o seu PCP pode discutir o uso de aspirina (se adequado), verificar a sua pressão arterial e dar-lhe sugestões para garantir que se alimenta de forma saudável.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do benefício de terapia preventiva intensiva de doenças cardiovasculares	$0 de copagamento fora da rede por consulta

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Exames de doença cardiovascular Análises de sangue para a deteção de doenças cardiovasculares (ou anormalidades associadas a um risco elevado de doenças cardiovasculares) uma vez a cada 5 anos (60 meses)	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de exames de doenças cardiovasculares que são cobertos uma vez a cada 5 anos	$0 de copagamento fora da rede
Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal Os serviços cobertos incluem: • Para todas as mulheres: Os testes de Papanicolau e exames pélvicos estão cobertos uma vez a cada 24 meses • Se estiver em risco elevado de cancro do colo do útero ou vaginal ou se tiver potencial, estiver em idade fértil e tiver realizado um teste de Papanicolau nos 3 anos antes: um teste de Papanicolau a cada 12 meses	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de exames preventivos de Papanicolau e pélvicos cobertos pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede
Serviços de quiropraxia Os serviços cobertos incluem: • Cobrimos apenas a manipulação manual da coluna para corrigir a subluxação	$20 de copagamento na rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Rastreio de cancro colorretal São cobertos os seguintes testes de seleção: • A colonoscopia não tem limitação de idade mínima ou máxima e está coberta uma vez a cada 120 meses (10 anos) para doentes que não estejam em risco elevado, ou 48 meses após uma sigmoidoscopia flexível anterior para doentes que não estejam em risco elevado de cancro colorretal, e uma vez a cada 24 meses para doentes de risco elevado após uma colonoscopia de seleção anterior ou enema de bário. • Sigmoidoscopia flexível para doentes com idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez a cada 120 meses para doentes que não estão em risco elevado após o doente ter recebido uma colonoscopia de seleção. Uma vez a cada 48 meses para doentes de alto risco da última sigmoidoscopia flexível ou enema de bário. • Rastreio de análises ao sangue oculto nas fezes para doentes com idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez a cada 12 meses. • ADN fecal multialvo para doentes dos 45 aos 85 anos de idade e que não cumpram critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. • Testes de biomarcadores sanguíneos para doentes dos 45 aos 85 anos de idade e que não cumpram critérios de alto risco. Uma vez a cada 3 anos. (continuação)	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de um exame de rastreio de cancro colorretal coberto pelo Medicare Se o seu médico encontrar e remover um pólipo ou outro tecido durante a colonoscopia ou sigmoidoscopia flexível, o exame de rastreio torna-se um exame de diagnóstico. Clister opaco: $0 de copagamento na rede	$0 de copagamento fora da rede Clister opaco: 20% de cosseguro fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Rastreio do cancro colorretal (continuação) • Enema de bário como alternativa à colonoscopia para doentes em risco elevado e 24 meses desde o último enema de bário na seleção ou a última colonoscopia na seleção. • Êmea de bário como alternativa à sigmoidoscopia flexível para doentes sem risco elevado e com idade igual ou superior a 45 anos. Uma vez pelo menos 48 meses após o último enema de bário na seleção ou sigmoidoscopia flexível na seleção. Os testes de rastreio do cancro colorretal incluem uma colonoscopia de rastreio de seguimento após um teste de rastreio do cancro colorretal baseado nas fezes não invasivo coberto pela Medicare ter um resultado positivo.		

Serviços dentários Em geral, os serviços odontológicos preventivos (como limpeza, exames dentários de rotina e radiografias dentárias) não são cobertos pelo Original Medicare. No entanto, a Medicare paga atualmente por serviços dentários num número limitado de circunstâncias, especificamente quando esse serviço é parte integrante do tratamento específico da condição médica primária de um beneficiário. Alguns exemplos incluem reconstrução da mandíbula após fratura ou lesão, extrações dentárias realizadas em preparação para tratamento de radiação para cancro envolvendo a mandíbula ou exames orais anteriores a transplante renal. Serviços dentários cobertos pela Medicare: Os serviços cobertos pela Medicare, também designado atendimento odontológico não rotineiro, são os prestados por um dentista ou cirurgião oral que são limitados a cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas, fixação de fraturas da mandíbula ou ossos faciais, extração de dentes para preparar a mandíbula para tratamentos de radiação de doenças neoplásicas ou serviços que seriam cobertos quando fornecidos por um médico. Além disso, cobrimos os seguintes **procedimentos dentários preventivos e abrangentes não cobertos pela Medicare**: <u>Serviços dentários de prevenção:</u> •Os exames orais e limpezas profiláticas periódicos são pagos duas vezes por ano civil. (continuação)	**Serviços dentários cobertos pela Medicare:** Custos na rede: $0 de copagamento **Não medicare:** **Máximo anual combinado (serviços dentários preventivos e abrangentes)**: $3,000 **Serviços dentários preventivos:** $0 de copagamento até ao montante permitido pela CCA (por código) e montante máximo anual permitido, para exames, limpezas, radiografias e flúor na rede **Serviços dentários abrangentes:** $0 de copagamento até ao montante permitido pela CCA (por código) e montante máximo anual permitido Depois de esgotado o máximo anual, quaisquer encargos restantes são da sua responsabilidade.	**Serviços dentários cobertos pela Medicare:** Custos fora da rede: 20% de cosseguro **Não medicare:** **Máximo anual combinado (serviços dentários preventivos e abrangentes)**: $3,000 **Serviços dentários preventivos:** $0 de copagamento até ao montante permitido pela CCA (por código) e montante máximo anual permitido, para exames, limpezas, radiografias e flúor na rede **Serviços dentários abrangentes:** $0 de copagamento até ao montante permitido pela CCA (por código) e montante máximo anual permitido Depois de esgotado o máximo anual, quaisquer encargos restantes são da sua responsabilidade.

Serviços de odontologia (continuação) •Os exames orais completos são pagos uma vez por cada período de 3 anos. •As radiografias bitewing são pagas uma vez por ano civil. •As radiografias panorâmicas ou completas da boca (série completa) (inclui radiografias bitewing) são pagas uma vez por cada período de 3 anos. •As radiografias bitewing não são pagas no mesmo ano que a série completa da boca. Serviços dentários abrangentes: • Serviços de diagnóstico adicionais • Serviços de restauração (coroas, pontes, próteses parciais e próteses completas) • Endodontia • Periodontia • Extrações • Implantes (máximo de 4 por ano) • A cirurgia oral/maxilofacial inclui sedação • Proteções oclusais Aplicam-se limitações de frequência. Esta lista não é uma garantia de cobertura. Os serviços que requerem autorização têm de ser enviados diretamente pelo seu prestador de cuidados dentários da rede para o administrador de benefícios odontológicos do plano, a Skygen, para revisão. (continuação)		Para serviços recebidos fora da rede, o plano apenas paga até ao montante permitido pela CCA (por código) e montante máximo anual permitido. Se optar por consultar um dentista fora da rede, poderá ser-lhe cobrado qualquer montante superior ao que o plano paga por cada serviço. Para obter informações detalhadas sobre os serviços cobertos, consulte a Tabela de Benefícios de Odontologia de Rotina Cobertos após esta Tabela de Benefícios Médicos. Para serviços recebidos fora da rede, o plano apenas paga até ao montante permitido pela CCA (por código) e montante máximo anual permitido.

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de odontologia (continuação) Para saber se o seu dentista é um dentista do CCA Medicare Preferred ou se precisa de um novo dentista, reveja o Diretório Dentário ou contacte os Serviços de Atendimento a Associados. Para mais detalhes sobre os benefícios dentários cobertos, consulte a tabela de Benefícios Dentários Cobertos após esta Tabela de Benefícios Médicos. ***É necessária autorização prévia, exceto para os seguintes serviços:*** • **Não de rotina** • **Serviços de endodontia** • **Prostodontia, Outra Cirurgia Oral/Maxilofacial, Outros Serviços incluindo implantes.**		
Rastreio de depressão Cobrimos um rastreio da depressão por ano. O rastreio tem de ser realizado num ambiente de cuidados primários que possa fornecer tratamento de seguimento e/ou encaminhamentos	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de uma consulta de rastreio de depressão anual	$0 de copagamento fora da rede por consulta

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

Formação de autogestão da diabetes, serviços e produtos para diabéticos Para todas as pessoas com diabetes (utilizadores ou não de insulina). Os serviços cobertos incluem: • Produtos para monitorizar a sua glicose no sangue: Monitor de glicose no sangue, tiras de teste de glicose no sangue, dispositivos de lanceta, lancetas e soluções de controlo da glicose para verificar a precisão das tiras de teste e monitores. • Para pessoas com diabetes com doença grave de pé diabético: Um par de sapatos moldados personalizados terapêuticos (incluindo palmilhas fornecidas com tais sapatos) por ano civil e dois pares adicionais de palmilhas, ou um par de sapatos de profundidade e três pares de palmilhas (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com tais sapatos). A cobertura inclui o encaixe. • A formação sobre autogestão da diabetes está abrangida em determinadas condições. • Rastreio do glaucoma. O nosso plano tem acordo a Abbott Diabetes Care e a LifeScan, fornecedores preferenciais para fornecermos o glicosímetro e as tiras de teste aos nossos associados diabéticos. Estes produtos incluem: FreeStyle Precision Neo® Meter, FreeStyle Precision Neo® Test Strips, FreeStyle Lite® Meter, FreeStyle Freedom Lite® Meter, FreeStyle Lite ® Test Strips, FreeStyle® Lancets, Freestyle® Test Strips, Freestyle InsuLinx ® Test Strips, Precision Xtra ® Meter, (continuação)	**Materiais de monitorização diabética:** $0 de copagamento na rede **Calçado/palmilhas terapêuticos para diabéticos:** 20% de cosseguro na rede **Formação de autogestão da diabetes:** $0 de copagamento na rede **Rastreio de glaucoma:** $0 de copagamento na rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Materiais de monitorização de diabéticos:** 20% de cosseguro fora da rede **Sapatos/inserções terapêuticos para diabéticos:** 20% de cosseguro fora da rede **Formação de autogestão da diabetes:** 20% de cosseguro fora da rede **Rastreio de glaucoma:** 20% de cosseguro fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Formação de autogestão da diabetes, serviços e produtos para diabéticos (continuação) Precision Xtra® Test Strips,Precision Xtra Beta Ketone® Test Strips, OneTouch Ultra 2® Meter, OneTouch Ultra Mini® Meter, OneTouch Ultra ® Test Strips, OneTouch Verio® Meter, OneTouch Verio® Reflect Meter, OneTouch Verio® Flex Meter, OneTouch Verio® Test Strips, OneTouch Delica® Lancets, OneTouch Delica® Plus Lancets, OneTouch Delica® Ultrasoft Lancets Pode obter um novo glicosímetro e tiras de teste solicitando uma nova receita ao seu prestador para aviar na sua farmácia local. Também pode ligar para a LifeScan através do número 1-800-227-8862 ou visitar www.lifescan.com. Ou ligar para a Abbott Diabetes Care através do número 1-800-522-5226 ou online em www.AbbottDiabetesCare.com Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Associados. Não é necessária autorização prévia para formação em autogestão da diabetes, serviços para diabéticos e outros produtos para diabéticos fornecidos por um prestador contratado. ***É necessária autorização prévia para materiais de teste para diabéticos não preferenciais (monitores de glicose e tiras de teste) e calçado/palmilhas terapêuticos para diabéticos.***		

Equipamento médico duradouro (EMD) e materiais relacionados (Para uma definição de equipamento médico duradouro, consulte o Capítulo 12, bem como o Capítulo 3, Secção 7 deste documento.) Os itens cobertos incluem, mas não se limitam a: cadeiras de rodas, muletas, colchões elétricos, consumíveis para diabéticos, camas hospitalares encomendados por um prestador para uso domiciliário, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimento de oxigénio, nebulizadores e andarilhos. Cobrimos todo o equipamento médico duradouro medicamente necessário coberto pelo Original Medicare. Se o nosso fornecedor na sua área não dispuser de uma marca ou fabricante em particular, pode perguntar se consegue fazer um pedido especial para si. A lista mais recente de fornecedores também está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org. De uma forma geral, o CCA Medicare Preferred cobre qualquer EMD coberto pelo Original Medicare de marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas e fabricantes, a menos que o seu médico ou outro prestador nos diga que a marca é adequada para as suas necessidades médicas. No entanto, se for novo associado do CCA Medicare Preferred e estiver a utilizar uma marca de EMD que não se encontre na nossa lista, iremos continuar a cobrir esta marca durante um período de 90 dias. Durante este período, deve falar com o seu prestador para decidir qual a marca clinicamente apropriada para si após este período de 90 dias. (Se discordar com o seu prestador, pode pedir-lhe que lhe encaminhe uma segunda opinião.) (continuação)	20% de cosseguro Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Equipamento médico duradouro (DME) e materiais relacionados (continuação) Se o associado (ou o seu prestador) não concordar com a decisão de cobertura do plano, o associado ou o seu prestador poderão apresentar um recurso. Também pode pedir recurso se não concordar com a decisão do seu prestador sobre que produto ou marca é adequado para a sua condição médica. (Para mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9, **O que fazer se tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)**.) ***É necessária autorização prévia.***		

Atendimento de emergência Atendimento de emergência refere-se a serviços que são: • Fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência, e • Necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência. Uma emergência Médica é uma situação em que o associado, ou qualquer outra pessoa leiga prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vida (e, se for uma mulher grávida, a perda de um feto), perda de um membro ou perda de função de um membro. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que esteja a piorar rapidamente. A partilha de custos para os serviços de emergência necessários fornecidos fora da rede é a mesma que para esses serviços fornecidos na rede.	$90 de copagamento para serviços dentro e fora da rede Não paga este montante se for internado no período de 24 horas pela mesma condição. Se for internado no hospital, irá pagar a partilha de custos conforme descrito na secção “Cuidados Hospitalares em Internamento” nesta Tabela de Benefícios Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados de internamento após a condição de emergência, tem de ser transferido para um hospital da rede para pagar o montante de partilha de custos na rede pela parte da sua estadia depois de ter estabilizado. Se permanecer no hospital fora da rede, o seu internamento estará coberto, mas terá de pagar o montante da partilha de custos fora da rede pela parte do seu internamento depois de ter estabilizado Este montante de partilha de custos reflete as despesas incorridas dos serviços nos Estados Unidos e nos seus territórios. Para obter mais informações sobre a cobertura mundial, consulte “Cobertura mundial de emergência e cuidados urgentes” na Tabela de Benefícios Médicos.

Programas de educação de saúde e bem-estar O plano cobre os serviços preventivos do Medicare. Estes serviços são listados separadamente neste Tabela de Benefícios Médicos e são assinalados com uma maçã. Outros programas de saúde e bem-estar não são cobertos pelo benefício do Medicare. O nosso plano também cobre serviços e programas adicionais, incluindo, entre outras possibilidades: Educação para a saúde e recursos para viver bem em casa Programas de autogestão de cuidados complexos para doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes e insuficiência cardíaca Entrevista motivacional Acesso à nossa Linha de Aconselhamento de Enfermagem, 24 horas por dia, 7 dias por semana (consulte o Capítulo 2 para obter mais informações sobre como aceder à Linha de Aconselhamento de Enfermagem). A sua equipa de atendimento colaborará consigo e recomendará que programas podem ser adequados para si com base nas suas necessidades. Para obter mais informações ou ajuda, fale com a sua equipa de atendimento. (continuação)	Paga $0 por programas de saúde e bem-estar através da CCA.	Paga 20% por programas de saúde e bem-estar através de um prestador fora da rede.

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
🍏 **Programas de educação de saúde e bem-estar (continuação)** **Fitness** O plano cobre benefícios de fitness através de **Silver & Fit Fitness:** O seu benefício Silver & Fit inclui uma adesão de fitness com acesso a um único centro de fitness da rede à sua escolha por mês, programação de Fitness em Casa para fitness em casa, um (1) kit de fitness em casa por ano e mais. Tem de utilizar o Silver&Fit para fitness. Para encontrar locais de fitness Silver & Fit Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pela CCA Health Rhode Island ou um fornecedor contratado	Silver & Fit Fitness: $0 Para encontrar locais de fitness Silver & Fit, visite https://www.silverandfit.com. Também pode ligar para 1-877-427-4788 (TTY 711).	O fitness não está coberto fora da rede. Tem de utilizar o Silver&Fit. .

Serviços auditivos **Exame de audição não de rotina:** As avaliações de audição de diagnóstico e de equilíbrio realizadas pelo seu PCP para determinar se necessita de tratamento médico estão cobertas como cuidados em ambulatório quando fornecidas por um médico, audiologista ou outro prestador qualificado. Além dos **benefícios de serviços de audição não de rotina**, cobertos pela Medicare, também cobrimos os seguintes benefícios auditivos de rotina através da NationsHearing: Exames de audição de rotina: um exame todos os anos. Auxiliares da audição: o plano cobre 2 aparelhos de audição da NationsHearing a cada ano. O associado é responsável por pagar um montante de copagamento com base no nível de aparelhos de audição que escolher. Avaliações de aparelhos auditivos: uma avaliação/equipamento de aparelhos auditivos todos os anos. (continuação)	**Exame de audição não de rotina:** Exame para diagnosticar e tratar problemas de audição e equilíbrio: $0 de copagamento na rede por consulta **Exame de audição de rotina:** Exame auditivo de rotina (1 exame por ano): $0 de copagamento na rede por consulta Aparelhos auditivos: Nível 1: $200 por aparelho auditivo Nível 2: $450 por aparelho auditivo Nível 3: $650 por aparelho auditivo Nível 4: $850 por aparelho auditivo Nível 5: $1,150 por aparelho auditivo	**Exame de audição não de rotina:** Exame para diagnosticar e tratar problemas de audição e equilíbrio: 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Exame de audição de rotina:** Exames de audição de rotina: Não abrangido, tem de utilizar um prestador de serviços NationsHearing. Aparelhos auditivos: 50% de cosseguro fora da rede até um benefício máximo de $300 por ano de benefício

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços auditivos (continuação) As aquisições de aparelhos auditivos incluem: • 3 consultas de seguimento no primeiro ano da data de colocação inicial • Período experimental de 60 dias a partir da data de conclusão • 60 pilhas por ano por aparelho auditivo (fornecimento para 3 anos) • Garantia de reparação do fabricante de 3 anos • Cobertura de substituição única para aparelhos auditivos perdidos, roubados ou danificados (pode aplicar-se um valor dedutível por aparelho auxiliar) • Primeiro conjunto de moldes de ouvido (quando necessário) O nosso plano contratou a NationsHearing para prestar os seus serviços de audição de rotina (não cobertos pela Medicare). Para mais informações ou para agendar uma reunião, contacte a NationsHearing por telefone através do número 877-277-9196 (TTY 711).		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Rastreio de VIH Para pessoas que pedem um teste de rastreio do VIH ou que estejam em maior risco de infeção por VIH, cobrimos: • Um exame de rastreio a cada 12 meses Para mulheres grávidas, cobrimos: • Até três exames de rastreio durante uma gravidez	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para rastreio do VIH de prevenção, coberto pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Assistência domiciliária por agência de saúde Antes de receber serviços de saúde ao domicílio, o prestador de cuidados de saúde tem de se certificar de que necessita de serviços de saúde ao domicílio e que irá ordenar que os serviços de saúde ao domicílio sejam prestados por uma agência de saúde ao domicílio. É necessário que esteja confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço para si. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços de enfermagem e auxiliar de saúde domiciliária especializados a tempo parcial ou intermitente (para serem cobertos pelo benefício de serviços de saúde ao domicílio, os serviços de enfermagem qualificados e auxiliares de saúde combinados têm de totalizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços médicos e sociais • Equipamentos e produtos médicos ***É necessária autorização prévia***	$0 de copagamento na rede por consulta	20% de cosseguro fora da rede por consulta. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Terapia de perfusão ao domicílio A terapia de perfusão domiciliária envolve a administração intravenosa ou subcutânea de medicamentos ou produtos biológicos a um indivíduo em casa. Os componentes necessários para realizar a perfusão em casa incluem o medicamento (por exemplo, antivirais, imunoglobulina), equipamento (por exemplo, uma bomba) e produtos (por exemplo, tubos e cateteres). Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, prestados de acordo com o plano de cuidados • Formação e educação do doente não cobertos pelo benefício de equipamento médico durável • Monitorização remota • Serviços de monitorização para o fornecimento de terapêutica de perfusão domiciliária e medicamentos de perfusão domiciliária fornecidos por um prestador de terapêutica de perfusão domiciliária qualificado ***É necessária autorização prévia.***	Irá pagar a partilha de custos que se aplica aos serviços de cuidados primários, serviços de médico especialista ou Saúde em Casa (conforme descritos em “Serviços de médico, incluindo consultas no consultório do médico” ou “Cuidados por agência de saúde ao domicílio”) dependendo de onde recebeu os serviços de administração ou monitorização. Irá pagar estes montantes até atingir o máximo de desembolso. Consulte o “Equipamento Médico Duradouro” antes na Tabela para qualquer partilha de custos aplicável para equipamento e materiais relacionados com a Terapêutica de perfusão em casa. Consulte “Medicamento Sujeitos a receita Médica do Medicare Parte B”, mais adiante nesta tabela, para qualquer partilha de custos aplicável a medicamentos relacionados com a Terapêutica de perfusão em casa.	

Cuidados paliativos É elegível para o benefício da unidade de cuidados paliativos quando o seu prestador de cuidados de saúde e o diretor médico da unidade de cuidados paliativos lhe dão um prognóstico terminal a atestar que está em estado terminal e tem 6 meses ou menos de vida se a sua doença seguir o seu curso normal. Pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O seu plano é obrigado a ajudá-lo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pelo Medicare na área de serviço do plano, incluindo aqueles em que a organização MA detém, controla ou nos quais tem um interesse financeiro. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um prestador dentro da rede ou um prestador fora da rede. Os serviços cobertos incluem: • Medicamentos para controlo dos sintomas e alívio da dor • Cuidados temporários de curta duração • Cuidados domiciliários Quando é internado numa unidade de cuidados paliativos, tem o direito de permanecer no seu plano; se optar por permanecer no seu plano, tem de continuar a pagar os prémios do plano. <u>No caso de serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B e relacionados com o seu prognóstico terminal:</u> O Original Medicare (em vez do seu plano) irá pagar ao seu prestador de cuidados paliativos pelos serviços de cuidados paliativos e quaisquer serviços da Parte A e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal. Enquanto estiver no programa de cuidados paliativos, o seu prestador de cuidados paliativos cobrará ao Original Medicare pelos serviços pelos quais o Original Medicare paga. (continuação)	Quando se inscreve num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare, os seus serviços paliativos e os serviços da Parte A e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal são pagos pelo Original Medicare, não pelo CCA Medicare Preferred

Cuidados paliativos (continuação) Ser-lhe-á faturada a partilha de custos do Original Medicare. <u>No caso de serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B e não relacionados com o seu prognóstico terminal</u>: Se precisar de serviços não emergenciais e não urgentes que sejam cobertos pelo Medicare Parte A ou B e que não estejam relacionados com o seu prognóstico terminal, o custo destes serviços depende da utilização de um prestador da rede do nosso plano (tais como se existir um requisito para obter autorização anterior). • Se obtiver os serviços cobertos de um prestador da rede e seguir as regras do plano para obter o serviço, apenas paga o valor da partilha de custos do plano por serviços dentro da rede. • Se obtiver os serviços cobertos de um prestador fora da rede, paga a partilha de custos do plano pelos serviços fora da rede. <u>Para serviços cobertos pelo CCA Medicare Preferred, mas não cobertos pelo Medicare Parte A ou B:</u> O CCA Medicare Preferred continuará a cobrir os serviços cobertos pelo plano, não cobertos pelo Medicare Parte A ou B, quer estejam ou não relacionados com o seu prognóstico terminal. Paga o montante da partilha de custos do seu plano por estes serviços. (continuação)	

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cuidados paliativos (continuação) No caso de medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício da Parte D do plano: Se estes medicamentos não estiverem relacionados com a sua condição de cuidados paliativos terminais, paga a partilha de custos. Se estiverem relacionados com a sua condição de cuidados paliativos terminais, então paga a partilha de custos do Original Medicare. Os medicamentos nunca são cobertos tanto pela unidade de cuidados paliativos como pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 5, Secção 9.4 *(E se estiver a receber cuidados paliativos certificados pelo Medicare?*). **Nota:** Se precisar de cuidados não hospitalares (cuidados não relacionados com o seu prognóstico terminal), deve contactar-nos para combinarmos os serviços. O nosso plano cobre serviços de consulta de cuidados paliativos (apenas uma vez) para uma pessoa em estado terminal que não escolheu o benefício de cuidados paliativos.		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Imunizações Os serviços cobertos do Medicare Parte B incluem: • Vacina contra a pneumonia • Vacinas contra a gripe, uma vez a cada temporada de gripe no outono e inverno, com vacinas contra a gripe adicionais se medicamente necessário • Vacina contra a hepatite B se estiver em risco alto ou intermédio de contrair hepatite B • Vacina contra a COVID-19 • Outras vacinas se estiver em risco e satisfizer as regras de cobertura do Medicare Parte B Também cobrimos algumas vacinas no nosso benefício de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso das vacinas contra a pneumonia, gripe, hepatite B e COVID-19	

Cuidados hospitalares de internamento Inclui cuidados agudos de internamento, reabilitação em internamento, unidades de cuidados prolongados e outros tipos de serviços de internamento hospitalar. Os cuidados hospitalares de internamento começam no dia em que é formalmente admitido no hospital por ordem do médico. Um dia antes de receber alta é o seu último dia de internamento. Os serviços cobertos incluem, entre outras possibilidades: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado, se necessário do ponto de vista médico) • Refeições incluindo dietas especiais • Serviços regulares de enfermagem • Custos de unidades de cuidados especiais (como unidades de terapia intensiva ou coronária) • Medicamentos e medicação • Testes de laboratório • Radiografias e outros serviços de radiologia • Produtos cirúrgicos e médicos necessários • Uso de aparelhos, como cadeiras de rodas • Custos operacionais e de recuperação • Terapia física, ocupacional e fonoaudiológica • Serviços de internamento para tratamento de consumo de substâncias (continuação)	$300 de copagamento por dia para os dias 1-5; $0 de copagamento para o dia 6 e posteriores dentro e fora da rede Está coberto por dias ilimitados dentro da rede em cada período de benefício Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas Se for autorizado para internamento num hospital fora da rede depois de a sua condição de emergência estar estabilizada, o seu custo é a mesma partilha de custos que pagaria num hospital da rede

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cuidados de internamento hospitalar (continuação) • Sob determinadas condições, os seguintes tipos de transplantes são cobertos: córnea, rim, rim-pancreático, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células-tronco e intestinal/multivisceral. Se precisar de um transplante, providenciaremos para que o seu caso seja revisto por um centro de transplante aprovado pelo Medicare, que decidirá se é um candidato a um transplante. Os prestadores de transplantes podem ser locais ou fora da área de serviço. Se os nossos prestadores de transplantes na rede estiverem fora dos padrões de cuidados da comunidade, o associado pode optar por receber os serviços localmente desde que os prestadores de transplante locais estejam dispostos a aceitar a taxa do Original Medicare. Se o CCA Medicare Preferred fornecer serviços de transplante num local fora do padrão de cuidados para transplantes na sua comunidade e optar por obter transplante neste local distante, iremos providenciar ou pagar os custos de alojamento e transporte adequados para si e uma companhia. • Sangue - A cobertura de sangue integral e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. • Serviços médicos (continuação)		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cuidados de internamento hospitalar (continuação) **Nota:** Para ser um doente internado, o seu prestador tem de redigir uma ordem para admiti-lo formalmente como doente internado no hospital. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório. Se não tem a certeza se é um doente em internamento ou em ambulatório, pergunte à equipa do hospital. Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?(É doente em regime de internamento ou em ambulatório?) Se tem Medicare – pergunte!* Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TTY devem telefonar para 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana. ***É necessária autorização prévia.***		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de internamento num hospital psiquiátrico Os serviços cobertos incluem serviços de saúde comportamental que requerem internamento hospitalar. O Medicare tem um limite de 190 dias para serviços de internamento num hospital psiquiátrico. O limite de 190 dias não se aplica aos serviços de saúde comportamental fornecidos por uma unidade psiquiátrica de um hospital geral ao abrigo do Medicare. ***É necessária autorização prévia***	$300 de copagamento para dias 1-4; $0 por dia para os dias 5-90 na rede e fora da rede. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Terapia nutricional médica Este benefício destina-se a pessoas com diabetes, doença renal (rim) (mas que não fazem diálise) ou após um transplante renal quando solicitado pelo prestador de cuidados de saúde. Cobrimos 3 horas de serviços de aconselhamento individual durante o primeiro ano que receber os serviços de terapia nutricional médica ao abrigo do Medicare (isto inclui o nosso plano, qualquer outro plano Medicare Advantage ou Original Medicare) e 2 horas por ano daí em diante. Se a sua condição, tratamento ou diagnóstico mudar, poderá receber mais horas de tratamento com uma ordemmédica. Um médico tem de prescrever estes serviços e renovar a ordem anualmente se o seu tratamento for necessário no ano seguinte.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para serviços de terapia nutricional médica cobertos pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Programa de Prevenção da Diabetes do Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Os serviços de MDPP serão cobertos para beneficiários elegíveis ao abrigo dos planos de saúde Medicare. O MDPP é uma intervenção estruturada de mudança de comportamento de saúde que fornece formação prática em mudança alimentar de longo prazo, aumento da atividade física e estratégias de resolução de problemas visando superar os desafios de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para o benefício do MDPP	$0 de copagamento fora da rede

Medicamentos prescritos do Medicare Parte B Estes medicamentos são cobertos pela Parte B do Original Medicare. Os membros do nosso plano recebem cobertura para estes medicamentos por meio do nosso plano. Os medicamentos cobertos incluem: • Medicamentos que não são geralmente autoadministrados pelo doente e são injetados ou perfundidos enquanto estiver a receber serviços médicos, em ambulatório de hospital ou num centro cirúrgico em ambulatório • Insulina fornecida através de um item de equipamento médico durável (como uma bomba de insulina clinicamente necessária) • Outros medicamentos que toma, usando equipamentos médicos duráveis (como nebulizadores) que foram autorizados pelo plano • Fatores de coagulação que administra por injeção se tem hemofilia • Medicamentos imunossupressores, se estava inscrito no Medicare Parte A no momento do transplante de órgãos • Medicamentos injetáveis para osteoporose, se não estiver em casa, tiver uma fratura óssea que um prestador de cuidados de saúde ateste estar relacionada com a osteoporose pós-menopausa e não possa autoadministrar o medicamento • Antigénios • Certos medicamentos orais anticancro e medicamentos anti-náuseas (continuação)	**Medicamentos de quimioterapia/radioterapia:** 0%-20% de cosseguro dentro e fora da rede **Outros medicamentos da Parte B:** 0%-20% de cosseguro na rede e fora da rede **Insulina:** $35 de copagamento para insulina Pode pagar um cosseguro mais baixo para alguns medicamentos da Parte B se o preço do medicamento tiver aumentado mais rapidamente do que a taxa de inflação num trimestre de referência. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Medicamentos de quimioterapia/radioterapia:** 20% de cosseguro dentro e fora da rede **Outros medicamentos da Parte B:** 20% de cosseguro na rede e fora da rede **Insulina:** $35 de copagamento para insulina Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Medicamentos prescritos do Medicare Parte B (continuação) • Determinados medicamentos para diálise domiciliária, incluindo heparina, o antídoto para heparina, quando necessário sob o ponto de vista clínico, anestésicos tópicos e agentes estimuladores da eritropoiese • Imunoglobulina intravenosa para o tratamento domiciliário de doenças de imunodeficiência primária Também cobrimos algumas vacinas no nosso benefício de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B e Parte D. O Capítulo 5 explica o benefício de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, incluindo as regras que tem de seguir para que as receitas sejam cobertas. O que paga pelos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D através do nosso plano é explicado no Capítulo 6. Alguns medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B podem estar sujeitos a requisitos de terapêutica escalonada. Parte B – Categorias de medicamentos da terapêutica por etapas: (Observação: as classes de medicamentos indicadas abaixo geralmente não são autoadministradas pelo doente) (continuação)		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Medicamentos prescritos de Medicare Parte B (continuação) • Anti-inflamatório • Agentes antineoplásicos (cancro) • Produtos biológicos • Fatores estimuladores de colónias • Derivados do ácido hialurónico • Agentes eritropoietinas • Fatores de crescimento endotelial vascular Visite o nosso website para uma lista de medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos à terapêutica por escalonamento: https://www.commonwealthcarealliance.org/ri/providers/medical-policies/medical-necessity-guidelines/ A ligação poderá ser atualizada ao longo do ano e quaisquer alterações necessárias têm de ser adicionadas pelo menos 30 dias antes da implementação de acordo com o artigo 42 CFR 42.111(d). ***É necessária autorização prévia.***		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Linha de Aconselhamento de Enfermagem A Linha de Aconselhamento de Enfermagem fornece acesso permanente a um profissional de saúde qualificado de plantão, se precisar de informações e conselhos médicos. Quando telefonar, o nosso médico, um enfermeiro registado ou especialista em saúde comportamental ou equivalente responderá às suas perguntas gerais sobre saúde e bem-estar. A Linha de Aconselhamento está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semanas através do número 833-346-9222 (TTY:711)	$0 de copagamento	20% de cosseguro fora da rede
🍏 **Rastreio de obesidade e terapia para promover uma perda de peso sustentada** Se tem um índice de massa corporal de 30 ou mais, cobrimos aconselhamento intensivo para o ajudar a perder peso. Este aconselhamento é coberto se o obtiver num ambiente de cuidados primários, onde pode ser coordenado com o seu plano geral de prevenção. Fale com o seu prestador de cuidados primários (PCP) ou médico para saber mais	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do rastreio preventivo de obesidade e terapia	$0 de copagamento fora da rede

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços do programa de tratamento de opioides Os membros do nosso plano de transtorno por uso de opiáceos (TUO) podem receber cobertura de serviços para tratar TUO por meio de um Programa de Tratamento de Opiáceos (PTO), que inclui os seguintes serviços: • Medicamentos agonistas opioides e antagonistas de tratamento assistido por medicação (TAM) aprovados pela Food and Drug Administration [Autoridade de Alimentos e Medicamentos, FDA] dos EUA. • Distribuição e administração de medicamentos TAM (se aplicável) • Aconselhamento sobre o uso de drogas • Terapia individual e em grupo • Exames toxicológicos • Atividades de consumo • Avaliações periódicas	$0 de copagamento na rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Exames de diagnóstico em ambulatório e serviços e produtos terapêuticos Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Radiografias • Terapia de radiação (rádio e isótopo), incluindo equipamentos e produtos técnicos • Produtos cirúrgicos, como pensos • Talas, gesso e outros dispositivos usados para reduzir fraturas e luxações • Exames laboratoriais • Sangue - incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue integral e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. • Outros exames de diagnóstico em ambulatório. ***É necessária autorização prévia.***	**Radiografias:** $0 de copagamento **Radiologia terapêutica**: $10 de copagamento **Testes e procedimentos de diagnóstico (não radiológicos):** $0 de copagamento **Testes e procedimentos de diagnóstico (radiológicos) (por exemplo, RM):** $150 de copagamento **Análises de laboratório:** $0 de copagamento Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Radiografias:** 20% de cosseguro **Radiologia terapêutica:** 20% de cosseguro **Testes e procedimentos de diagnóstico (não radiológicos):** 20% de cosseguro **Testes e procedimentos de diagnóstico (radiológicos) (por exemplo, RMN):** 20% de cosseguro **Análises laboratoriais:** 20% de cosseguro Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Observação hospitalar em ambulatório Os serviços de observação são serviços ambulatoriais de hospitais fornecidos para determinar se precisa de ser internado ou se pode receber alta. Para que os serviços de observação hospitalar em ambulatório sejam cobertos, têm de satisfazer os critérios do Medicare e serem considerados razoáveis e necessários. Os serviços de observação são cobertos apenas quando fornecidos por ordem de um médico ou outro indivíduo autorizado pela lei de licenciamento estadual e pelos estatutos do pessoal do hospital no que se refere à admissão de doentes no hospital ou a solicitar exames ambulatoriais. **Nota:** A menos que o médico tenha escrito uma ordem para admiti-lo como doente internado no hospital, é um doente em ambulatório e paga os valores de partilha de custos de serviços hospitalares em ambulatório. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um doente em ambulatório, pergunte à equipa do hospital. Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada *Are You a Hospital Inpatient or Outpatient?(É doente em regime de internamento ou em ambulatório?) Se tem Medicare – pergunte!* Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	$275 de copagamento na rede por dia. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede por dia. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços hospitalares em ambulatório Cobrimos os serviços medicamente necessários que obtenha no departamento de ambulatório de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços num departamento de emergência ou clínica em ambulatório, como serviços de observação ou cirurgia em ambulatório • Exames laboratoriais e diagnósticos cobrados pelo hospital • Saúde comportamental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um prestador de cuidados de saúde certificar que o tratamento hospitalar seria necessário sem os mesmos • Radiografias e outros serviços de radiologia cobrados pelo hospital • Produtos médicos, como talas e gesso • Certos medicamentos e produtos biológicos que não possa administrar a si mesmo **Nota:** A menos que o médico tenha escrito uma ordem para admiti-lo como doente internado no hospital, é um doente em ambulatório e paga os valores de partilha de custos de serviços hospitalares em ambulatório. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um doente em ambulatório, pergunte à equipa do hospital. (continuação)	$275 de copagamento na rede. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços hospitalares em ambulatório (continuação) Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada *É um doente em regime de internamento ou em ambulatório? Se tem Medicare – pergunte!* Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TTY devem telefonar para 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana. ***É necessária autorização prévia***		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cuidados de saúde mental em ambulatório Os serviços cobertos incluem: Serviços de saúde mental prestados por um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, especialista em enfermagem clínica, enfermeiro, conselheiro profissional licenciado (licensed professional counselor, LMFT), terapeuta matrimonial e de família licenciado (licensed marriage and family therapist, TMFL), enfermeiro, assistente médico ou outro profissional de saúde mental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis. ***É necessária autorização prévia***	**Sessões individuais:** $0 de copagamento na rede por consulta **Sessões de grupo:** $0 de copagamento na rede por consulta	**Sessões individuais:** $0 de copagamento fora da rede por consulta **Sessões de grupo:** $0 de copagamento fora da rede por consulta

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de reabilitação de ambulatório Os serviços cobertos incluem fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. Os serviços de reabilitação em ambulatório são fornecidos em vários ambientes de ambulatório, como departamentos de ambulatório de hospitais, consultórios de terapeutas independentes e Centros de Reabilitação em Ambulatório Abrangente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). ***É necessária autorização prévia***	$0 de copagamento por consulta ao domicílio $20 de copagamento por consultas num consultório ou unidade de um prestador da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas
Serviços em ambulatório de uso de drogas Oferecemos sessões individuais e de grupo	**Sessões individuais:** $0 de copagamento na rede por consulta **Sessões de grupo:** $0 de copagamento na rede por consulta	**Sessões individuais:** $0 de copagamento fora da rede por consulta **Sessões de grupo:** $0 de copagamento fora da rede por consulta

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cirurgia em ambulatório, incluindo serviços prestados em instalações em ambulatório de hospitais e centros cirúrgicos em ambulatório (ASC) **Nota:** Se for fazer uma cirurgia numa unidade hospitalar, deve verificar com o seu médico se será um doente em internamento ou em ambulatório. A menos que o médico escreva uma ordem para admiti-lo como um doente em internamento no hospital, é um doente em ambulatório e paga os montantes de partilha de custos para cirurgia em ambulatório. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um *doente de ambulatório* ***É necessária autorização prévia***	**Hospital em ambulatório:** $275 de copagamento por cirurgia coberta pelo Medicare e outros serviços na rede Centros cirúrgicos em ambulatório (ASC)**:** $200 de copagamento para cirurgia e outros serviços cobertos pela Medicare na rede Aplica-se a comparticipação de custos para serviços adicionais cobertos pelo plano Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Hospital em ambulatório:** 20% de cosseguro para cirurgia coberta pela Medicare e outros serviços fora da rede. Centros cirúrgicos em ambulatório (ASC)**:** 20% de cosseguro para cirurgia coberta pela Medicare ou outros serviços fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Artigos Não Sujeitos a Receita Médica (Over-the-Counter, OTC) Recebe um cartão Healthy Savings com um montante de $150 que é aplicado no início de cada trimestre (a cada três meses) para comprar itens de venda livre aprovados pela CCA, como desinfetante para as mãos, máscaras, fornecimentos de primeiros socorros, escovas de dentes, cuidados dentários, testes de COVID-19, fornecimentos para sintomas de constipação e outros não sujeitos a receita médica nos retalhistas da rede OTC. Os associados com determinadas doenças crónicas podem utilizar o seu subsídio trimestral no cartão Healthy Savings para a compra de alimentos e produtos frescos cobertos pela CCA em retalhistas OTC dentro da rede. Consulte “Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos” na Tabela de Benefícios Médicos para obter mais informações. Entre em contacto com o Serviço de Atendimento a Associados para perguntas sobre artigos cobertos pela CCA ou aceda a www.mybenefitscenter.com com o seu número de cartão Healthy Savings. Tem de tratar o cartão como se fosse dinheiro. Quaisquer fundos não utilizados ou roubados não são transferidos ou substituídos. O cartão só pode ser utilizado para Compras Qualificadas indicadas pela sua operadora de planos em todos os locais onde sejam aceites cartões de débito Visa. O cartão é emitido pelo Sutton Bank, de acordo com uma licença da Visa U.S.A. Inc. Contacte diretamente o seu Promotor do Programa para obter uma lista completa das Compras Qualificadas. Visa é uma marca comercial registada da Visa, U.S.A. Inc. Todas as outras marcas comerciais e marcas de serviço pertencem aos respetivos proprietários. Sem acesso a dinheiro ou ATM. Aplicam-se os termos e condições, contacte o seu Prestador do Plano para obter detalhes.	Recebe $150 por trimestre no seu cartão Healthy Savings para a compra de itens OTC cobertos pela CCA. Os montantes não utilizados não podem ser transportados de um trimestre para o seguinte. Se o custo dos itens OTC cobertos pela CCA exceder o limite de benefício trimestral de $150 por trimestre, o associado será responsável pelos custos adicionais. O seu cartão será automaticamente recarregado com o subsídio trimestral no início de cada trimestre de cada ano enquanto continuar inscrito. **Fora da rede** Paga $0 por equipamentos cobertos até $150 por trimestre. Os montantes não utilizados não podem ser transportados de um trimestre para o seguinte. Se o custo dos itens OTC cobertos pela CCA exceder o limite de benefício trimestral de $150 por trimestre, o associado será responsável pelos custos adicionais. Para obter reembolso por compras fora da rede, tem de enviar um formulário de reembolso juntamente com um recibo detalhado e comprovativo de pagamento. Consulte o Capítulo 7 para obter os detalhes completos ou contacte o Serviço de Atendimento a Associados para solicitar um pedido de reembolso ou visite www.ccahealthri.org

Programa de cuidados paliativos Os cuidados paliativos são cuidados que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com uma doença grave. Esse tipo de atendimento tem como foco o alívio dos sintomas e do stress de uma doença grave. Ao receber cuidados paliativos, pode continuar a receber tratamento e terapias destinadas a melhorar ou mesmo curar os seus problemas médicos. O programa pode ajudá-lo a: • Encontrar alívio para a dor e outros sintomas • Gerir os seus medicamentos • Entender a sua doença e o seu curso • Identificar o que é mais importante para si • Obter o atendimento certo na hora certa • Fazer planos e decisões • Comunicar com os seus prestadores • Preparar-se para as fases futuras Para encontrar um prestador de cuidados paliativos, fale com o seu prestador de cuidados primários (PCP). Se for adequado às suas necessidades, podem ajudá-lo a localizar um prestador de cuidados paliativos. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pelo programa de cuidados paliativos CCA Health Rhode Island ou por um prestador da rede.	Se receber cuidados paliativos, mas não cuidados em unidade de cuidados terminais, terá de cobrir as despesas incorridas. Estas despesas irão variar com base nos serviços recebidos. Por exemplo, pode receber terapia de reabilitação em ambulatório ou equipamento médico duradouro (EMD) relacionado com o seu tratamento de cuidados paliativos Seria responsável pela sua parte dos custos por tais serviços, conforme indicado na descrição de benefícios para o serviço específico na Tabela de Benefícios Médicos

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços parciais de hospitalização e serviços intensivos de ambulatório Hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo fornecido como um serviço hospitalar em ambulatório, ou por um centro de saúde mental comunitário, que é mais intensivo do que os cuidados recebidos no consultório do seu prestador de cuidados de saúde ou terapeuta e é uma alternativa ao internamento hospitalar. Serviço de ambulatório intensivo é um programa estruturado de tratamento de terapia de saúde comportamental (mental) ativo fornecido em um departamento de ambulatório hospitalar, um centro comunitário de saúde mental, um centro de saúde qualificado federalmente ou uma clínica de saúde rural que é mais intensa do que os cuidados recebidos no consultório do seu médico ou terapeuta, mas menos intensa do que a hospitalização parcial	$50 de copagamento na rede. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede. Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador Os serviços cobertos incluem: • Serviços de cuidados médicos ou de cirurgia medicamente necessários fornecidos num consultório médico, centro cirúrgico em ambulatório certificado, departamento de ambulatório de hospital ou qualquer outro local (continuação)	**Consultas de prestadores de cuidados primários:** $0 de copagamento na rede por consulta **Consulta de especialista:** $30 de copagamento na rede por consulta	**Consultas de prestadores de cuidados primários:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Consulta de especialista:** $40 de copagamento fora da rede por consulta

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador (continuação) • Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • Exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu PCP ou especialista, se o seu prestador pedir para ver se precisa de tratamento médico. • Certos serviços de telessaúde (virtual), incluindo: Serviços de Necessidade Urgente; Serviços de Saúde ao Domicílio; Serviços de Prestador de Cuidados Primários; Serviços de Terapia Ocupacional; Sessões Individuais para Serviços Especializados em Saúde Comportamental; Outro Profissional de Saúde; Sessões Individuais para Serviços Psiquiátricos; Serviços de Fisioterapia e Terapia da Fala; Sessões Individuais para Abuso de Substâncias em Regime Ambulatório O associado tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina. Se optar por obter um destes serviços por telemedicina, terá de recorrer a um prestador que ofereça o serviço por telemedicina. (continuação)	**Consultas e serviços de telemedicina (virtuais):** $0 de copagamento para consultas virtuais de PCP $30 de copagamento para consultas de especialistas virtuais na rede por consulta	**Consultas e serviços de telemedicina (virtual):** 20% de cosseguro fora da rede por consulta com base no tipo de prestador ou serviço Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador (continuação) • Serviços de telemedicina para consultas mensais relacionadas com doença renal terminal para associados que realizam diálise em casa num centro de diálise renal hospitalar ou de acesso crítico, unidade de diálise renal ou em casa do associado • Serviços de telemedicina para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de AVC independentemente da sua localização • Serviços de telemedicina para associados com transtorno por uso de drogas ou transtorno comportamental concomitante, independentemente da sua localização • Serviços de telemedicina para diagnóstico, avaliação e tratamento de distúrbios de saúde comportamental se: ○ Tem uma consulta presencial nos 6 meses anteriores à sua primeira consulta de telemedicina (continuação)	A cobertura de telemedicina (virtual) inclui a Teladoc para consultas de medicina geral e saúde comportamental Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador (continuação) ○ Tem uma consulta presencial a cada 12 meses enquanto estiver a receber estes serviços de telemedicina ○ Podem ser feitas exceções ao acima exposto para determinadas circunstâncias Serviços de telemedicina para consultas de saúde comportamental prestados por Clínicas de Saúde Rurais e Centros de Saúde Qualificados Federalmente • Exames gerais virtuais (por exemplo, po telefone ou conversa por vídeo) com o seu prestador de cuidados de saúde durante 5 a 10 minutos **se**: ○ Não for um novo doente **e** ○ O exame geral não estiver relacionado com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias **e** ○ O exame geral não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível • Avaliação do vídeo e/ou imagens que enviar ao seu prestador de cuidados pessoais e interpretação e acompanhamento pelo seu prestador em 24 horas **se**: (continuação)		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador (continuação) ○ Não for um novo doente **e** ○ A avaliação não estiver relacionada com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias **e** ○ A avaliação não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível • Consulta que o seu prestador de cuidados de saúde tenha com outros prestadores por telefone, internet ou registo médico eletrónico • Segunda opinião antes de cirurgia • Atendimento odontológico não rotineiro (os serviços cobertos são limitados a cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas, fixação de fraturas da mandíbula ou ossos faciais, extração de dentes para preparar a mandíbula para tratamentos de radiação de doenças neoplásicas de cancro ou serviços que seriam cobertos quando fornecidos por um médico)		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Serviços de podologia Os serviços cobertos incluem consultas ilimitadas para: • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como dedos dos pés em martelo ou esporões no calcanhar). • Cuidados de rotina com os pés para membros com determinadas condições médicas que afetam os membros inferiores • Tratamento de prevenção do pé, tais como remoção de calos, verrugas ou unhas. ***É necessária autorização prévia***	**Cuidados de rotina com os pés:** $30 de copagamento na rede por consulta **Exames aos pés e tratamento:** $30 de copagamento na rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Cuidados de rotina com os pés:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Exames aos pés e tratamento:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas
Refeições em pós-hospitalização/reabilitação Os associados têm direito a 14 refeições, 7 dias no máximo, após alta de um internamento hospitalar. Os membros não se limitam a refeições por uma quantidade definida de internamentos hospitalares. ***É necessária autorização prévia***	14 refeições durante 7 dias por alta hospitalar na rede utilizando o prestador aprovado pelo plano	Não coberto

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Exames de rastreio do cancro da próstata Para homens com 50 anos ou mais, os serviços cobertos incluem o seguinte, uma vez a cada 12 meses: • Exame retal digital • Teste de antigénio específico da próstata (PSA)	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de um exame anual de PSA Exame retal digital: $0 de copagamento na rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	$0 de copagamento fora da rede Exame retal digital: 20% de cosseguro fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Dispositivos protéticos e produtos relacionados Dispositivos (exceto dentários) que substituem a totalidade ou parte de uma parte ou função do corpo. Estes incluem, entre outros: bolsas de colostomia e produtos diretamente relacionados com o tratamento da colostomia, marca-passos, suspensórios, sapatos protéticos, membros artificiais e próteses mamárias (incluindo um sutiã cirúrgico após uma mastectomia). Inclui certos produtos relacionados com dispositivos protéticos e reparação e/ou substituição de dispositivos protéticos. Também inclui alguma cobertura após a remoção ou cirurgia de cataratas. Consulte Cuidados com a visão adiante nesta secção para obter mais detalhes. ***É necessária autorização prévia***	**Próteses (por exemplo, aparelhos, membros artificiais):** 20% de cosseguro **Materiais protéticos:** 20% de cosseguro Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Próteses (por exemplo, aparelhos, membros artificiais):** 20% de cosseguro **Materiais protéticos:** 20% de cosseguro na rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas
Serviços de reabilitação pulmonar São cobertos programas abrangentes de reabilitação pulmonar para associados com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) moderada a muito grave e uma ordem de reabilitação pulmonar do prestador de cuidados de saúde que trata da doença respiratória crónica. ***É necessária autorização prévia***	**Reabilitação pulmonar:** $0 de copagamento na rede	**Reabilitação pulmonar:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Rastreio e aconselhamento para redução do consumo abusivo de álcool Cobrimos um rastreio de abuso de álcool para adultos com Medicare (incluindo mulheres grávidas) que abusam de álcool, mas não sejam dependentes de álcool. Se o resultado do exame for positivo no que se refere a abuso de álcool, pode obter até 4 sessões breves de aconselhamento presenciais por ano (se for competente e estiver alerta durante o aconselhamento) fornecidas por um prestador de cuidados primários qualificado ou médico num ambiente de cuidados primários.	Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do rastreio coberto pelo Medicare e benefício de aconselhamento preventivo para redução do consumo abusivo de álcool	$0 de copagamento fora da rede por consulta

Rastreio de cancro de pulmão com tomografia computadorizada de baixa dosagem (TCBD) Para indivíduos qualificados, é coberta uma TCBD a cada 12 meses. **Os membros elegíveis são**: pessoas com idade entre 50 e 77 anos que não apresentem sinais ou sintomas de cancro de pulmão, mas que tenham um historial de tabagismo de pelo menos 20 anos e que fumem atualmente ou que pararam de fumar nos últimos 15 anos, que recebam um pedido por escrito para TCBD durante um aconselhamento de rastreio de cancro de pulmão e uma consulta de tomada de decisão partilhada que satisfaça os critérios do Medicare para tais consultas e que seja prestada por um médico ou profissional não médico qualificado. Para os *rastreios de cancro do pulmão com TCBD após o rastreio inicial com TCBD:* o associado tem de receber uma requisição por escrito para o rastreio de cancro do pulmão com TCBD, que pode ser fornecida durante qualquer consulta apropriada com um médico ou um profissional não médico qualificado. Se um médico ou profissional não médico qualificado optar por fornecer um aconselhamento de rastreio de cancro de pulmão e uma consulta de tomada de decisão partilhada para exames de cancro de pulmão subsequentes com TCBD, a consulta tem de satisfazer os critérios do Medicare para tais consultas.	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para o aconselhamento e consulta partilhada para a tomada de decisões ou para a TCBD cobertos pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Um rastreio para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aconselhamento para prevenir DST Cobrimos exames de doenças sexualmente transmissíveis (DST) relativamente a clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B. Estes exames são cobertos para mulheres grávidas e para certas pessoas que apresentem risco aumentado de uma DST quando os exames sejam solicitados por um prestador de cuidados primários. Cobrimos estes testes uma vez a cada 12 meses ou em determinadas alturas durante a gravidez. Também cobrimos até 2 sessões individuais de 20 a 30 minutos, presenciais e de alta intensidade, de aconselhamento comportamental a cada ano para adultos sexualmente ativos com risco aumentado de DST. Só cobriremos estas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo se forem fornecidas por um prestador de cuidados primários e ocorrerem num ambiente de cuidados primários, como um consultório médico	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para os benefícios preventivos do rastreio de DST e aconselhamento para DST cobertos pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede

Serviços para tratar doenças e condições renais Os serviços cobertos incluem: • Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar cuidados renais e ajudar os membros a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. No caso de associados com doença renal crónica de tipo IV, quando encaminhados pelo seu prestador de cuidados de saúde, cobrimos até seis sessões de serviços de educação sobre doença renal no tempo de vida da pessoa • Tratamentos de diálise em ambulatório (incluindo tratamentos de diálise quando temporariamente fora da área de serviço, conforme explicado no Capítulo 3 ou quando o seu prestador para este serviço estiver temporariamente indisponível ou inacessível) • Tratamentos de diálise para doentes internados (se for internado num hospital para cuidados especiais) • Formação em autodiálise (inclui formação para si e qualquer pessoa que o ajude a realizar os seus tratamentos de diálise em casa) • Equipamentos e produtos de diálise domiciliária • Certos serviços de apoio domiciliária (como, quando necessário, visitas de profissionais de diálise formados para verificarem a sua diálise em casa, para ajudarem em emergências e verificarem o seu equipamento de diálise e abastecimento de água) Certos medicamentos para diálise são cobertos pelo seu benefício de medicamentos da Parte B do Medicare. Para obter informações sobre a cobertura de medicamentos da Parte B, consulte a secção, **Medicamentos prescritos do Medicare Parte B**.	**Diálise renal**: 20% de cosseguro na rede **Educação sobre Doenças Renais:** copagamento de $0 na rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	**Diálise renal**: 20% de cosseguro fora da rede **Educação sobre doenças renais:** 20% de cosseguro fora da rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Cuidados qualificados em instituições de enfermagem especializada (IEE) (Para obter uma definição de enfermarias especializadas, consulte o Capítulo 12 deste documento. As enfermarias especializadas são por vezes denominadas EE.) Não é necessário nenhum internamento prévio Os serviços cobertos incluem, entre outras possibilidades: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado, se necessário do ponto de vista médico) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem especializados • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos administrados a si como parte do seu plano de cuidados (inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação do sangue) • Sangue - incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue integral e concentrado de glóbulos vermelhos começa apenas no primeiro litro de sangue de que precisar. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado • Produtos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por EE (continuação)	$0 de copagamento por dia para os dias 1-20 na rede $180 de copagamento por dia para os dias 21-45 na rede $0 de copagamento por dia para os dias 46-100 na rede Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas	20% de cosseguro fora da rede por estadia Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cuidados em enfermarias especializadas (EE) (continuação) • Testes de laboratório normalmente fornecidos por EE • Radiografias e outros serviços de radiologia normalmente fornecidos por EE • Uso de aparelhos como cadeiras de rodas normalmente fornecidos por EE • Serviços de médico/profissional de saúde Geralmente, receberá o seu cuidado EE nas instalações da rede. No entanto, sob determinadas condições indicadas abaixo, poderá ser possível pagar a partilha de custos na rede por uma instalação que não seja um fornecedor na rede, se a instalação aceitar os montantes do nosso plano para pagamento. Um lar de idosos ou comunidade de reformados com assistência continuada onde estava a viver logo antes de ir para o hospital (desde que forneça cuidados qualificados numa unidade de enfermagem) Uma CEE onde o seu cônjuge estava a viver no momento em que deixou o hospital ***É necessária autorização prévia***		

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Parar de fumar e cessação do tabagismo (aconselhamento para parar de fumar ou abandono do tabagismo) Se fuma, mas não tem sinais ou sintomas de doença relacionada com o tabaco: Cobrimos duas consultas de aconselhamento para tentativas de cessação num período de 12 meses como um serviço preventivo sem nenhum custo. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais **Se usar tabaco e foi-lhe diagnosticada uma doença relacionada com o tabaco ou se estiver a tomar medicamentos que possam ser afetados pelo tabaco: Cobrimos serviços de aconselhamento de cessação. Cobrimos duas tentativas de deixar de fumar num período de 12 meses; no entanto, irá pagar a partilha de custos aplicável. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais**	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para os benefícios preventivos do abandono do tabagismo e do uso do tabaco cobertos pelo Medicare	$0 de copagamento fora da rede

Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos Os benefícios do CCA Medicare Preferred incluem os seguintes serviços adicionais para associados diagnosticados com uma condição crónica elegível:	Associados com uma condição crónica pagam:	Os associados com doenças crónicas elegíveis pagam:
• **Subsídio de alimentos e produtos frescos**. Os associados com uma condição crónica qualificada terão acesso a este subsídio através do subsídio trimestral de OTC Healthy Savings de $150 para utilização nos retalhistas da rede OTC. Consulte a secção “Cartão Healthy Savings para comprar determinados artigos não sujeitos a receita médica (over-the-counter, OTC) aprovados pela Medicare” para obter detalhes completos sobre a utilização do cartão.	$0 até ao subsídio OTC trimestral no cartão Healthy Savings de $150 para comprar alimentos e produtos frescos aprovados pela CCA Health nos retalhistas da rede OTC.	$0 até ao subsídio de OTC trimestral de $150 para a compra de alimentos e produtos frescos aprovados pela CCA Health através de reembolso
• **Subsídio para ténis:** Para membros qualificados, o plano oferece um subsídio de $100 por ano no cartão Healthy Savings para usar na compra de ténis em lojas de calçado registadas que aceitam Visa como forma de pagamento.	$0 do subsídio anual de $100 para comprar ténis no programa Healthy Savings em lojas de calçado registadas no sistema Visa que aceitam cartão Visa.	Paga $0 até $100 por ano por ténis dos retalhistas fora da rede. Para obter reembolso por compras fora da rede, tem de enviar um formulário de reembolso juntamente com um recibo detalhado e comprovativo de pagamento pagamento. Consulte o Capítulo 7 para obter os detalhes completos ou contacte o Serviço de Atendimento a
(continuação)		

Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos(continuação) • **Proteção contra roubo de identidade.** A proteção contra roubo de identidade vigia as suas informações pessoais caso outra pessoa use o seu número de segurança social ou outras informações pessoais. Ajudam a recuperar a sua identidade e reembolsam pelos custos que possa ter devido a roubo de identidade. Os associados com uma condição crónica elegível poderão inscrever-se para proteção contra roubo de identidade através do nosso fornecedor, a desinfeção de identidades. Os associados têm de utilizar a Equifax para serem cobertos por este benefício. Depois de se inscrever, estará inscrito até ao final do ano do plano atual. Se optar por cancelar a inscrição, não poderá inscrever-se novamente até ao próximo ano. Pode entrar em contacto com o ID Watchdog (Equifax) através do telefone 866-513-1518. Condições crónicas cobertas: Dependência crónica do álcool e outras substâncias; doenças autoimunes; cancro; doenças cardiovasculares; insuficiência cardíaca crónica; demência, diabetes; doença hepática terminal; doença renal terminal (DRT); distúrbios hematológicos graves; VIH/SIDA; (continuação)	Associados com uma condição crónica pagam $0 por proteção contra roubo de identidade da Equifax.	Associados para solicitar um pedido de reembolso ou visite www.ccahealthri.org Roubo de identidade: Não está coberto. Tem de utilizar a Equifax

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Benefícios Suplementares Especiais para Doentes Crónicos(continuação) doenças pulmonares crónicas; doenças de saúde comportamental crónicas e incapacitantes; distúrbios neurológicos e AVC O diagnóstico de doença crónica tem de estar em arquivo e registado na CCA antes de receber benefícios suplementares especiais para doentes crónicos. As doenças crónicas são geralmente condições que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária. A condição é diagnosticada por um profissional médico licenciado, incluindo o seu prestador de cuidados primários, enfermeiro e prestadores semelhantes. Nem todos os associados irão qualificar-se.		

Terapia de exercício supervisionado (SET) A SET é coberta no caso de membros com doença arterial periférica sintomática (symptomatic peripheral artery disease, PAD) e pedido para PAD por parte do médico responsável pelo tratamento da PAD. São cobertas até 36 sessões num período de 12 semanas se os requisitos do programa SET forem cumpridos. O programa SET tem de: • Consistir em sessões com duração de 30 a 60 minutos, compreendendo um programa de formação em exercícios terapêuticos para DAP em doentes com claudicação • Ser conduzido num ambiente de ambulatório de hospital ou consultório médico • Ser fornecido por pessoal auxiliar qualificado necessário para garantir que os benefícios excedam os danos e que sejam formadas em terapia com exercícios para DAP • Estar sob a supervisão direta de um médico, assistente de médico ou enfermeiro/especialista em enfermagem clínica que tem de estar treinado em técnicas básicas e avançadas de suporte de vida A TES pode ser coberto para além de 36 sessões ao longo de 12 semanas por 36 sessões adicionais por um longo período se considerado medicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde. ***É necessária autorização previa***	$0 de copagamento na rede por consulta	20% de cosseguro fora da rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Transporte (médico) O plano cobre doze (12) viagens de ida de táxi, partilha de carro ou carrinha por motivos médicos exceto emergências para destinos aprovados na área de serviço do plano num raio de 50 milhas do ponto de recolha. As viagens devem ser reservadas com 72 horas de antecedência, das 7am às 8pm EST, de segunda a sexta-feira, e das 8am às 12pm EST, aos sábados e domingos. O plano recorre à Coordinated Transportes Solutions (CTS) em todas as viagens de transporte não emergencial. Para entrar em contacto com o CTS, telefone para 866-444-7350 (TTY 711)	O associado paga $0 por até 12 viagens médicas só de ida	O associado paga 50% (até $32) de cosseguro, por viagem só de ida, até 12 viagens só de ida por motivos médicos

Serviços urgentemente necessários São prestados serviços de necessidade urgente para tratar uma doença, lesão ou condição médica imprevista, que não seja de emergência, que exija cuidados médicos imediatos, mas, dadas as suas circunstâncias, não seja possível, ou não seja razoável, obter serviços de prestadores da rede. Exemplos de serviços urgentes que o plano tem de cobrir fora da rede são i) precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana, ou ii) está temporariamente fora da área de serviço do plano. Por exemplo, precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana. os serviços devem ser imediata e medicamente necessários. A partilha de custos para os serviços necessários e urgentes fornecidos fora da rede é a mesma que para esses serviços fornecidos na rede. O nosso plano também cobre serviços de atendimento urgente e de emergência, incluindo transporte de emergência, fora dos Estados Unidos e seus territórios. Este é um benefício complementar coberto pelo nosso plano. Os serviços prestados por um dentista não estão cobertos. Para obter mais informações sobre os serviços urgentemente necessários, consulte o Capítulo 3. Existe um limite de $100,000 para serviços de emergência ou de necessidade urgente prestados fora dos Estados Unidos.	$30 de copagamento para serviços de cuidados urgentes dentro e fora da rede por consulta Paga estas quantias até atingir o máximo de despesas incorridas

Cuidados oftalmológicos Os serviços cobertos incluem: **Cobertos pelo Medicare** • Serviços médicos em ambulatório para diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares, incluindo tratamento para degeneração macular relacionada com a idade. O Original Medicare não cobre exames de visão de rotina (refrações oculares) para óculos/lentes de contacto • Para pessoas com um risco elevado de glaucoma, iremos cobrir um rastreio de glaucoma todos os anos. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem: pessoas com historial familiar de glaucoma, pessoas com diabetes e afro-americanos com 50 anos ou mais, e hispano-americanos com 65 anos ou mais No caso de pessoas com diabetes, o rastreio de retinopatia diabética é coberto uma vez por ano. Um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia às cataratas que inclua a inserção de uma lente intraocular. (Se tiver duas operações às cataratas em separado, não poderá reservar o benefício após a primeira cirurgia e adquirir dois pares de óculos após a segunda cirurgia.) (continuação)	**Exame para diagnosticar e tratar doenças e condições da visão**: 0% de cosseguro **Óculos após cirurgia às cataratas:** $0 de copagamento	**Exame oftalmológico Medicare**: $30 de copagamento **Óculos após cirurgia às cataratas:** $0 de copagamento

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
🍎 **Cuidados oftalmológicos (continuação)** **Serviços de visão não cobertos por Medicare (rotina):** **Exames oftalmológicos** Cobrimos 1 (um) exame oftalmológico de rotina por ano Cobrimos um (1) par de óculos graduados, incluindo armações, lentes, lentes de contacto visualmente necessárias e/ou atualizações até $400 por ano. Óculos e outros recursos óticos, incluindo lentes de contacto, apenas podem ser dispensados mediante prescrição escrita e datada. A prescrição tem de basear-se nos resultados de um exame de visão realizado pelo prescritor A VSP é a administradora de benefícios dos serviços de cuidados oftalmológicos de rotina do plano, incluindo exames e óculos. Para contactar a VSP, ligue para o número 1-855-492-9028, de segunda a domingo, das 8 am às 8 pm	**Oftalmologia de rotina** **Exame oftalmológico de rotina:** $0 de copagamento por uma consulta por ano **Óculos (armações e lentes), lentes de contacto e atualizações cobertos até $400 por ano de benefício.** **Verificação de glaucoma:** $0 de copagamento	**Oftalmologia de rotina** **Exame oftalmológico de rotina:** 50% de cosseguro até $150 e uma consulta por ano. **Lentes para óculos com receita médica**: 50% de cosseguro até $150 por uma consulta por ano. **Artigos de visão (armações) ou lentes de contacto**: Coberto até ao benefício máximo de $400 anualmente para armações ou lentes. O benefício anual de $400 pode ser aplicado a armações de óculos ou lentes de contacto, mas não a ambos. **Rastreio do glaucoma:** 20% de cosseguro

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Consulta preventiva de Boas-vindas ao Medicare O plano cobre uma única consulta preventiva de **Boas-vindas ao Medicare.** A consulta inclui uma revisão da sua saúde, bem como educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que precisa (incluindo alguns exames e injeções) e encaminhamentos para outros cuidados, se necessário. **Importante:** Cobrimos a consulta preventiva de *Boas-vindas ao Medicare* apenas nos primeiros 12 meses em que tenha o Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu médico que pretende agendar a sua consulta preventiva *Boas-vindas ao Medicare*.	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para a consulta preventiva de *Boas-vindas ao Medicare*	

Serviços que são cobertos	**O que o associado tem de pagar** quando obtém serviços na rede	**O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede**
Cobertura mundial de emergência e cuidados urgentes O nosso plano também cobre serviços de emergência, transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares ($100,000) da cobertura máximo do plano para todos os serviços combinados. Este é um benefício complementar coberto pelo nosso plano. **Não coberto:** • Transporte de volta para os Estados Unidos a partir de outro país. • Quaisquer procedimentos pré-agendados, pré-planeados ou eletivos. ○ Isto inclui diálise ou outro tratamento para condições contínuas/conhecidas. • Serviços dentários.	$90 de copagamento para serviços de emergência a nível mundial. $90 de copagamento para serviços de necessidade urgente em todo o mundo. $90 de copagamento para serviços de transporte de emergência a nível mundial. Limite de $100.000 para cobertura de emergência/urgência fora dos EUA todos os anos.	

Tabela de benefícios dentários cobertos:

- Em geral, os serviços odontológicos preventivos não são cobertos pelo Original Medicare.
- Quaisquer serviços não listados abaixo NÃO são cobertos.
- **Máximo anual: $3,000**
- **Fora da rede:** Para serviços obtidos fora da rede, o plano paga até ao montante da CCA na rede até ao Máximo Anual listado acima. Se optar por consultar um dentista fora da rede poderá ser-lhe cobrado qualquer montante maior do que o que o plano paga. A taxa de montante faturado dos seus prestadores pode exceder a taxa CCA na rede.
- Depois de esgotado o máximo anual, quaisquer encargos restantes são da sua responsabilidade.
- É necessária autorização prévia para os principais serviços de restauração (desvitalizações, implantes, sedação e cirurgias das gengivas).
- Os fornecedores são pagos com base nas taxas contratadas para cada código coberto. Quaisquer taxas associadas a serviços não cobertos não são cobertas pela CCA e pela sua responsabilidade.
- Os códigos listados na tabela abaixo estão sujeitos a alterações.

As seguintes definições serão úteis à medida que revê a Tabela de Benefícios Odontológicos.

Códigos da Associação Dentária Americana (ADA): Os códigos dentários cobertos pelo CCA estão listados abaixo por código ADA. Estes códigos são utilizados pelos dentistas para submeter reclamações e autorizações dentárias. Podem ser adicionados códigos adicionais e alguns códigos podem ser retirados.

Descrição do procedimento dentário: Descrição fácil de interpretar de cada código dentário.

Frequência: Descreve a frequência com que a CCA irá pagar o procedimento dentário.

Critérios e exclusões: As condições ao abrigo do CCA pagariam este procedimento e situações em que o CCA não pagaria o procedimento.

Copagamento ou cosseguro: Se escolher ir a um dentista fora da rede, poderá ser-lhe cobrado acima do que o plano paga e/ou indica, mesmo para serviços indicados com copagamento de $0.

Exames dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D0120	Exame periódico de rotina concluído durante o check-up	Dois (2) por ano do plano	Abrange exames orais periódicos, limitados, abrangentes e pormenorizados e extensivos. Não cobre exames periodontais separados de exames periódicos, limitados ou abrangentes. Apenas um (1) código de exame coberto por consulta.	$0 de copagamento
D0140	Exame limitado para avaliar um problema	Um (1) por ano de plano		$0 de copagamento
D0150	Exame completo (para um novo doente ou para um doente estabelecido após 3 ou mais anos de inatividade do tratamento dentário)	Um (1) a cada três (3) anos do plano		$0 de copagamento
D0160	Exame centrado no problema detalhado e extenso	Um (1) por ano do plano		$0 de copagamento

Radiografias dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou Cosseguro**
D0210	Boca completa/Conjunto completo de radiografias para avaliação dos dentes e da boca	Um (1) a cada três (3) anos do plano	Cobre a série completa de radiografias intraorais. Não cobre TC, cefalogramas ou RMN.	$0 de copagamento
D0220, D0230	Radiografias para avaliação mais pormenorizada das raízes dos dentes	Ilimitado por ano do plano	Cobre radiografias periapicais. Não cobre TC, cefalogramas ou RMN. Não coberto no mesmo dia que a série completa de radiografias intraorais (D0210).	$0 de copagamento
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografias bite-wing para avaliação dos dentes e osso.	Um (1) por ano do plano.	Não coberto no mesmo ano que um conjunto completo de raios-X (D0210).	$0 de copagamento
D0330	Radiografia panorâmica para avaliação dos dentes e da boca	Um (1) a cada três (3) anos do plano	Cobre radiografias panorâmicas. Não cobre TC, cefalogramas ou RMN.	$0 de copagamento

Limpezas dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou Cosseguro**
D1110	Limpeza dentária de adultos padrão	Duas (2) por ano de plano, mais duas (2) limpezas para associados com condições crónicas documentadas. Não exceder quatro (4) por ano do plano em conjunto com a D4910.	Cobre a profilaxia de adultos. Não coberto no mesmo dia que o D4910 ou D4355.	$0 de copagamento
D4910	Limpeza dentária de rotina para um adulto que tem história documentada de doença das gengivas	Quatro (4) por ano do plano	Cobre manutenção periodontal. Cobertos apenas com historial de raspagem e alisamento radicular (limpeza profunda) ou cirurgia periodontal.	$0 de copagamento

Outros serviços dentários de prevenção				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou Cosseguro**
D1206, D1208	Tratamento com flúor	Dois (2) por ano do plano	Cobre a aplicação tópica de fluoreto (quer verniz quer excluindo verniz).	$0 de copagamento
D1310	Aconselhamento nutricional	Um (1) por ano do plano	Abrange o aconselhamento sobre hábitos dietéticos como parte do tratamento e controlo da gengivite e/ou cavidades.	$0 de copagamento
D1354	Aplicação de medicação num dente para parar ou inibir a formação de cavidades	Ilimitado por ano do plano	Abrange a aplicação de um medicamento provisório de paragem de cárie por dente a um dente com cárie não sintomática.	$0 de copagamento

Enchimentos dentários e enchimentos médicos				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou Cosseguro**
D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2392, D2394, D2940	Obturações metálicas ou coloridas colocadas diretamente na boca nos dentes da frente, do meio ou de trás.	Ilimitado por ano do plano	Cobre a amálgama e enchimentos compósitos baseados em resina. Não cobre enchimentos de folha de ouro, selantes ou restaurações preventivas com resina.	$0 de copagamento
D3110, D3120	Medicamento colocado sob obturações para promover a cicatrização da polpa	Ilimitado por ano do plano	Cobre a cobertura da polpa para uma polpa exposta ou quase exposta. Não cobre bases e revestimentos quando todas as cáries foram removidas.	$0 de copagamento

Coroas dentárias, inlays e onlays				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou Cosseguro**
D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794	Capa (coroa) ou coroa parcial chamada inlay ou onlay - feita de metal, porcelana/cerâmica, porcelana fundida com metal ou titânio. Feita fora da boca e depois colocada na boca.	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano	Cobertos quando há extensas cáries ou destruição do dente onde o dente não pode ser corrigido apenas com um enchimento. Não cobre coroas por motivos cosméticos ou para fechar espaços. As facetas não estão cobertas. As coroas de implante não estão cobertas. Não cobre coroas 3/4.	$0 de copagamento

Outros serviços dentários de restauração				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou Cosseguro**
D2920	Voltar a cimentar uma coroa que caiu	Ilimitado por ano do plano	Coberto apenas para um dente com uma coroa existente. Não coberto para cimentar uma nova coroa no dia da administração.	$0 de copagamento
D2949	Pequeno restauro necessário antes de colocação de uma coroa	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano.	Tem de ser realizado em conjunto com uma coroa.	$0 de copagamento
D2950	Colocação de enchimento ou de pinos ao preparar um dente para uma coroa	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D2952, D2953, D2954, D2957	Acumulação de enchimento à volta de um espigão para preparar o dente para uma coroa	Um (1) D2952 e D2953, ou Um (1) D2954 e D2957 por dente a cada cinco (5) anos do plano	Tem de ser realizado em conjunto com uma coroa. O dente também tem de ter feito tratamento do canal radicular. Cobre pivots e núcleos fabricados e pré-fabricados indiretamente.	$0 de copagamento

Canais dentários radiculares (serviços endodônticos)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348	Tratamento do canal radicular para um dente da frente, do meio ou de trás (excluindo preenchimento ou coroa necessários após o canal radicular)	Um (1) canal radicular inicial (D3310, D3320,ou D3330) e Um (1) novo tratamento (D3346, D3347,ou D3348) por dente e por vida de cada associado.	Trata-se de um canal radicular realizado num dente pela primeira vez ou como retratamento de um dente que tinha um canal radicular concluído anteriormente. Não inclui canais radiculares realizados desde a ponta da raiz através do acesso pelas gengivas, tratamento incompleto do canal radicular ou reparação interna da raiz de defeitos de perfuração.	$0 de copagamento

Raspagem dentária e alisamento radicular				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D4341	Limpeza profunda para 4 ou mais dentes num quadrante da boca	Um (1) por quadrante a cada vinte e quatro (24) meses que não exceda quatro (4) quadrantes únicos a cada vinte e quatro (24) meses.	Coberto quando é mostrada a perda óssea nos raios-X, para além da acumulação de tártaro registada e presença de bolsas nas gengivas, suficiente para justificar uma limpeza profunda.	$0 de copagamento
D4342	Limpeza profunda para 1-3 dentes num quadrante da boca	Um (1) por quadrante a cada vinte e quatro (24) meses que não exceda quatro (4) quadrantes únicos a cada vinte e quatro (24) meses.		$0 de copagamento
D4355	Limpeza da acumulação de resíduos nos dentes para permitir uma visibilidade adequada dos dentes para exame	Um (1) a cada três (3) anos do plano	Utilizado para remover acumulação extensa antes de um exame. Não pode ser realizada no mesmo dia que uma limpeza dentária (D1110 ou D4910).	$0 de copagamento

Raspagem dentária e alisamento radicular (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D4381	Medicamento aplicado no espaço das gengivas à volta de um dente (por dente) para gestão da gengivite	Ilimitado por ano do plano	Permitido com D4341 ou D4342 no mesmo dia	$0 de copagamento
Próteses completas				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D5110	Prótese dentária superior completa	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano	Prótese coberta quando não existe erupção de dentes restante na boca.	$0 de copagamento
D5120	Prótese dentária inferior completa	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D5130	Remoção completa da prótese superior no momento da extração dos dentes superiores restantes	Um (1) por vida do membro		$0 de copagamento

D5140	Dentadura inferior completa entregue no momento da extração dos dentes inferiores restantes	Um (1) por vida do membro		$0 de copagamento

Parciais (Dentaduras parciais amovíveis)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D5211	Prótese dentária parcial superior - base de resina	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano	Dentadura parcial coberta quando os dentes restantes/de suporte estão livres de cáries e têm osso bom (1) para suportar a dentadura parcial. Inclui materiais de retenção/contenção, descansos e dentes.	$0 de copagamento
D5212	Prótese dentária parcial inferior - base de resina	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D5213	Próteses parciais superiores - estrutura de metal fundido com bases de próteses de resina	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D5214	Placas dentárias parciais inferiores - estrutura de metal fundido com base de resina para próteses dentárias	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D5221	Dentadura parcial superior à base de resina entregue no momento das extrações.	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D5222	Base de resina - Dentadura parcial inferior fornecida no momento das extrações	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento

Parciais (Dentaduras parciais amovíveis) (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D5225	Placa dentária parcial superior - base flexível	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano	Dentadura parcial coberta quando os dentes restantes/de suporte estão livres de cáries e têm osso bom (1) para suportar a dentadura parcial. Inclui materiais de retenção/contenção, descansos e dentes.	$0 de copagamento
D5226	Placa dentária parcial inferior - base flexível	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento

Correções e ajustes de próteses completas				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
DD5410, D5411, D5850, D5851	Ajustes da dentadura ou condicionamento do tecido para dentadura superior e/ou inferior completa	Dois (2) de cada tipo de prótese dentária por ano do plano	Revela ajustes, rebasamentos, reparações, condicionamento de tecidos e substituição de dentes em falta ou partidos para próteses dentárias completas. Não pode ser faturado no prazo de 6 meses após a entrega da nova prótese dentária.	$0 de copagamento
DD5511, D5512, D5520, D5730, D5731, D5750, D5751	Reparações e novo revestimento para próteses dentárias superiores e/ou inferiores completas partidas	Uma (1) de cada tipo de prótese dentária por ano do plano		$0 de copagamento

Ajustes e reparações para próteses parciais				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D5421, D5422	Ajuste da prótese parcial superior e/ou inferior	Duas (2) próteses por ano do plano	Coberto para próteses parciais: ajustes, realinhamentos, reparações na estrutura da prótese, reparação/substituição de dentes da prótese em falta ou partidos, e a adição de contenções ou dentes da prótese a uma prótese dentária parcial existente. Não pode ser faturado no prazo de 6 meses após a entrega da nova prótese dentária parcial.	$0 de copagamento

Ajustes e reparações para próteses parciais (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5740, D5741, D5760, D5761	Reparar ou revestir a prótese parcial superior e/ou inferior	Uma (1) de cada tipo por dentadura parcial por ano do plano	Coberto para próteses parciais: ajustes, realinhamentos, reparações na estrutura da prótese, reparação/substituição de dentes da prótese em falta ou partidos, e a adição de contenções ou dentes da prótese a uma prótese dentária parcial existente. Não pode ser faturado no prazo de 6 meses após a entrega da nova prótese dentária parcial.	$0 de copagamento

Implantes				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D6010, D6010 D6011, D6056 D6057, D6058 D6059, D6060 D6061, D6062 D6063, D6068 D6069, D6073, D6071, D6072 D6065, D6066 D6067, D6075 D6076, D6077 D6091 D6111 D6112, D6191 D6192	Colocação do corpo do implante e suporte do pilar	Máximo de quatro (4) implantes por ano do plano, por dente durante a vida.	Só pode ser utilizado para substituir um dente em falta. A área tem de ser suficientemente e saudável para suportar um implante e de doença das gengivas ativa.	$0 de copagamento

Pontes dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
DD6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte da ponte que é o dente falso que substitui o dente em falta (o pôntico)	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano	Só pode ser utilizado para substituir um dente em falta. Cobre pontes feitas de porcelana/cerâmica; porcelana fundida com teor elevado, base predominante ou metal nobre; metal nobre totalmente fundido, base predominante ou metal nobre; e titânio.	$0 de copagamento
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794,	Coroas que são colocadas nos dentes que suportam a ponte (coroas retentoras)	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano	Cobre apenas coroas que façam parte de uma ponte.	$0 de copagamento
D6930	Voltar a cimentar uma ponte que caiu	Ilimitado por ano do plano	Não cobre a cimentação de uma ponte no mesmo dia da colocação inicial da ponte.	$0 de copagamento

Extrações dentárias e procedimentos cirúrgicos orais				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D7111, D7140, D7210, D7250	Extrações	Um (1) por dente por vida do membro	Cobre a extração de dentes permanentes erupcionados, raízes de dentes expostas e resíduos dos dentes primários. Cobre a extração cirúrgica de dentes erupcionados ou raízes de dentes expostas. Não cobre a extração de dentes impactados (não erupcionados).	$0 de copagamento

D7310, D7311, D7320, D7321	Remodelação do osso (1) que envolve os dentes ou os espaços dentários	Um (1) por quadrante por ano de plano, máximo de quatro (4) em quadrantes diferentes/ únicos por ano de plano	Cobre a alveoloplastia em conjunto ou não com extrações.	$0 de copagamento

Extrações dentárias e procedimentos cirúrgicos orais (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D7510, D7511	Drenagem cirúrgica de um abcesso	Ilimitado por ano do plano	Cobre a incisão e a drenagem de um abcesso através de tecido mole na boca (intraoral). Não cobre a incisão e drenagem através da pele fora da boca (extraoral).	$0 de copagamento
Tratamento de emergência da dor e outras condições dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D9110	Pequeno procedimento para tratamento de emergência da dor dentária	Ilimitado por ano do plano	Coberto apenas para uma consulta urgente ou de emergência.	$0 de copagamento
D9910	Aplicação de agente dessensibilizante num dente ou dentes	Ilimitado por ano do plano	Cobertos uma vez por consulta. Não cobre bases, revestimentos ou adesivos usados sob restaurações.	$0 de copagamento

Óxido nitroso e sedação para procedimentos dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D9219	Avaliação de sedação ou anestesia geral	Ilimitado por ano do plano	Cobre a administração, avaliação e monitorização da sedação moderada (consciente)/analgesia intravenosa, sedação profunda/anestesia geral e óxido nitroso/analgesia - ansiólise. Os medicamentos utilizados para estes procedimentos são considerados incluídos no código do procedimento e não podem ser faturados separadamente.	$0 de copagamento
D9222, D9223	Sedação profunda/Anestesia geral	Ilimitado por ano do plano		$0 de copagamento
D9230	Óxido nitroso	Ilimitado por ano do plano		$0 de copagamento
D9239, D9243	Sedação IV	Ilimitado por ano do plano		$0 de copagamento

Talas dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D7880	Tala usada para tratar a ATM	Um (1) a cada três (3) anos do plano	Cobre dispositivos ortopédicos oclusais fornecidos para o tratamento da disfunção da ATM.	$0 de copagamento
D9943	Ajuste da proteção oclusal	Dois (2) por ano do plano	Não coberto no prazo de 6 meses após a administração da proteção oclusal.	$0 de copagamento
D9944	Proteção oclusal rígida de arco completo superior ou inferior	Um (1) a cada três (3) anos do plano	Cobertos apenas em associação com cerramento ou ranger dos dentes documentados. Não cobre qualquer tipo de apneia do sono, ressonar ou dispositivos	$0 de copagamento $0 de copagamento

Exclusões dentárias:

1. Quaisquer serviços não listados acima são considerados não cobertos.
2. Serviços prestados por um dentista fora da rede se o seu plano não tiver cobertura fora da rede.
3. Serviços e/ou procedimentos dentários que não são necessários e/ou realizados apenas por razões cosméticas e/ou estéticas
4. Despesas de hospitalização ou outras despesas de instalações.
5. Procedimentos dentários realizados não diretamente associados a uma doença dentária.
6. Qualquer procedimento não realizado em ambiente dentário.
7. Cirurgia reconstrutiva de qualquer tipo, incluindo cirurgia reconstrutiva relacionada com uma doença dentária, lesão ou anomalia congénita.
8. Procedimentos que são considerados experimentais, experimentais ou não comprovados. Isto inclui regimes farmacológicos não aceites pelo American Dental Association Council (Conselho da Associação Dentária Americana) sobre terapêuticas dentárias. O facto de um serviço, tratamento, dispositivo ou regime farmacológico experimental, investigacional ou não comprovado ser o único tratamento disponível para uma condição específica não resultará em cobertura se o procedimento for considerado experimental, investigacional ou não comprovado no tratamento dessa condição específica.
9. Serviço para lesões ou condições cobertas pelas leis de compensação de trabalhadores ou responsabilidade do empregador, e serviços que são prestados sem custos às pessoas cobertas por qualquer município, condado ou outra subdivisão política. Esta exclusão NÃO se aplica a quaisquer serviços cobertos pela Medicaid ou pela Medicare.
10. Despesas por procedimentos dentários antes da data de início de elegibilidade da pessoa coberta com o plano.
11. Serviços dentários prestados (incluindo serviços dentários cobertos de outra forma) após a data em que a apólice termina, incluindo serviços dentários para problemas dentários que surjam antes da data em que termina a cobertura individual ao abrigo da apólice.
12. Serviços prestados por um prestador com a mesma residência legal que uma pessoa abrangida ou que seja membro da família de uma pessoa abrangida, incluindo cônjuge, irmão, irmã, pai ou filho.
13. Taxas por não cumprimento de uma consulta agendada sem dar ao consultório dentário o prazo de pré-aviso exigido.

Isenção de responsabilidade: Os planos de tratamento e procedimentos dentários recomendados podem variar. Fale com o seu dentista sobre opções de tratamento, riscos, benefícios e taxas. As alterações aos códigos CDT são emitidas anualmente pela American Dental Association. Os códigos de procedimento podem ser alterados durante o ano do plano, de acordo com a descontinuação de certos códigos dentários.

SECÇÃO 3 Que serviços não estão cobertos pelo plano?

Secção 3.1 Serviços que não cobrimos (exclusões)

Esta secção informa sobre os serviços que estão excluídos da cobertura do Medicare e, portanto, não são abrangidos por este plano.

A tabela abaixo lista serviços e produtos que ou não estão cobertos em nenhuma condição ou estão cobertos apenas em condições específicas.

Se receber serviços que estão excluídos (não cobertos), deverá pagá-los por sua conta, exceto sob as condições específicas listadas abaixo. Mesmo que receba os serviços excluídos numa unidade de emergência, os serviços excluídos continuam a não estar cobertos e o nosso plano não os pagará.

A única exceção é se recorrer de um serviço e este for aprovado, passando a ser considerado um serviço médico pelo qual deveríamos ter pago ou coberto devido à sua situação específica. (Para obter informações sobre como recorrer de uma decisão que tomamos de não cobrir um serviço médico, consulte o Capítulo 9, Secção 5.3 deste documento.)

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Acupuntura		• Disponível para pessoas com dor lombar crónica em determinadas circunstâncias.

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Cirurgia ou procedimentos cosméticos		• Coberto em casos de lesão acidental ou para melhoria do funcionamento de um membro do corpo com malformação. • Coberto para todas as fases de reconstrução de uma mama após uma mastectomia, bem como para a mama não afetada para produzir uma aparência simétrica.
Cuidados de custódia Os cuidados de custódia são os cuidados pessoais que não requerem a atenção contínua de pessoal médico ou paramédico treinado, como os cuidados que o ajudam nas atividades da vida diária, como tomar banho ou vestir-se.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Procedimentos médicos e cirúrgicos experimentais, equipamentos e medicamentos. Procedimentos e equipamentos experimentais são aqueles equipamentos e procedimentos determinados pelo Original Medicare que não são geralmente aceites pela comunidade médica.		• Pode ser coberto pelo Original Medicare num estudo de investigação clínica aprovado pela Medicare ou pelo nosso plano. (Consulte o Capítulo 3, Secção 5 para obter mais informações sobre estudos de investigação clínica.)
Taxas cobradas por cuidados pelos seus familiares imediatos ou membros do seu agregado familiar.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Cuidados de enfermagem a tempo integral na sua casa.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Refeições entregues em casa	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Serviços de assistente para serviços domésticos, incluindo assistência doméstica básica, como tarefas domésticas leves ou preparação de refeições leves.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Serviços de naturopatia (usa tratamentos naturais ou alternativos).	**Não cobertos sob nenhuma condição**	

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Sapatos ortopédicos ou dispositivos de suporte para os pés		• Sapatos que fazem parte de um suporte de perna e estão incluídos no custo do suporte. Sapatos ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com doença do pé diabético.
Itens pessoais no seu quarto num hospital ou enfermaria especializada, como um telefone ou uma televisão.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Quarto privado num hospital.		• Coberto apenas quando medicamente necessário.
Reversão de procedimentos de esterilização e/ou produtos anticoncecionais sem receita.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Quiropraxia de rotina		• Manipulação manual da coluna para corrigir a subluxação.
Queratotomia radial, cirurgia LASIK e outros meios auxiliares para a visão reduzida.	**Não cobertos sob nenhuma condição**	
Serviços considerados não razoáveis e necessários, de acordo com os padrões do Original Medicare	**Não cobertos sob nenhuma condição**	

CAPÍTULO 5:

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

SECÇÃO 1 Introdução

Este capítulo **explica as regras para usar a sua cobertura para medicamentos da Parte D**. Consulte o Capítulo 4 para benefícios de medicamentos da Parte B do Medicare e benefícios de medicamentos de cuidados paliativos.

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

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

- É necessário que um prestador (um médico, dentista ou outro prescritor) lhe prescreva uma receita que tem de ser válida segundo a legislação estadual aplicável.
- O seu médico prescritor não pode estar nas Listas de Exclusão ou Preclusão da Medicare.
- Geralmente, tem de usar uma farmácia da rede para obter a sua receita. (Consulte a Secção 2, Avie as suas receitas numa farmácia da rede ou por meio do programa de compra pelo correio do plano).
- O seu medicamento tem de estar na Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário) do plano (a que chamamos de “Lista de Medicamentos”, para abreviar). (Consulte a Secção 3, Os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos do plano.”)
- O seu medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. Uma indicação medicamente aceite é o uso do medicamento aprovado pela Food and Drug Administration ou com base em certos livros de referência. (Consulte a Secção 3 para obter mais informações sobre uma indicação medicamente aceite.)

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

Secção 2.1 Utilizar uma farmácia da rede

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

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

Secção 2.2 Farmácias da rede

Como encontra uma farmácia da rede na sua área?

Para encontrar uma farmácia da rede, pode procurar no seu *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite o nosso website (www.ccahealthri.org) e/ou ligar para o Serviço de Atendimento a Associados.

Pode recorrer a qualquer das farmácias da nossa rede.

E se a farmácia que usa sair da rede?

Se a farmácia que estiver a usar sair da rede do plano, terá de encontrar uma nova farmácia que faça parte da rede. Para encontrar outra farmácia na sua área, pode obter ajuda do Serviço de Apoio a Associados ou usar o *Diretório de Prestadores e Farmácias* . Também pode encontrar informações no nosso website em www.ccahealthri.org.

E se precisar de uma farmácia especializada?

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

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

- Farmácias que distribuem medicamentos restritos pela FDA a determinados locais ou que requerem manuseamento especial, coordenação de fornecedores ou educação sobre o seu uso. (Nota: este cenário deverá acontecer raramente.)

Para localizar uma farmácia especializada, procure no seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* ou ligue para o Serviço de Atendimento a Associados.

Secção 2.3 Utilizar os serviços de encomenda por correio do plano

Para determinados tipos de medicamentos, pode utilizar os serviços de encomenda por correio dentro da rede do plano. Normalmente, os medicamentos fornecidos através de encomenda por correio são medicamentos que toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo. Os medicamentos que *não* estão disponíveis através do serviço de encomenda por correio do plano estão marcados como *Fornecimento diário não prolongado* na nossa “Lista de Medicamentos”.

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

Para obter formulários de encomenda e informações sobre como aviar as suas receitas por correio, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados (os números de telefone encontram-se na contracapa deste folheto) ou visite o nosso website www.ccahealthri.org.

Normalmente, uma encomenda de farmácia enviada pelo correio ser-lhe-á entregue no máximo no prazo de 14 dias. Contacte o Serviço de Atendimento a Associados se a sua receita de encomenda por correio estiver atrasada.

Novas receitas que a farmácia recebe diretamente do consultório do seu médico.
A farmácia irá aviar automaticamente e entregar novas receitas que receba de prestadores de cuidados de saúde, sem verificar primeiro consigo, se:

- Tiver usado serviços de encomenda por correio com este plano no passado, ou
- Se inscrever para entrega automática de todas as novas receitas recebidas diretamente dos prestadores de cuidados de saúde. Pode pedir a entrega automática de todas as novas receitas ou em qualquer momento solicitando a opção automática na Farmácia com encomenda por correio, Farmácia Costco. Para obter assistência adicional, ligue para o Serviço de Atendimento a Associados.

Se receber automaticamente uma receita por correio que não quer e não tiver sido contactado para ver se a quer antes do seu envio, pode ser elegível para um reembolso.

Se utilizou a encomenda por correio no passado e não quer que a farmácia preencha e envie automaticamente cada nova receita, contacte a farmácia Costco pelo telefone 800-607-6861, das 8:00 am às 10:00 pm de segunda a sexta-feira, e das 12:30 pm às 5:00 pm de sábado. Para obter assistência adicional, ligue para o Serviço de Atendimento a Associados.

Se nunca tiver usado a nossa entrega de encomenda por correio e/ou decidir parar aviar automaticamente novas receitas, a farmácia irá contactá-lo sempre que receber uma nova receita de um profissional de saúde para ver se quer aviar a medicação e enviá-la imediatamente. É importante que responda cada vez que for contactado pela farmácia, para que na farmácia saibam se devem enviar, adiar ou cancelar a nova receita.

Reposições de pedidos pelo correio. Para reposições dos seus medicamentos, tem a opção de se inscrever num programa de reposições automáticas. Neste programa, começaremos a tratar o seu próximo reabastecimento automaticamente, quando os nossos registos mostrarem que o seu medicamento está prestes a esgotar. A farmácia irá contactá-lo antes de enviar cada reabastecimento para garantir que necessita de mais medicação, e poderá cancelar reabastecimentos programados se tiver medicação suficiente ou se a sua medicação tiver sido alterada.

Se optar por não utilizar o nosso programa de reabastecimento automático, mas ainda quiser que a farmácia de encomenda por correio lhe envie a sua receita, contacte a sua farmácia 14-21 dias antes de a sua receita atual acabar. Isto irá garantir que a sua encomenda lhe é enviada a tempo.

Para sair do nosso programa que prepara automaticamente os reabastecimentos de encomendas por correio, contacte a farmácia Costco pelo telefone 800-607-6861, das 8:00 am às 10:00 pm de segunda a sexta-feira, e das 12:30 pm às 5:00 pm aos sábados. Para obter assistência adicional, ligue para o Serviço de Atendimento a Associados.

Se receber uma recarga automaticamente por correio que não deseja, poderá ser elegível para um reembolso.

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

Quando adquire um fornecimento de medicamentos a longo prazo, a sua partilha de custos pode ser mais baixa. O plano oferece duas maneiras de obter um fornecimento de longo prazo (também denominado fornecimento prolongado) de medicamentos de manutenção na "Lista de Medicamentos" do nosso plano. (Medicamentos de manutenção são medicamentos que toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo.)

1. Algumas farmácias de retalho na nossa rede permitem-lhe obter um fornecimento a longo prazo de medicamentos de manutenção. O seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* informa-o sobre quais as farmácias na nossa rede que lhe podem dar um fornecimento a longo prazo de medicamentos de manutenção. Também pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados para obter mais informações.
2. Também pode receber medicamentos de manutenção através do nosso programa de encomenda por correio. Consulte a Secção 2.3 para obter mais informações.

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

A sua receita pode ser coberta em certas situações

Normalmente pagamos os medicamentos aviados numa farmácia fora da rede **apenas** quando não consegue utilizar uma farmácia da rede. Para o ajudar, temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço onde pode aviar as suas receitas enquanto associado do nosso plano. **Verifique primeiro junto do Serviço de Atendimento a Associados** para verificar se existe uma farmácia da rede nas proximidades. Provavelmente terá que pagar a diferença entre o que paga pelo medicamento na farmácia fora da rede e o custo que cobrimos numa farmácia da rede.

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

- Se estiver a viajar nos Estados Unidos e territórios, mas fora da área de cobertura do plano, e ficar doente, perder medicamentos sujeitos a receita médica ou ficar sem os mesmos, cobriremos as receitas que sejam aviadas numa farmácia fora da rede. Antes de aviar a sua receita numa farmácia fora da

rede, ligue para o nosso número de Serviço de Atendimento a Associados gratuito impresso na contracapa deste folheto, para saber se existe uma farmácia da rede na área onde se encontra. Se não existirem farmácias nessas áreas, o Serviço de Atendimento a Associados poderá tomar providências para aviar as suas receitas de uma farmácia fora da rede. Poderá ter de pagar o custo total quando avia a sua receita. Pode pedir-nos o reembolso dos custos enviando-nos uma solicitação de reembolso. Para saber como enviar uma reclamação em papel, consulte o processo de solicitação de reembolso em papel descrito no Capítulo 6. Não podemos pagar por nenhuma receita aviada em farmácias fora dos Estados Unidos e seus territórios, mesmo em caso de emergência médica.

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

Nestes casos, **consulte primeiro o Serviço de Atendimento a Associados** para saber se existe uma farmácia da rede nas proximidades. Pode ser necessário pagar a diferença entre o que paga pelo medicamento na farmácia fora da rede e o custo que cobrimos numa farmácia da rede.

Como pode pedir o reembolso do plano?

Se tiver de utilizar uma farmácia fora da rede, terá geralmente de pagar o custo total (e não a sua parte normal do custo) no momento em que aviar a sua receita. Pode pedir-nos que lhe reembolsemos a nossa parte do custo. (O Capítulo 7, Secção 2.1 explica como pedir reembolsos ao plano.)

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

Secção 3.1 A "Lista de Medicamentos" informa que medicamentos da Parte D são cobertos

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

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

Os medicamentos na "Lista de Medicamentos" são apenas aqueles cobertos pelo Medicare Parte D.

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

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

A "Lista de Medicamentos" inclui medicamentos de marca e medicamentos genéricos.

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

Um medicamento genérico é um medicamento prescrito que contém os mesmos ingredientes ativos que o medicamento de marca. Uma vez que os produtos biológicos são mais complexos do que os medicamentos típicos, em vez de terem uma forma genérica, têm alternativas que são chamadas biossimilares. Geralmente, os genéricos e os biossimilares funcionam tão bem como o medicamento de marca ou produto

biológico e geralmente custam menos. Existem substitutos de medicamentos genéricos disponíveis para muitos medicamentos de marca. Existem alternativas biossimilares para alguns produtos biológicos.

O que *não* está na "Lista de Medicamentos"?

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

- Em alguns casos, a lei não permite que qualquer plano de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para mais informações sobre isto, consulte a Secção 7.1 neste capítulo).
- Noutros casos, decidimos não incluir um determinado medicamento na nossa "Lista de Medicamentos". Em alguns casos, poderá conseguir obter um medicamento que não está na "Lista de Medicamentos". Consulte o Capítulo 9 para obter mais informações.

Secção 3.2 Existem 5 escalões de partilha de custos para os medicamentos na "Lista de Medicamentos"

Cada medicamento da "Lista de Medicamentos" do plano está num dos 5 escalões de partilha de custos. Em geral, quanto maior for o nível de partilha de custos, mais elevado é o seu custo para o medicamento:

- O nível 1 é o nível mais baixo e inclui os medicamentos genéricos preferenciais.
- O nível 2 é de medicamentos genéricos
- O nível 3 é de medicamentos de marca preferencial
- O nível 4 é de medicamentos de marca não preferencial
- O nível 5, o nível mais alto, é o nível de medicamentos de Especialidade

Para saber em que nível de partilha de custos está o seu medicamento, procure na "Lista de Medicamentos" do plano.

O montante que paga por medicamentos em cada nível de partilha de custos é apresentado no Capítulo 6 (*O que paga por medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D*).

Secção 3.3 Como pode saber se um medicamento específico está na "Lista de Medicamentos"?

Tem quatro (4) maneiras de saber:

1. Verificar a "Lista de Medicamentos" mais recente que lhe fornecemos eletronicamente.
2. Aceda ao sítio Web do plano (www.ccahealthri.org). A "Lista de Medicamentos" do sítio Web é sempre a mais atual.
3. Telefone para o Serviço de Atendimento a Membros para saber se um determinado medicamento está na "Lista de Medicamentos" do plano ou para solicitar uma cópia da lista.
4. Utilize a "Ferramenta de Benefícios em Tempo Real" do plano (https://memberportal.navitus.com/micro-sites/realtime-benefits ou entrando em contacto com o Serviço de Atendimento a Associados). Com esta ferramenta, pode pesquisar medicamentos na "Lista de Medicamentos" para ver uma estimativa do que irá pagar e se existem medicamentos alternativos na "Lista de Medicamentos" que possam tratar a mesma condição.

SECÇÃO 4 Existem restrições à cobertura de alguns medicamentos

Secção 4.1 Porque alguns medicamentos têm restrições?

No caso de certos medicamentos controlados, há regras especiais que restringem como e quando o plano os cobre. Uma equipa de prestadores de cuidados de saúde e farmacêuticos desenvolveu estas regras para o incentivar a si e ao seu prestador a utilizar os medicamentos da forma mais eficaz. Para saber se alguma destas restrições se aplica a um medicamento que toma ou pretende tomar, verifique a "Lista de Medicamentos".

As regras do plano foram elaboradas para encorajá-lo a si e ao seu prestador a usar essa opção de custo mais baixo se um medicamento seguro e de custo mais baixo funcionar tão bem do ponto de vista médico como um medicamento de custo mais elevado.

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

Secção 4.2 Que tipos de restrições?

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

Se houver uma restrição relativamente ao seu medicamento, isso geralmente significa que o associado ou o seu médico terão que tomar medidas extra para que possamos cobrir o medicamento. Contacte o Serviço de Apoio a Associados para saber o que o associado ou o seu prestador teriam de fazer para obter cobertura para o medicamento. Se pretender que renunciemos à restrição, terá de usar o processo de decisão de cobertura e pedir-nos para abrirmos uma exceção. Podemos ou não concordar em dispensar a restrição. (Consulte o Capítulo 9)

Restrição de medicamentos de marca ou produtos biológicos originais quando uma versão genérica ou biossimilar intercambiável estiver disponível

Geralmente, 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, quando estiver disponível uma versão genérica ou biossimilar intercambiável de um medicamento de marca ou produto biológico original, as farmácias da nossa rede fornecer-lhe-ão a versão genérica ou biossimilar intercambiável em vez do medicamento de marca ou produto biológico original.** No entanto, se o seu prestador nos disser o motivo médico pelo qual o medicamento genérico ou o biossimilar intercambiável não irá funcionar para si *OU* tiver escrito “Não substituir” na sua receita para um medicamento de marca, biossimilar intercambiável nem outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição, então iremos cobrir o medicamento de marca ou produto biológico original. (A sua parte do custo pode ser maior para o medicamento de marca do que para o medicamento genérico ou biossimilar intercambiável.)

Obter a aprovação do plano com antecedência

Para certos medicamentos, o associado ou o seu médico precisam de obter a aprovação do plano antes de concordarmos em cobrir o medicamento. A isso chama-

se **autorização prévia**. Isto é implementado para garantir a segurança da medicação e ajudar a orientar a utilização adequada de determinados medicamentos. Se não obtiver esta aprovação, o seu medicamento pode não ser coberto pelo plano.

Experimentar um medicamento diferente primeiro

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

Limites de quantidade

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

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

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

Existem situações em que um medicamento que esteja a tomar, ou um medicamento que o associado e o seu médico considerem que deve tomar, que não esteja no nosso formulário ou esteja no nosso formulário com restrições. For example:

- O medicamento pode não ter qualquer cobertura. Ou talvez uma versão genérica do medicamento seja coberta, mas a versão de marca que pretende tomar não seja coberta.
- O medicamento é coberto, mas existem regras ou restrições extra sobre a cobertura desse medicamento, conforme explicado na Secção 4.
- O medicamento está coberto, mas está num nível de partilha de custos que torna a sua partilha de custos mais cara do que pensa que deveria ser.

- Há coisas que pode fazer se o seu medicamento não for coberto da maneira que pretende. Se o seu medicamento não estiver na "Lista de Medicamentos" ou se for restrito, consulte a Secção 5.2 para saber o que pode fazer.
- Se o seu medicamento estiver num nível de partilha de custos que torne o seu custo mais caro do que pensa que deveria ser, consulte a Secção 5.3 para saber o que pode fazer.

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

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

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

Pode obter fornecimento temporário

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

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

- **No caso de novos associados,** cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** após a sua adesão ao plano, se for um novo associado.
- **Caso tenha estado no plano no último ano**, cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** do ano.
- Este fornecimento temporário será para um fornecimento máximo de 31 dias de medicação. Se a sua receita tiver um prazo menor, permitiremos vários abastecimentos para fornecer até um máximo de 31 dias de medicação. A receita tem de ser obtida numa farmácia da rede. (Note que a farmácia de

cuidados de longo prazo pode fornecer o medicamento em quantidades menores de cada vez para evitar o desperdício.)

- **Para os associados que estão no plano há mais de 90 dias e vivem numa instituição de longa permanência e precisam de um fornecimento imediatamente:**

  Cobriremos um fornecimento de emergência para 31 dias de um determinado medicamento, ou menos, se a sua receita for para menos dias. Isto é adicional ao fornecimento temporário acima.

- **Aos atuais associados com alterações de nível de cuidados**, forneceremos um abastecimento de emergência de, pelo menos, 31 dias (a menos que a receita seja prescrita para menos dias) relativamente a todos os medicamentos não indicados no formulário, incluindo os que possam ter requisitos de terapêutica por etapas ou de autorização prévia. Um nível não planeado de transição de atendimento pode ser qualquer um dos seguintes:
  - uma alta de uma instituição de cuidados de longo prazo ou admissão a uma instituição de cuidados de longo prazo,
  - uma alta ou internamento num hospital, ou
  - uma mudança no nível de qualificação da unidade de enfermagem

Para questões sobre um fornecimento temporário, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.

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

1) Pode mudar para outro medicamento

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

2) Pode pedir uma exceção

O associado e o seu médico podem solicitar que o plano abra uma exceção e cubra o medicamento da maneira que pretende. Se o seu prestador disser que tem motivos

médicos que justifiquem pedir-nos uma exceção, poderá ajudá-lo a fazê-lo. Por exemplo, pode solicitar que o plano cubra um medicamento, mesmo que não esteja na "Lista de Medicamentos" do plano. Ou pode pedir ao plano para abrir uma exceção e cobrir o medicamento sem restrições.

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

Se o associado e o seu prestador quiserem pedir uma exceção, o Capítulo 9, Secção 6.4 indica o que devem fazer. Explica os procedimentos e prazos que foram estabelecidos pelo Medicare para garantir que o seu pedido é tratado de forma rápida e justa.

Secção 5.3 O que pode fazer se o seu medicamento estiver num nível de partilha de custos que considera demasiado alto?

Se o seu medicamento se encontra num nível de partilha de custos que considera demasiado alto, aqui está o que pode fazer:

Pode mudar para outro medicamento

Se o seu medicamento está num nível de partilha de custos que considera demasiado alto, fale com o seu prestador. Pode haver um medicamento diferente num nível de partilha de custos mais baixo que possa funcionar igualmente bem para si. Ligue para o Serviço de Atendimento a Associados para pedir uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. Esta lista pode ajudar o seu médico a encontrar um medicamento coberto que possa funcionar no seu caso.

Pode pedir uma exceção

O associado e o seu prestador podem pedir ao plano para abrir uma exceção no nível de partilha de custos para o medicamento, para que pagar menos por ele. Se o seu médico disser que tem motivos médicos que justifiquem pedir-nos uma exceção, poderá ajudá-lo a fazê-lo.

Se o associado e o seu prestador quiserem pedir uma exceção, o Capítulo 9, Secção 6.4 indica o que devem fazer. Explica os procedimentos e prazos que foram

estabelecidos pelo Medicare para garantir que o seu pedido é tratado de forma rápida e justa.

Os medicamentos do nosso Nível de Especialidade (Nível 5) não são elegíveis para este tipo de exceção. Não reduzimos o montante da partilha de custos de medicamentos neste nível.

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

Secção 6.1 A "Lista de Medicamentos" pode mudar durante o ano

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

- **Adicionar medicamentos à "Lista de Medicamentos" ou retirar medicamentos da "Lista de Medicamentos**".
- **Mover um medicamento para uma categoria de partilha de custos superior ou inferior**.
- **Adicionar ou remover uma restrição à cobertura de um medicamento**.
- **Substituir um medicamento de marca por um medicamento genérico.**
- **Substituir um produto biológico original por uma versão biossimilar intercambiável do produto biológico.**

Temos de seguir os requisitos do Medicare antes de alterarmos a "Lista de Medicamentos" do plano.

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

Informações sobre mudanças na cobertura de medicamentos

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

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

- **Um novo medicamento genérico substitui um medicamento de marca na "Lista de Medicamentos" (ou mudamos o nível de partilha de custos ou adicionamos novas restrições ao medicamento de marca ou ambos os casos)**
  - Podemos remover imediatamente um medicamento de marca da nossa "Lista de Medicamentos" se o substituirmos por uma versão genérica recentemente aprovada do mesmo medicamento. O medicamento genérico irá aparecer no mesmo nível ou no nível inferior de partilha de custos e com as mesmas restrições, ou menos. Podemos também decidir manter o medicamento de marca na "Lista de Medicamentos", mas mudá-lo imediatamente para um nível mais elevado de partilha de custos ou adicionar novas restrições ou ambos, quando é adicionado um novo medicamento.
  - Podemos não o avisar com antecedência antes de fazermos essa alteração, mesmo se estiver a tomar o medicamento de marca. Se estiver a tomar o medicamento de marca no momento em fizermos a alteração, iremos fornecer-lhe informações sobre a(s) alteração(ões) específica(s). Isto também incluirá informações sobre as etapas que pode seguir para solicitar uma exceção para cobrir o medicamento de marca. Pode não receber tal aviso antes de fazermos a alteração.
  - O associado ou o seu médico podem pedir-nos para abrirmos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento de marca. Para informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros e outros medicamentos da "Lista de Medicamentos" retirados do mercado**
  - Por vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou ser retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, poderemos retirar imediatamente o medicamento da "Lista de Medicamentos". Se estiver a tomar esse medicamento, informá-lo-emos imediatamente.
  - O seu médico também ficará a par desta mudança e poderá coordenar-se consigo para encontrarem outro medicamento para a sua condição.
- **Outras alterações nos medicamentos da "Lista de Medicamentos"**
  - Após o início do ano, poderemos efetuar outras alterações que afetem os medicamentos que esteja a tomar. Por exemplo, podemos adicionar um

medicamento genérico que não seja novo no mercado para substituir um medicamento de marca na "Lista de Medicamentos" ou alterar o nível de partilha de custos, adicionar novas restrições ao medicamento de marca ou fazer ambas as coisas. Também podemos fazer alterações com base em avisos em caixa da FDA ou novas diretrizes clínicas reconhecidas pelo Medicare.

- Para tais alterações, temos de lhe avisar com pelo menos 30 dias de antecedência da alteração ou dar-lhe um aviso prévio da alteração e um reabastecimento de 31 dias do medicamento que está a tomar numa farmácia da rede.
- Depois de receber a notificação da alteração, deverá trabalhar com o seu prestador de cuidados de saúde para mudar para um medicamento diferente que nós cobrimos ou para satisfazer quaisquer novas restrições ao medicamento que está a tomar.
- O associado ou o seu prescritor também podem pedir-nos para abrirmos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento. Para informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 9.

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

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

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

- Mudamos o seu medicamento para um nível de partilha de custos mais elevado.
- Colocarmos uma nova restrição à utilização do seu medicamento.
- Retirarmos o seu medicamento da "Lista de Medicamentos".

Se alguma destas mudanças acontecer relativamente a um medicamento que esteja a tomar (exceto por causa de uma retirada do mercado, de um medicamento genérico substituir um medicamento de marca ou de outra mudança referida nas secções acima), a mudança não afetará o seu uso ou o que paga como partilha de custos até 1 de janeiro do ano seguinte. Até essa data, provavelmente não observará qualquer

aumento nos seus pagamentos ou quaisquer restrições adicionais ao uso do medicamento.

Não iremos informá-lo sobre estes tipos de alterações diretamente durante o ano atual do plano. Terá de verificar a "Lista de Medicamentos" para o próximo ano do plano (quando a lista estiver disponível durante o período de inscrição aberto) para ver se existem quaisquer alterações aos medicamentos que esteja a tomar que o irão afetar durante o próximo ano do plano.

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

Secção 7.1 Tipos de medicamentos que não cobrimos

Esta secção informa que tipos de medicamentos sujeitos a receita médica estão excluídos. Isto significa que a Medicare não paga estes medicamentos.

Se comprar medicamentos que estão excluídos, tem de pagar por eles pessoalmente. Se recorrer e o medicamento solicitado não for considerado excluído ao abrigo da Parte D, iremos pagá-lo ou cobri-lo. (Para obter informações sobre como recorrer de uma decisão, consulte o Capítulo 9.)

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

A cobertura de medicamentos da Parte D do nosso plano pode não cobrir um medicamento que seria coberto pelo Medicare Parte A ou Parte B.

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

Adicionalmente, por lei, as seguintes categorias de medicamentos não são cobertas pelos planos de medicamentos Medicare:

- Medicamentos não sujeitos a receita médica (também chamados medicamentos de venda livre).
- Medicamentos utilizados para promover a fertilidade.
- Medicamentos utilizados para o alívio de sintomas de tosse ou constipação.
- Medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo.
- Vitaminas e produtos minerais receitados, exceto vitaminas pré-natais e preparações de flúor.
- Medicamentos usados para o tratamento da disfunção sexual ou erétil.
- Medicamentos utilizados para tratamento de anorexia, perda de peso ou aumento de peso.
- Medicamentos ambulatórios para os quais o fabricante procura exigir que os testes ou serviços de monitorização associados sejam comprados exclusivamente ao fabricante como condição de venda.

Além disso, se estiver a receber “Ajuda Extra” para pagar as suas receitas, o programa “Ajuda Extra” não pagará pelos medicamentos que normalmente não estão cobertos. No entanto, se tiver cobertura de medicamentos através do Medicaid, o programa Rhode Island Medicaid pode cobrir alguns medicamentos sujeitos a receita médica que normalmente não estão cobertos num plano de medicamentos Medicare. Contacte o programa Rhode Island Medicaid do seu estado para determinar que cobertura de medicamentos poderá estar disponível para si. (Pode encontrar números de telefone e informações de contacto para o Medicaid no Capítulo 2, Secção 6.)

SECÇÃO 8 Aviar uma receita

Secção 8.1 Fornecer as suas informações de associado

Para aviar a sua receita, forneça as informações de adesão ao seu plano, que podem ser encontradas no seu cartão de associado, na farmácia da rede que escolher. A farmácia da rede irá faturar automaticamente ao plano a *nossa* parte do custo do seu medicamento. Terá de pagar à farmácia a *sua* parte dos custos quando aviar a sua receita.

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

Se não tiver a sua informação de associado do plano quando aviar a receita, o associado ou farmácia pode telefonar para o plano para obter as informações necessárias.

Se a farmácia não conseguir obter as informações necessárias, **poderá ter de pagar o custo total da receita quando a aviar**. (Pode então pedir-nos que o **reembolsemos** pela nossa parte. Consulte o Capítulo 7, Secção 2.1 para informações sobre como pedir um reembolso ao plano.)

SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais

Secção 9.1 E se estiver num hospital ou enfermaria especializada para uma estadia coberta pelo plano?

Se for internado num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano, iremos, de um modo geral, cobrir o custo dos seus medicamentos sujeitos a receita médica durante a sua estadia. Assim que deixar o hospital a ou enfermaria especializada, o plano cobrirá os seus medicamentos sujeitos a receita médica, desde que estes satisfaçam todas as nossas regras de cobertura descritas neste Capítulo.

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

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

Verifique o seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber se a farmácia da sua instituição de cuidados continua a ser a que utiliza faz parte da nossa rede. Se não for o caso, ou se precisar de mais informações ou assistência, contacte o Serviço de Apoio a Associados. Se estiver numa instalação de cuidados continuados, temos de garantir

que recebe rotineiramente os benefícios da Parte D por meio da nossa rede de farmácias de cuidados prolongados.

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

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

Secção 9.3 E se também estiver a receber cobertura para medicamentos de um plano de empregador ou de grupo de reformados?

Se tiver atualmente outra cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica por meio do seu empregador (ou do seu cônjuge) ou grupo de reformados, entre em contacto com o **administrador de benefícios desse grupo.** Essa pessoa pode ajudá-lo a determinar como é que a sua atual cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica irá funcionar com o nosso plano.

Em geral, se tiver cobertura de grupo de funcionários ou reformados, a cobertura de medicamentos que obtém de nós será *secundária* à sua cobertura de grupo. Isto significa que a sua cobertura de grupo paga primeiro.

Nota especial sobre a "cobertura creditável":

A cada ano, o seu empregador ou grupo de reformados deve enviar-lhe um aviso a informar se a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica para o ano seguinte civil é creditável.

Se a cobertura do plano de grupo for creditável, significa que o plano tem cobertura para medicamentos e espera-se que pague, em média, pelo menos tanto como a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica padrão do Medicare.

Conserve este aviso sobre coberturas creditáveis, porque pode precisar deles mais tarde. Caso se inscreva num plano do Medicare que inclua cobertura de medicamentos da Parte D, pode precisar destes avisos para mostrar que manteve a cobertura creditável. Se não recebeu o aviso de cobertura credível, solicite uma cópia ao seu empregador ou administrador de benefícios do grupo de reformado ou ao empregador ou sindicato.

Secção 9.4 E se estiver em cuidados paliativos certificados pelo Medicare?

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

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

SECÇÃO 10 Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos

Secção 10.1 Programas para ajudar os membros a usar medicamentos com segurança

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

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

- Possíveis erros de medicação
- Medicamentos que podem não ser necessários porque está a tomar outro medicamento para tratar a mesma condição
- Medicamentos que podem não ser seguros ou apropriados devido à sua idade ou ao seu sexo

- Certas combinações de medicamentos que podem prejudicá-lo se forem tomados ao mesmo tempo
- Receitas para medicamentos com ingredientes aos quais é alérgico
- Possíveis erros na quantidade (dosagem) de um medicamento que está a tomar
- Quantidades perigosas de medicações analgésicas com opiáceos

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

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

Temos um programa que pode ajudar a garantir que os nossos associados usem com segurança os seus opioides sujeitos a receita médica e outros medicamentos que com frequência são sujeitos a uso abusivo. Este programa é denominado Programa de Gestão de Medicamentos (PGM). Se usa medicamentos opioides que obtém de vários prestadores de cuidados de saúde ou farmácias, ou se sofreu uma sobredosagem recente de opioides, podemos conversar com os seus prestadores para nos certificarmos de que o seu uso de opioides é apropriado e medicamente necessário. Se, em colaboração com os seus prestadores, decidirmos que o uso de medicamentos opioides ou benzodiazepinas sujeitos a receita médica não é seguro, podemos limitar a forma como pode obtê-los. Se o colocarmos no nosso PGM, as limitações podem ser:

- Exigir que avie todas as suas receitas de medicamentos opioides ou benzodiazepinas em determinada(s) farmácia(s)
- Exigir que avie todas as suas receitas de medicamentos opioides: ou benzodiazepinas de determinado(s) prestador(es)
- Limitando a quantidade de medicamentos opioides ou benzodiazepinas que cobriremos no seu caso

Se planearmos limitar a forma como pode receber estes medicamentos ou quanto pode obter, enviar-lhe-emos uma carta com antecedência. A carta explicará as limitações que consideramos que lhe devemos aplicar. Terá a oportunidade de nos informar sobre que prestadores de cuidados de saúde ou farmácias prefere usar, e qualquer outra informação que considere importante que saibamos. Depois de ter a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos, enviaremos outra carta a confirmar a limitação. Se lhe parecer que cometemos um erro ou discordar da nossa determinação ou da limitação, o associado e o seu médico têm o

direito de solicitar um recurso. Se recorrer, iremos rever o seu caso e dar-lhe uma decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte da sua solicitação relacionada com as limitações que se aplicam ao seu acesso a medicamentos, encaminharemos automaticamente o seu caso para um revisor independente fora do nosso plano. Consulte o Capítulo 9 para informações sobre como solicitar um recurso.

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

Secção 10.3 Programa de Gestão de Terapêutica de Medicação (GTM) para ajudar os associados a gerir a medicação

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

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

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

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

CAPÍTULO 6:

O que paga pelos seus medicamentos com receita da Parte D

Está atualmente a receber ajuda para pagar os seus medicamentos?

Se estiver num programa que ajude a pagar os seus medicamentos, **algumas informações nesta Evidência de Cobertura sobre os custos dos medicamentos da Parte D *podem* não se aplicar ao seu caso.** Enviamos-lhe um folheto separado chamado *Prova de Cobertura – Cláusula Adicional para Pessoas que Recebem "Ajuda Extra" para Pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica* (também conhecida como Cláusula Adicional de Subsídio por Baixo Rendimento ou Cláusula Adicional LIS), que contém informações sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este folheto, contacte o Serviço de Atendimento a Associados e peça o LIS Rider.

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 Utilize este capítulo juntamente com outros materiais que explicam a sua cobertura de medicamentos

Este capítulo centra-se no que paga pelos medicamentos com receita da Parte D. Para simplificar, utilizamos medicamento neste capítulo para designar um medicamento com receita médica da Parte D. Conforme explicado no Capítulo 5, nem todos os medicamentos são medicamentos da Parte D - alguns medicamentos são cobertos pelo Medicare Parte A ou Parte B e outros medicamentos são, por lei, excluídos da cobertura do Medicare.

Para compreender as informações de pagamento, precisa de saber quais os medicamentos abrangidos, onde aviar as suas receitas médicas, e que regras seguir quando receber os medicamentos cobertos. O Capítulo 5, Secções 1 a 4 explicam estas regras. Quando utiliza a "Ferramenta de Benefícios em Tempo Real" do plano para procurar cobertura de medicamentos (consulte o Capítulo 5, Secção 3.3), o custo apresentado é fornecido em "tempo real", o que significa que o custo que vê na ferramenta reflete um momento no tempo para fornecer uma estimativa das despesas incorridas que se espera que pague. Também pode obter informações fornecidas pela "Ferramenta de Benefícios em Tempo Real" telefonando para o Serviço de Atendimento a Associados.

Secção 1.2 Tipos de custos que pode ter de pagar do seu bolso por medicamentos cobertos

Existem diferentes tipos de custos de desembolso para medicamentos da Parte D. O montante que paga por um medicamento chama-se partilha de custos e existem três formas; as seguintes, representam as formas em que lhe pode ser pedido para pagar.

- **Franquia** é o montante que paga pelos medicamentos, antes do nosso plano começar a pagar a sua parte.
- **Copagamento** é um montante fixo que paga de cada vez que avia uma receita médica.
- **Cosseguro** é uma percentagem do custo total que paga de cada vez que avia uma receita médica.

Secção 1.3 Como o Medicare calcula os custos que paga do seu próprio bolso

O Medicare tem regras sobre o que conta e *não* conta como despesas de desembolso. Aqui estão as regras que temos de seguir para acompanhar os seus custos de desembolso.

Estes pagamentos estão incluídos nos custos que paga do seu próprio bolso

Os seus custos que pagou do seu bolso incluem os pagamentos indicados abaixo (desde que sejam para medicamentos cobertos pela Parte D e que tenha seguido as regras de cobertura de medicamentos que se encontram explicadas no Capítulo 5):

- O montante pago por medicamentos quando se encontra em qualquer uma das seguintes fases de pagamento de medicamentos:
  - A Fase de Franquia
  - A Fase de Cobertura Inicial
- Quaisquer pagamentos que tenha realizado durante este ano civil, como associado de um outro Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica do Medicare, antes de aderir ao nosso plano.

É importante quem paga:

- Se for o **próprio** a fazer estes pagamentos, estão incluídos nos custos que paga do seu próprio bolso.
- Estes pagamentos **também estão incluídos** se forem realizados em seu nome por **outros indivíduos ou organizações.** Isto inclui pagamentos pelos seus medicamentos feitos por um amigo ou familiar, pela maioria das instituições de caridade, por programas de assistência aos medicamentos contra a SIDA, por

um Programa de Assistência Farmacêutica Estatal que é qualificado pelo Medicare, ou pelo Programa de Saúde Indígena. Os pagamentos feitos pelo Programa "Ajuda Extra" do Medicare estão também incluídos.

- Alguns pagamentos efetuados pelo Programa de Descontos da Fase de Ausência de Cobertura da Medicare estão incluídos. O montante que o fabricante paga pelos seus medicamentos de marca está incluído. Mas o montante que o plano paga pelos seus medicamentos genéricos não está incluído.

Passar à Fase de Cobertura Catastrófica:

Quando o associado (ou quem paga em seu nome) tiver gasto um total de $8.000 em despesas incorridas nesse ano, passará da Fase de Cobertura Inicial para a Fase de Cobertura Catastrófica.

Estes pagamentos <u>não estão incluídos</u> nos custos que paga do seu próprio bolso

Os seus custos de desembolso **não incluem** nenhum destes tipos de pagamentos:

- O seu prémio mensal.
- Medicamentos comprados fora dos Estados Unidos e dos seus territórios.
- Medicamentos que não são abrangidos pelo nosso plano.
- Medicamentos obtidos numa farmácia fora da rede que não cumprem os requisitos do plano para cobertura fora da rede.
- Medicamentos não abrangidos pela Parte D, incluindo medicamentos sujeitos a receita médica abrangidos pela Parte A ou Parte B e outros medicamentos excluídos da cobertura da Medicare.
- Medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pela Parte A ou Parte B.
- Pagamentos que faz para medicamentos cobertos pela nossa cobertura adicional, mas normalmente não cobertos por um Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica da Medicare.
- Pagamentos que faz para medicamentos sujeitos a receita médica, normalmente não cobertos por um Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica do Medicare.
- Pagamentos feitos pelo plano para os seus medicamentos de marca ou genéricos enquanto estiver na Ausência de Cobertura.

- Pagamentos pelos seus medicamentos que são feitos por planos de saúde de grupo, incluindo planos de saúde da entidade patronal.
- Pagamentos pelos seus medicamentos que são feitos por certos planos de seguros e programas de saúde financiados pelo governo, tais como TRICARE e Veterans Affairs.
- Pagamentos pelos seus medicamentos feitos por um terceiro com obrigação legal de pagar os custos de prescrição (por exemplo, Indemnização Laboral).

Lembrete: Se qualquer outra organização, como as acima enumeradas, pagar parte ou a totalidade dos seus custos de medicamentos do seu próprio bolso, é obrigado a informar o nosso plano ligando para os Serviços de Atendimento a Associados.

Como é que pode manter um registo do seu total de gastos pagos do seu próprio bolso?

- **Nós ajudaremos.**. O relatório da Parte D EOB que recebe inclui o montante atual dos seus custos de desembolso. Quando este montante atingir $8,000, este relatório informará que saiu da Fase de Cobertura Inicial e passou para a Fase de Cobertura Catastrófica.
- **Certifique-se de que temos as informações de que precisamos.** A secção 3.2 diz o que pode fazer para ajudar a garantir que os nossos registos do que gastou estão completos e atualizados.

SECÇÃO 2 O que paga por um medicamento depende da fase de pagamento do medicamento em que se encontra quando recebe o medicamento

Secção 2.1 O que são as fases de pagamento de medicamentos para associados do CCA Medicare Preferred?

Existem quatro fases de pagamento de medicamentos para a sua cobertura de medicamentos com receita médica no âmbito do CCA Medicare Preferred. Quanto paga depende da fase em que está no momento em que avia uma receita médica ou o respetivo reabastecimento. Os detalhes de cada fase estão nas Secções 4 a 7 deste capítulo. As fases são:

Fase 1: fase de Franquia Anual

Fase 2: Fase de cobertura inicial

Fase 3: Fase de ausência de cobertura

Fase 4: Fase de cobertura catastrófica

SECÇÃO 3 Enviamos-lhe relatórios que explicam os pagamentos dos seus medicamentos e em que fase de pagamento se encontra

Secção 3.1 Enviamos um resumo mensal denominado *Explicação dos Benefícios da Parte D* (EOB Parte B)

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

- Controlamos quanto pagou. Tal é denominado **despesas incorridas**.
- Monitorizamos os seus **custos totais com medicamentos**. Este é o valor que o associado paga do próprio bolso ou que outros pagam em seu nome mais o valor pago pelo plano.

Se tiver aviado uma ou mais receitas através do plano durante o mês anterior, enviar-lhe-emos uma EOB Parte D. A Parte D EOB inclui:

Informações para esse mês. Este relatório fornece os detalhes de pagamento sobre as prescrições que aviou durante o mês anterior. Mostra os custos totais com medicamentos, o que o plano pagou e o que o associado e outras pessoas pagaram em seu nome.

Totais do ano desde 1 de janeiro. Tal é denominada informação sobre o acumulado durante o ano. Mostra os custos totais dos medicamentos e os pagamentos totais pelos seus medicamentos desde o início do ano.

Informação sobre o preço do medicamento. Esta informação irá apresentar o preço total do medicamento e qualquer informação sobre aumentos no preço desde o primeiro abastecimento para cada pedido de receita com a mesma quantidade.

Receitas alternativas disponíveis de menor custo. Isto irá incluir informações sobre outros medicamentos disponíveis com partilha de custos mais baixa para cada reivindicação de prescrição.

Secção 3.2 Ajude-nos a manter atualizadas as nossas informações sobre os seus pagamentos de medicamentos

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

- **Mostre o seu cartão de identificação de membro sempre que receber uma receita.** Tal ajuda-nos a garantir que conhecemos as receitas que está a aviar e o que está a pagar.
- **Certifique-se de que temos as informações de que precisamos.** Por vezes, pode pagar o custo total de um medicamento sujeito a receita médica. Nestes casos, não obteremos automaticamente as informações de que precisamos para acompanhar os seus custos de desembolso. Para nos ajudar a controlar os seus custos diretos, forneça-nos cópias dos seus recibos. Veja abaixo exemplos em que tem de nos facultar cópias dos seus recibos de medicamentos:
  - Quando compra um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou usando um cartão de desconto que não faz parte do benefício do nosso plano.
  - Quando fez um copagamento para medicamentos que são fornecidos ao abrigo de um programa de assistência a doentes de um fabricante de medicamentos.
  - Sempre que tenha adquirido medicamentos cobertos em farmácias fora da rede ou outras vezes que tenha pago o preço total por um medicamento coberto em circunstâncias especiais.
  - Se lhe for cobrado um medicamento coberto, pode pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte do custo. Para obter instruções sobre como fazê-lo, consulte o Capítulo 7, Secção 2.
- **Envie-nos informações sobre os pagamentos que outros fizeram por si.** Os pagamentos feitos por outros indivíduos e organizações também contam para os seus custos pagos do seu próprio bolso. Por exemplo, os pagamentos feitos por um Programa Estatal de Assistência Farmacêutica, um programa de assistência aos medicamentos contra a SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), o

Programa de Saúde Indígena e a maioria das instituições de caridade contam para os custos que paga do seu bolso. Mantenha um registo destes pagamentos e envie-nos o registo para que possamos acompanhar os seus custos.

- **Verifique o relatório escrito que lhe enviamos.** Quando receber a EOB Parte D, verifique-a para se certificar de que as informações estão completas e corretas. Se considera que algo está incorreto ou em falta, ou se tiver alguma dúvida, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados.Certifique-se de conservar estes relatórios.

SECÇÃO 4 Não existe franquia para o CCA Medicare Preferred

Não existe franquia no CCA Medicare Preferred. Começa na Fase de Cobertura Inicial quando avia a sua receita do ano. Consulte a Secção 5 para informações sobre a sua cobertura na Fase de Cobertura Inicial.

SECÇÃO 5 Durante a Fase de Cobertura Inicial, o plano paga a respetiva parte dos custos dos medicamentos e o associado paga a sua parte

Secção 5.1 O que paga por um medicamento depende do medicamento e de onde avia a receita

Durante a Fase de Cobertura Inicial, o plano paga a sua parte do custo dos seus medicamentos com receita médica coberta, e o assocaido paga a sua parte de copagamento ou o montante do cosseguro. A sua parte do custo varia em função do medicamento e do local onde avia a sua receita.

O plano tem 5 níveis de partilha de custos

Cada medicamento da “Lista de Medicamentos” do plano está num dos 5 escalões de partilha de custos. Em geral, quanto mais elevado for o número do nível de partilha de custos, mais elevado será o seu custo para o medicamento:

- O nível 1 é o nível mais baixo e inclui os medicamentos genéricos preferenciais.
- O nível 2 é de medicamentos genéricos
- O nível 3 é de medicamentos de marca preferencial
- O nível 4 é de medicamentos de marca não preferencial

- O nível 5, o nível mais alto, é o nível de Especialidade. Este nível inclui medicamentos únicos e/ou de custo muito elevado.

Para saber em que nível de partilha de custos está o seu medicamento, procure na "Lista de Medicamentos" do plano.

As suas opções de farmácia

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

- Uma farmácia de retalho da rede
- Uma farmácia que não faz parte da rede do plano. Cobrimos receitas aviadas em farmácias fora da rede em situações específicas. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para saber quando iremos cobrir uma receita aviada numa farmácia fora da rede.
- A farmácia de encomenda por correio do plano.

Para mais informações sobre estas escolhas de farmácia e como aviar as suas receitas, consulte o Capítulo 5 e o *Diretório de Prestadores e Farmácias do plano.*

Secção 5.2 Uma tabela que mostra os seus custos para um fornecimento de <u>um mês</u> de um medicamento

Durante a Fase de Cobertura Inicial, a sua parte do custo de um medicamento coberto será ou um copagamento ou um cosseguro.

Como mostra a tabela abaixo, o montante do copagamento ou cosseguro depende do nível de partilha de custos.

Por vezes, o custo do medicamento é inferior ao seu copagamento. Nestes casos, paga o preço mais baixo do medicamento em vez do copagamento.

A sua parte do custo quando recebe um fornecimento de <u>um mês</u> de um medicamento com receita médica coberto pela Parte D:

Categoria	**Partilha padrão dos custos de retalho (na rede)** (até 31 dias de fornecimento)	**Partilha de custos da encomenda por correio** (até 31 dias de fornecimento)	**Partilha de custos de instituições de longa permanência (ILP)** (até 31 dias de fornecimento)	**Partilha de custos fora da rede** (A cobertura está limitada a determinadas situações; consulte o Capítulo 5 para mais detalhes.) (até 31dias de fornecimento)
Nível 1 de partilha de custos (Genérico preferencial)	$0 de copagamento	$0 de copagamento	$0 de copagamento	$0 de copagamento
Nível 2 de partilha de custos (Genérico)	$0 de copagamento	$0 de copagamento	$0 de copagamento	$0 de copagamento
Nível 3 de partilha de custos (Marca preferencial)	$47.00 de copagamento	$47.00 de copagamento	$47.00 de copagamento	$47.00 de copagamento
Nível 4 de partilha de custos (Marca não preferencial)	$100.00 de copagamento	$100.00 de copagamento	$100.00 de copagamento	$100.00 de copagamento
Partilha de custos Nível 5 (Especialidade)	33% de cosseguro	33% de cosseguro	33% de cosseguro	33% de cosseguro

Não pagará mais de $35 por um fornecimento de um mês de cada produto de insulina coberto independentemente do nível de partilha de custos.

Consulte a Secção 9 deste capítulo para obter mais informações sobre a partilha de custos das vacinas da Parte D.

Secção 5.3 Se o seu prestador de cuidados de saúde receitar menos de um mês completo de fornecimento, poderá não ter de pagar o custo de todo o fornecimento do mês

Normalmente, o montante que paga por um medicamento sujeito a receita cobre um mês completo de fornecimento. Pode haver alturas em que o associado ou o seu prestador de cuidados de saúde gostariam que tivesse menos de um mês de fornecimento de um medicamento (por exemplo, quando está a tentar um medicamento pela primeira vez). Também pode pedir ao seu prestador para receitar, e ao seu farmacêutico para aviar, menos de um mês inteiro de fornecimento dos seus medicamentos, se isso o ajudar a planear melhor as datas de reabastecimento para diferentes receitas.

Se receber menos de um mês completo de fornecimento de certos medicamentos, não terá de pagar o fornecimento do mês completo.

- Se é responsável pelo cosseguro, paga uma *percentagem* do custo total do medicamento. Uma vez que o cosseguro se baseia no custo total do medicamento, o seu custo será inferior, uma vez que o custo total do medicamento será inferior.
- Se for responsável pelo copagamento do medicamento, pagará apenas pelo número de dias do medicamento que receber em vez de um mês inteiro. Vamos calcular o montante que paga por dia pelo seu medicamento (a taxa diária de partilha de custos) e multiplicá-lo pelo número de dias do medicamento que recebe.

Secção 5.4 Uma tabela que mostra os seus custos para um fornecimento a longo prazo até 100 dias de um medicamento

No caso de alguns medicamentos, pode obter um fornecimento de longo prazo (também chamado fornecimento prolongado). Um fornecimento a longo prazo pode chegar aos 100 dias.

A tabela abaixo mostra o que paga quando obtém um fornecimento a longo prazo de um medicamento.

- Por vezes, o custo do medicamento é inferior ao seu copagamento. Nestes casos, paga o preço mais baixo do medicamento em vez do copagamento.

A sua parte do custo quando recebe um fornecimento a *longo prazo* de um medicamento sujeito a receita abrangido pela Parte D:

Categoria	**Partilha padrão dos custos de retalho (na rede)** (fornecimento para 100 dias)	**Partilha de custos da encomenda por correio** (fornecimento para 100 dias)
Nível 1 de partilha de custos (Genérico preferencial)	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento
Nível 2 de partilha de custos (Genérico)	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento
Nível 3 de partilha de custos (Marca preferencial)	$141.00 de copagamento	$141.00 de copagamento
Nível 4 de partilha de custos (Marca não preferencial)	$300.00 de copagamento	$300.00 de copagamento
Partilha de custos Nível 5 (Especialidade)	N/A	N/A

Secção 5.5 Permanece na Fase de Cobertura Inicial até que os custos totais dos medicamentos para cada ano atinja $5,030

Fica na Fase de Cobertura Inicial até o montante total dos medicamentos que aviou atingir o limite de $**5,030 da Fase de Cobertura Inicial**.

A Parte D EOB que recebe irá ajudá-lo a acompanhar quanto o associado, o plano e quaisquer terceiros gastaram em seu nome com os seus medicamentos durante o ano. Muitas pessoas não atingem o limite de $5,030 num ano.

Iremos informá-lo se atingir o montante. Se atingir este montante, sai da Fase de Ausência de Cobertura e passa para a Fase de Cobertura Catastrófica. Consulte a Secção 1.3 sobre como a Medicare calcula os custos que paga do seu próprio bolso.

SECÇÃO 6 Custos na Fase de Ausência de Cobertura

Quando se encontra na Fase de Ausência de Cobertura, o Programa de Descontos da Fase de Ausência de Cobertura do Medicare oferece descontos de fabricantes em medicamentos de marca.. Paga 25% do preço negociado e uma parte da taxa de distribuição de medicamentos de marca. Tanto o montante que paga como o montante descontado pelo fabricante contam para os custos pagos do seu próprio bolso, como se os tivesse pagado, e movimenta-o através da fase de ausência de cobertura.

Também irá receber alguma cobertura por medicamentos genéricos. Pagará $0 por medicamentos do nível 1 e não pagará mais de 25% do custo dos medicamentos genéricos e o plano pagará o resto. Apenas o montante que paga conta e passa para a ausência de cobertura.

Continuará a pagar estes custos até que os seus pagamentos anuais do seu próprio bolso atinjam o montante máximo que o Medicare fixou. Depois de atingir este valor de $8,000, sai da Fase de Ausência de Cobertura e passa para a Fase de Cobertura Catastrófica.

O Medicare tem regras sobre o que conta e *não* conta como despesas incorridas (Secção 1.3).

SECÇÃO 7 Durante a Fase de Cobertura Catastrófica, o plano paga a maior parte do custo dos seus medicamentos

Entra na Fase de Cobertura Catastrófica quando as despesas incorridas tiverem atingido o limite de $8,000 nesse ano. Uma vez esteja na Fase de Cobertura Catastrófica, permanecerá nesta fase de pagamento durante o resto do ano.

Durante esta fase, o plano pagará o custo total dos seus medicamentos. O associado não paga nada.

SECÇÃO 8 Informação sobre benefícios adicionais

1. Os reabastecimentos antecipados de medicamentos perdidos, roubados ou destruídos não estão cobertos, exceto durante uma Emergência Nacional declarada.
2. Os reabastecimentos antecipados para férias estão limitados a um fornecimento único de até 30 dias por ano civil

3. Os medicamentos não serão cobertos se prescritos por médicos ou outros prestadores que estejam excluídos ou impedidos de participar no programa Medicare
4. Pode voltar a aviar uma receita de medicamentos não opioides quando um mínimo de setenta e cinco por cento (75%) da quantidade estiver consumida, com base no número de dias de fornecimento.
5. Pode reabastecer uma receita de medicamentos opioides quando um mínimo de oitenta e cinco por cento (85%) da quantidade estiver consumida, com base no número de dias de fornecimento.
6. Os custos dos medicamentos que não são cobertos pela Parte D não contam para os custos pagos do seu próprio bolso.

SECÇÃO 9 Vacinas da Parte D. O que paga depende de como e onde as recebe

Mensagem importante sobre o que paga pelas vacinas - O nosso plano cobre a maioria das vacinas da Parte D sem custos para si. Para obter mais informações, ligue para os Serviços de Apoio a Associados.

Há duas partes na nossa cobertura das vacinas da Parte D:

- A primeira parte da cobertura é relativa ao custo **da própria vacina**.
- A segunda parte da cobertura é relativa ao custo de **administrar a vacina**. (Isto é por vezes chamado administração da vacina.)

Os seus custos para uma vacinação da Parte D dependem de três coisas:

1. **Se a vacina é recomendada para adultos por uma organização chamada Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP (Comissão Consultiva sobre Práticas de Imunização).**
    - A maioria das vacinas da Parte D para adultos é recomendada pela ACIP e não lhe custa nada.
2. **Onde obtém a vacina.**
    - A vacina em si pode ser dispensada por uma farmácia ou fornecida pelo consultório do médico.
3. **Quem lhe dá a vacina.**

- Um farmacêutico pode administrar a vacina na farmácia ou outro prestador pode administrar no consultório do médico.

O que paga no momento em que se recebe a vacina da Parte D pode variar dependendo das circunstâncias e da **fase de pagamento do medicamento** em que se encontra.

- Por vezes, quando recebe uma vacina, tem de pagar o custo total da vacina em si e o custo para o prestador lhe administrar a vacina. Pode pedir ao nosso plano que lhe reembolse a nossa parte do custo.
- Outras vezes, quando receber uma vacinação, pagará apenas a sua parte do custo no âmbito do seu benefício da Parte D.

Abaixo estão três exemplos de formas de receber uma vacina da Parte D.

Situação 1: Receberá a sua vacinação na farmácia da rede. (Se tem esta escolha depende de onde vive. Alguns estados não permitem que as farmácias administrem vacinas.)

- Paga à farmácia o seu copagamento pela vacina, o que inclui o custo de lhe administrar a vacina.
- O nosso plano pagará o resto dos custos.

Situação 2: Recebe a vacina da Parte D no consultório do seu médico.

- Quando receber a vacina, irá pagar o custo total da vacina em si e o custo para o prestador lhe dar a vacina.
- Poderá então pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte dos custos, utilizando os procedimentos descritos no Capítulo 7.
- Para a maioria das vacinas da Parte D para adultos, o associado será reembolsado pelo montante total que pagou. Para outras vacinas da Parte D, o associado será reembolsado pelo montante que pagou menos qualquer copagamento pela vacina (incluindo administração). (Se receber “Ajuda Extra”, reembolsaremos por esta diferença.)

Situação 3: Compra a vacina da Parte D na sua farmácia, e depois leva-a ao consultório do seu médico, onde lhe administram a vacina.

- Terá de pagar à farmácia o seu copagamento pela própria vacina.
- Quando o seu prestador de cuidados de saúde lhe administrar a vacina, pagará o custo total desse serviço. Poderá então pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte dos custos, utilizando os procedimentos descritos no Capítulo 7.
- Será reembolsado o montante cobrado pelo prestador pela administração da vacina menos qualquer diferença entre o montante que o prestador cobra e o que normalmente pagamos. (Se receber “Ajuda Extra”, reembolsaremos por esta diferença.)

CAPÍTULO 7:

Pedir-nos que paguemos a nossa parte de uma fatura que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos

SECÇÃO 1 Situações em que nos deve pedir para pagar a nossa parte do custo dos seus serviços ou medicamentos cobertos

Por vezes, quando recebe cuidados médicos ou um medicamento sujeito a receita médica, poderá ter de pagar o custo total. Outras vezes, poderá descobrir que pagou mais do que esperava ao abrigo das regras de cobertura do plano. Ou pode receber uma fatura de um prestador. Nestes casos, pode pedir ao nosso plano para lhe pagar de volta (pagar-lhe de volta chama-se frequentemente reembolsar). Tem o direito de ser reembolsado pelo nosso plano sempre que tenha pago mais do que a sua parte do custo dos serviços médicos ou medicamentos que são cobertos pelo nosso plano. Podem existir prazos que tem de cumprir para receber o reembolso. Consulte a Secção 2 deste capítulo.

Pode também haver alturas em que recebe uma fatura de um prestador pelo custo total dos cuidados médicos que recebeu ou possivelmente por mais do que a sua parcela de partilha de custos, conforme discutido no documento. Primeiro, tente resolver a fatura com o prestador. Se isso não funcionar, envie-nos a fatura em vez de a pagar. Analisaremos a fatura e decidiremos se os serviços devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, pagaremos diretamente ao prestador. Se decidirmos não a pagar, notificaremos o prestador. Nunca deve pagar mais do que a partilha de custos permitida pelo plano. Se este prestador for contratado, ainda tem o direito ao tratamento.

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

1. **Quando tiver recebido cuidados médicos de um prestador que não se encontre na rede do nosso plano**

   Quando recebeu cuidados de um prestador que não faz parte da nossa rede, é apenas responsável pelo pagamento da sua parte do custo. (A sua parte do custo pode ser mais elevada para um prestador fora da rede do que para um prestador da rede.) Peça ao fornecedor que fature o plano pela nossa parte do custo.

   - Se pagar o valor total no momento em que recebe os cuidados, peça-nos para lhe fazer o reembolso da nossa parte dos custos. Envie-nos a fatura, juntamente com a documentação de quaisquer pagamentos que tenha feito.
   - Pode receber uma fatura do prestador a solicitar um pagamento que lhe pareça não ser devido. Envie-nos esta fatura, juntamente com documentação de quaisquer pagamentos que já tenha feito.

  - Se houver alguma dívida para com o prestador, pagaremos ao prestador diretamente.
  - Se já tiver pago mais do que a sua parte do custo do serviço, determinaremos quanto lhe é devido e iremos reembolsá-lo a nossa parte do custo.

- Tenha em atenção: Embora possa obter cuidados de um prestador fora da rede, o prestador tem de ser elegível para participação no Medicare. Exceto em casos de emergência, não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare. Se o prestador não for elegível para participar no Medicare, será responsável pelo custo total dos serviços que receber.

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

Os prestadores da rede devem sempre faturar diretamente o plano e pedir-lhe apenas a sua parte do custo. Mas por vezes cometem erros e pedem-lhe que pague mais do que a sua parte.

- Só terá de pagar o seu montante de partilha de custos quando obtiver os serviços cobertos. Não permitimos que os prestadores acrescentem taxas separadas, designadas cobrança de diferença. Esta proteção (que nunca paga mais do que o montante da partilha de custos) aplica-se mesmo quando pagamos ao prestador menos do que o prestador cobra por um serviço e mesmo que exista uma disputa e não paguemos a determinado prestador os custos.
- Sempre que receber uma fatura de um prestador da rede que considere ser mais do que deve pagar, envie-nos a fatura. Entraremos em contacto diretamente com o prestador e resolveremos o problema de faturação.
- Se já pagou uma fatura num prestador da rede, mas sente que pagou demasiado, envie-nos a fatura juntamente com a documentação de qualquer pagamento que efetuou e peça-nos o reembolso da diferença entre o montante que pagou e o montante que deve ao abrigo do plano.

3. Se estiver inscrito no nosso plano retroativamente

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

Se tiver sido inscrito no nosso plano com efeitos retroativos e tiver pago do seu bolso qualquer dos seus serviços ou medicamentos cobertos, após a data da sua

inscrição, pode pedir-nos que lhe paguemos a nossa parte dos custos. Terá de enviar a documentação, tal como recibos e faturas, para que possamos proceder ao reembolso.

4. Quando usa uma farmácia fora da rede para obter uma receita

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

Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir que lhe paguemos a nossa parte dos custos. Lembre-se de que apenas cobrimos farmácias fora da rede em circunstâncias limitadas. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para uma discussão destas circunstâncias.

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

Se não tiver o seu cartão de associado do plano consigo, pode pedir à farmácia para telefonar para o plano ou consultar as informações de inscrição no plano. No entanto, se a farmácia não conseguir obter as informações de inscrição de que precisa imediatamente, pode ser necessário que pague o custo total da receita.

Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir que lhe paguemos a nossa parte dos custos.

6. Quando paga o custo total de uma receita em outras situações

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

- Por exemplo, o medicamento pode não constar na "*Lista de Medicamentos"* do plano ou pode ter um requisito ou restrição que não conhecia ou que lhe parece que não deveria aplicar-se a si. Se decidir obter o medicamento imediatamente, pode ser necessário pagar o custo total do mesmo.
- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir o reembolso. Em algumas situações, podemos precisar de obter mais informações do seu prestador de cuidados de saúde para lhe pagar a nossa parte dos custos.

Todos os exemplos acima são tipos de decisões de cobertura. Isto significa que, se negarmos a sua solicitação de pagamento, pode recorrer da nossa decisão. O Capítulo 9 deste documento contém informações sobre como apresentar um recurso.

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

Pode solicitar-nos o reembolso enviando-nos um pedido por escrito. O seu pedido tem de incluir a fatura e a documentação de qualquer pagamento que tenha efetuado. É uma boa ideia fazer uma cópia da sua conta e recibos para guardar. **Deve enviar-nos a sua reclamação dentro dos prazos indicados abaixo:**

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

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

- Não é necessário usar o formulário, mas se o fazer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez.A sua solicitação tem de ser escrita e assinada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. São necessárias as seguintes informações para processar o seu pedido:
    - Nome e apelido
    - ID de membro ou a sua data de nascimento
    - O nome do prestador de serviços/fornecimento e o seu Número Identificador de Prestador (National Provider Identifier, NPI)
    - Data(s) do serviço
    - Código(s) CPT
    - Código(s) de diagnóstico
    - Deve incluir uma cópia do recibo e uma lista detalhada de serviços ou materiais. Os recibos devem mostrar:
        - Local e data de compra
        - Valor total pago
        - Itens/serviços a serem reembolsados
    - O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o seu recibo como a sua fatura detalhada devem ser fáceis de ler. A CCA não irá honrar

pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente, cartões-presente. O CCA não reembolsará cupões.

- Seria útil indicar o tipo de serviço:
  - Médico/saúde comportamental
  - Dentário
  - Equipamento/materiais
  - Serviços de emergência mundiais
  - Healthy Savings
  - Refeições entregues
  - Transporte

- Transfira uma cópia do formulário do nosso sítio Web www.ccahealthri.org ou telefone para o Serviço de Atendimento a Associados e peça o formulário.

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

Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
Departamento de Serviço de Atendimento a Membros
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Fax: 617-426-1311

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

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

- Não é necessário usar o formulário de reembolso da receita, mas se o fazer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez.A sua solicitação tem de ser escrita e assinada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
  - Nome e apelido

  - Número de telefone
  - Data de nascimento
  - Sexo
  - ID de associado
  - Endereço postal
  - Nome, morada e número de telefone da farmácia que aviou a sua receita
  - Data(s) em que a prescrição foi aviada
  - Código e descrição do diagnóstico
  - Nome da medicação
  - Número da prescrição
  - Para medicamentos compostos, são necessárias as seguintes informações
    - Forma final do composto (creme, adesivos, supositório, suspensão, etc.)
    - Tempo despendido na preparação do medicamento
    - Ingredientes do composto
  - Código nacional do medicamento
  - Quantidade
  - Fornecimento diário
  - Volume total (gramas, ml, cada, etc.)
  - Comprovativo de pagamento
  - Nome próprio e apelido do prescritor
  - Prescritor NPI
  - Custo original do medicamento
  - Montante do seguro primário pago pelo medicamento
  - Montante pago pelo associado
- Descarregue uma cópia do formulário de reembolso de receitas a partir do nosso website www.ccahealthri.org ou contacte o Serviço de Apoio a Associados e peça o formulário.

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

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

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

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

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

Descarregue uma cópia do formulário de reembolso partir do nosso website (www.ccahealthri.org) ou contacte o Serviço de Apoio a Associados e peça o formulário.

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

SECÇÃO 3 Iremos considerar o seu pedido de pagamento e responder sim ou não

Secção 3.1 Verificamos se devemos cobrir o serviço ou o medicamento e quanto devemos

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

- Se decidirmos que os cuidados médicos ou o medicamento estão cobertos e se seguir todas as regras, nós pagaremos a nossa parte dos custos. Se já tiver pago o serviço ou o medicamento, enviaremos pelo correio o reembolso da nossa parte do custo. Se ainda não pagou pelo serviço ou medicamento, iremos enviar o pagamento por correio diretamente ao prestador.
- Se decidirmos que os cuidados médicos ou o medicamento **não** estão cobertos, ou se **não** tiver seguido todas as regras, não pagaremos a nossa parte dos custos. Enviaremos uma carta a explicar os motivos pelos quais não faremos o pagamento e os seus direitos de apresentar um recurso relativamente à decisão.

Secção 3.2 Se informarmos que não pagaremos pela totalidade ou parte dos cuidados médicos ou medicamentos, pode apresentar um recurso

Se lhe parecer que cometemos um erro ao recusar a sua solicitação de pagamento ou no valor que pretendemos pagar, pode apresentar um recurso. Se apresentar um recurso, significa que está a pedir-nos que alteremos a decisão que tomámos quando recusámos a sua solicitação de pagamento. O processo de recurso é um processo formal com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para obter detalhes sobre como apresentar este recurso, consulte o Capítulo 9 deste documento.

CAPÍTULO 8:

Os seus direitos e responsabilidades

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

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

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

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

O nosso plano é necessário para dar às mulheres inscritas a opção de acesso direto a um especialista em saúde feminina dentro da rede para serviços de cuidados de saúde preventivos e de rotina para mulheres.

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

Se tiver algum problema em obter informações do nosso plano num formato acessível e apropriado para si, telefone para apresentar uma reclamação junto do Serviço de Atendimento a Associados através do número 833-346-9222 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Também pode registar uma reclamação junto do Medicare

telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou diretamente para o Gabinete de Direitos Civis através do número 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

Secção 1.2 Temos de garantir que obtenha acesso atempado aos seus serviços e medicamentos cobertos

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

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

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

Se lhe parecer que não está a receber atendimento médico ou medicamentos da Parte D num prazo razoável, o Capítulo 5 da sua Evidência de Cobertura informa o que pode fazer.

Secção 1.3 Temos de garantir que o associado seja tratado com respeito e com reconhecimento pela sua dignidade e pelo seu direito à privacidade

O nosso plano tem de obedecer às leis que o protegem de discriminação ou tratamento injusto. **Não discriminamos** com base na condição médica de uma pessoa, estado de saúde, recebimento de serviços de saúde, experiência de reclamações, historial médico, deficiência (incluindo deficiência mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, nacionalidade, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência.

Se quiser mais informações ou tiver dúvidas sobre discriminação ou tratamento injusto, telefone para o U.S. Department of Health and Human Services [Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos] – **Office for Civil Rights [Escritório de Direitos Civis]** através do 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou no seu escritório de direitos civis local.

Se tiver deficiência e precisar de ajuda no acesso a cuidados, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados. Se tiver uma reclamação a apresentar – por exemplo, um problema de acesso para cadeiras de rodas – o Serviço de Atendimento a Membros pode ajudar.

Para obter mais informações sobre como protegemos o seu direito à privacidade, consulte a Secção 1.4.

Secção 1.4 Temos de proteger a privacidade das suas informações pessoais de saúde

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

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

Como protegemos a privacidade das suas informações de saúde?

- Garantimos que pessoas não autorizadas não vejam ou alterem os seus registos.
- Exceto para as circunstâncias indicadas abaixo, se pretendermos fornecer as suas informações de saúde a alguém que não esteja a prestar os seus cuidados ou a pagar os seus cuidados, *somos obrigados a obter permissão por escrito de si ou de alguém a quem tenha dado poder legal para tomar decisões por si primeiro.*
- Existem certas exceções que não exigem que obtenhamos a sua permissão por escrito primeiro. Estas exceções são permitidas ou exigidas por lei.
  - Somos obrigados a divulgar informações de saúde a agências governamentais que estejam a verificar a qualidade do atendimento.
  - Porque é um membro do nosso plano através do Medicare, somos obrigados a fornecer informações sobre a sua saúde ao Medicare, incluindo informações sobre os seus medicamentos sujeitos a receita

médica da Parte D. Se o Medicare divulgar as suas informações para investigação ou outros usos, tal será feito de acordo com os estatutos e regulamentos federais; normalmente, isto exige que informações que o identificam de forma única não sejam partilhadas.

Pode ver a informação nos seus registos e saber como foi partilhada com outros.

Tem o direito de consultar os seus registos médicos conservados pelo plano e de obter uma cópia dos seus registos. Também tem o direito de nos solicitar que façamos acréscimos ou correções aos seus registos médicos. Se nos pedir para fazermos isso, coordenar-nos-emos com o seu prestador de serviços de saúde para decidir se as alterações devem ser feitas.

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

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

Aviso de práticas de privacidade

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO PODE TER ACESSO A TAIS INFORMAÇÕES. LEIA COM ATENÇÃO.

Data de entrada em vigor: 4 de agosto de 2022

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

Reservamo-nos o direito de alterar este Aviso e que as alterações entrem em vigor para todas as informações médicas que conservamos. Se fizermos uma alteração material ao Aviso, (i) publicaremos o Aviso atualizado no nosso website; (ii) publicaremos o Aviso atualizado em cada um dos locais de serviço dos Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde; e (iii) disponibilizaremos cópias do Aviso atualizado mediante pedido. Enviaremos também aos Associados do Nosso Plano de Saúde informações sobre o Aviso atualizado e como obter o Aviso atualizado (ou uma

cópia do Aviso) na próxima correspondência anual aos Associados. Somos obrigados a cumprir os termos do Aviso que está atualmente em vigor.

INFORMAÇÕES DE CONTACTO: Se tiver dúvidas sobre as informações contidas neste Aviso, pretender exercer os seus direitos ou apresentar uma reclamação, contacte:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
A/C: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECÇÃO 1: Empresas às quais se aplica este Aviso

Este Aviso aplica-se à Commonwealth Care Alliance, Inc. e às respetivas subsidiárias que estão sujeitas à Regra de Privacidade HIPAA como entidades abrangidas. Algumas destas subsidiárias são **Os nossos planos de saúde** – empresas que fornecem ou pagam benefícios Medicare Advantage, benefícios Medicaid ou outros benefícios de cuidados de saúde, como seguradora de saúde ou HMO. Outras subsidiárias são os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde (**Os Nossos Prestadores**) que fornecem tratamento a doentes, tais como clínicas de cuidados primários.

Este Aviso descreve como todas estas entidades utilizam e divulgam as suas Informações Médicas e os seus direitos relativamente a essas informações. Na maioria dos casos, os Nossos Planos de Saúde utilizam e divulgam as suas Informações Médicas da mesma forma que os Nossos Prestadores e os seus direitos às suas Informações Médicas são os mesmos. No entanto, quando existem diferenças, este Aviso irá explicar essas diferenças descrevendo como tratamos as Informações Médicas sobre um**Associado de um Plano de Saúde** de forma diferente das Informações Médicas sobre um **Doente de um Prestador**.

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

Os nossos planos de saúde

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

Os nossos prestadores de cuidados de saúde

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie's Place

SECÇÃO 2: Informações que recolhemos:

Os indivíduos são responsáveis por fornecer Informações Médicas corretas e completas para a Commonwealth Care Alliance, Inc. e respetivas subsidiárias (CCA) para fornecer serviços de qualidade. A CCA está empenhada em proteger a confidencialidade das Informações Médicas dos indivíduos que são recolhidas ou criadas como parte das nossas operações e prestação de serviços. Quando interage connosco através dos nossos serviços, podemos recolher Informações Médicas e outras informações suas, conforme descrito abaixo.

As Informações Médicas podem incluir informações pessoais, mas são todas consideradas Informações Médicas quando as fornece através ou em ligação com os serviços:

- Recolhemos informações, tais como, endereços de e-mail, informações pessoais, financeiras ou demográficas suas quando nos fornece voluntariamente tais informações, tais como (mas não se limitando a) quando nos contacta com perguntas, preenche formulários online, responde a um dos nossos inquéritos, responde a material publicitário ou promocional, se regista para aceder aos nossos serviços ou utiliza determinados serviços.
- Sempre que a CCA recolher Informações Médicas, disponibilizamos o acesso a este aviso. Ao fornecer-nos Informações Médicas, está a consentir a nossa utilização das mesmas de acordo com este aviso. Se fornecer informações à CCA, reconhece e concorda que tais informações podem ser transferidas da sua localização atual para as instalações e servidores da CCA e terceiros autorizados com quem a CCA faz negócios.

SECÇÃO 3: Como utilizamos e divulgamos as suas informações médicas

Esta secção do nosso Aviso explica como podemos usar e divulgar as suas Informações Médicas para fornecer assistência médica, pagar por assistência médica, obter pagamento por assistência médica e operar o nosso negócio com eficiência.

Esta secção também descreve outras circunstâncias nas quais podemos usar ou divulgar as suas Informações Médicas.

O nosso modelo de cuidados requer que os nossos planos de saúde e os nossos prestadores de cuidados de saúde trabalhem em conjunto com outros prestadores de cuidados de saúde para lhe prestar serviços médicos. A nossa equipa profissional, médicos e outros prestadores de cuidados (referidos como Equipa de Atendimento) têm acesso às suas informações médicas e partilham as suas informações entre si, conforme necessário para realizar tratamento, pagamento e atividades de cuidados de saúde, conforme permitido por lei.

Tratamento: os nossos Prestadores podem utilizar as Informações Médicas de um Doente e podemos divulgar Informações Médicas para fornecer, coordenar ou gerir os seus cuidados de saúde e serviços relacionados. Tal pode incluir a comunicação com outros profissionais de saúde a respeito do seu tratamento e a coordenação e gestão dos seus cuidados de saúde com outras pessoas.

Exemplo: Está a receber alta de um hospital. A nossa enfermeira pode divulgar as suas informações médicas a uma agência de saúde ao domicílio para garantir que o associado obtém os serviços de que precisa após a alta do hospital.

Pagamento: podemos utilizar e divulgar as suas Informações Médicas para pagar serviços de cuidados de saúde que recebeu e para obter pagamento de outros por esses serviços.

Exemplo: o seu prestador de cuidados de saúde pode enviar ao nosso Plano de Saúde uma reclamação por serviços de cuidados de saúde que lhe são fornecidos. O Plano de Saúde pode utilizar essas informações para pagar a reivindicação do seu prestador de cuidados de saúde e pode divulgar as Informações Médicas à Medicare ou Medicaid quando o Plano de Saúde solicitar o pagamento pelos serviços.

Operações de cuidados de saúde: podemos usar e divulgar as suas Informações Médicas para realizarmos uma variedade de atividades comerciais que nos permitem administrar os benefícios a que tem direito de acordo com o seu plano de saúde. Por exemplo, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para:

- Rever e avaliar as competências as, qualificações o e desempenho dos profissionais de saúde que tratam de si.
- Cooperar com outras organizações que avaliem a qualidade dos cuidados alheios.

- Determinar se tem direito a benefícios ao abrigo da nossa cobertura; mas estamos proibidos por lei de utilizar as suas informações genéticas para fins de subscrição.

Atividades conjuntas. A Commonwealth Care Alliance, Inc. e as respetivas subsidiárias têm um acordo para trabalhar em conjunto para melhorar a saúde e reduzir os custos. Podemos envolver-nos em acordos semelhantes com outros prestadores de cuidados de saúde e planos de saúde. Podemos trocar as suas Informações Médicas com outros participantes nestes acordos para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde relacionadas com as atividades conjuntas destes acordos de cuidados de saúde organizados.

Pessoas envolvidas nos seus cuidados: Podemos divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, amigo próximo ou qualquer outra pessoa que identificar como estando envolvida nos seus cuidados. Por exemplo, se nos pedir para partilharmos as suas Informações Médicas com o seu cônjuge, divulgaremos as suas Informações Médicas ao seu cônjuge. Também podemos divulgar as suas Informações Médicas a estas pessoas se não estiver disponível para concordar e determinarmos que é do seu melhor interesse. Numa emergência, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, a outra pessoa envolvida nos seus cuidados ou a possivelmente uma organização de ajuda humanitária (como a Cruz Vermelha), se precisarmos de notificar alguém sobre a sua localização ou condição.

Requerido por lei: utilizaremos e divulgaremos as suas Informações Médicas sempre que formos obrigados por lei a fazê-lo. For example:

- Iremos divulgar Informações Médicas em resposta a uma ordem judicial ou em resposta a uma intimação.
- Podemos utilizar ou divulgar as Informações Médicas para auxiliar a retirada de um produto ou para relatar reações adversas a medicamentos.
- Iremos divulgar as Informações Médicas a uma agência de supervisão de saúde, que é uma agência responsável por supervisionar programas governamentais, prestadores de cuidados de saúde, o sistema de cuidados de saúde em geral ou determinados programas governamentais (tais como o Medicare e o Medicaid).
- Iremos divulgar as Informações Médicas de um indivíduo a uma pessoa que se qualifique como Representante Pessoal do indivíduo. Um Representante Pessoal tem autoridade legal para agir em nome do indivíduo, como o pai ou tutor de uma criança, uma pessoa com uma procuração para cuidados de saúde ou um tutor nomeado pelo tribunal de um indivíduo com incapacidade.

Ameaça à saúde ou segurança: podemos usar ou divulgar as suas informações médicas se acreditarmos que tal seja necessário para prevenir ou diminuir uma ameaça séria à saúde ou à segurança.

Atividades de saúde pública: podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para atividades de saúde pública, tais como investigar doenças, comunicar abuso e negligência infantil ou doméstica e monitorizar medicamentos ou dispositivos regulamentados pela Food and Drug Administration.

Aplicação da lei: podemos divulgar Informações Médicas a um agente da autoridade para fins específicos e limitados de aplicação da lei, tais como, divulgações de Informações Médicas sobre a vítima de um crime ou em resposta a uma intimação do júri. Também podemos divulgar Informações Médicas sobre um recluso a um estabelecimento prisional.

Médicos legistas e outros: podemos divulgar Informações Médicas a um médico legista, médico examinador ou agente funerário ou a organizações que ajudem a realizar transplantes de órgãos, olhos e tecidos.

Indemnização de trabalhadores: podemos divulgar Informações Médicas conforme autorizado por ou em conformidade com as leis de indemnização de trabalhadores.

Organizações de pesquisa: podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para investigação que satisfaça determinadas condições sobre a proteção da privacidade das Informações Médicas.

Determinadas funções governamentais: podemos usar ou divulgar as suas informações médicas para determinadas funções governamentais, incluindo, entre outras, atividades militares e de veteranos, de segurança nacional e de inteligência.

Parceiros comerciais: contratamos fornecedores para executar funções em nosso nome. Permitimos que estes **parceiros comerciais** recolham, utilizem ou divulguem Informações Médicas em nosso nome para desempenhar estas funções. Obrigamos contratualmente os nossos parceiros comerciais (e são obrigados por lei) a fornecer as mesmas proteções de privacidade que fornecemos.

Comunicações de angariação de fundos: podemos utilizar ou divulgar Informações Médicas para angariação de fundos. Se receber um pedido de angariação de fundos da nossa parte (ou em nosso nome), pode optar por não participar em atividades futuras de angariação de fundos.

SECÇÃO 4: Outros usos e divulgações requerem a sua autorização prévia

Exceto conforme descrito acima, não utilizaremos nem divulgaremos as suas Informações Médicas sem a sua permissão por escrito (**autorização**). Poderemos contactá-lo para lhe pedir que assine um formulário de autorização para as nossas utilizações e divulgações ou pode contactar-nos para divulgar as suas Informações Médicas a outra pessoa e teremos de lhe pedir para assinar um formulário de autorização.

Se assinar uma autorização por escrito, pode posteriormente revogar (ou cancelar) a sua autorização. Se pretender revogar a sua autorização, deve fazê-lo por escrito (envie-nos esta informação utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso). Se revogar a sua autorização, deixaremos de utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas com base na autorização, exceto na medida em que tenhamos agido com base na autorização. Seguem-se utilizações ou divulgações das suas Informações Médicas para as quais precisaremos da sua autorização por escrito:

- **Uso ou divulgação para fins de marketing:** só podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para fins de marketing se tivermos a sua autorização por escrito. No entanto, podemos enviar-lhe informações sobre determinados produtos e serviços relacionados com a saúde sem a sua autorização por escrito, desde que ninguém nos pague para enviar as informações.
- **Venda das suas Informações Médicas:** a Commonwealth Care Alliance, Inc. não irá vender as suas Informações Médicas. Se o fizéssemos, precisaríamos da sua autorização por escrito.
- **Uso e divulgação de notas de psicoterapia:** exceto para determinadas atividades de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde ou conforme exigido por lei, só podemos utilizar ou divulgar as suas notas de psicoterapia se tivermos a sua autorização por escrito.

SECÇÃO 5: Tem direitos no que se refere às suas informações médicas

O associado tem determinados direitos no que se refere às suas informações médicas. Para exercer qualquer um destes direitos, pode contactar-nos utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso.

Direito a uma cópia deste aviso: o associado tem o direito de receber uma cópia impressa do nosso Aviso de Práticas de Privacidade a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em receber o Aviso eletronicamente.

Direito de acesso para inspecionar e copiar: o associado tem o direito de inspecionar (ver ou rever) e receber uma cópia ou resumo das suas Informações

Médicas que guardamos num conjunto de registos designado. Se mantivermos estas informações em formato eletrónico, poderá obter uma cópia eletrónica destes registos. Também pode instruir os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde a enviar uma cópia eletrónica das informações que mantemos sobre si num Registo Clínico Eletrónico a terceiros. Deverá fornecer-nos um pedido por escrito para este acesso. Poderemos cobrar-lhe uma taxa razoável, com base nos custos, para cobrir os custos de uma cópia das suas Informações Médicas. De acordo com a Regra de Privacidade HIPAA e em circunstâncias muito limitadas, podemos recusar este pedido. Iremos recusar-lhe por escrito o mais tardar 30 dias após o pedido (ou não mais de 60 dias se o notificarmos de uma extensão).

Direito a pedir que as informações médicas sejam alteradas: se acreditar que temos Informações Médicas que são imprecisas ou incompletas, tem o direito de solicitar a alteração, correção ou adicionar as suas Informações Médicas. O seu pedido tem de ser feito por escrito e incluir uma explicação do motivo pelo qual as nossas informações têm de ser alteradas. Se concordarmos, alteraremos as suas informações. Se não concordarmos, forneceremos uma explicação com divulgações futuras das informações.

Direito a um relatório das divulgações: tem o direito de receber uma lista de determinadas divulgações que fazemos das suas Informações Médicas (**relatório de divulgação**). A lista não incluirá divulgações para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, divulgações feitas há mais de seis anos, ou determinadas outras divulgações. Forneceremos um relatório cada ano gratuitamente, mas podemos cobrar uma taxa razoável baseada no custo, caso solicite outro no prazo de 12 meses. Tem de fazer um pedido para relatório de divulgação por escrito.

Direito de solicitar restrições de uso e divulgações: rem o direito de solicitar que limitemos a forma como utilizamos e divulgamos as suas Informações Médicas (i) para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde ou (ii) a pessoas envolvidas nos seus cuidados. Exceto conforme descrito abaixo, não temos de concordar com a restrição solicitada. Se concordarmos com a sua solicitação, iremos cumprir as suas restrições, exceto se as informações forem necessárias para tratamento de emergência.

Os nossos Prestadores de Cuidados de Saúde têm de concordar com o seu pedido para restringir divulgações de Informações Médicas se (i) as divulgações forem para pagamento ou operações de cuidados de saúde (e não forem exigidas por lei) e (ii) as informações se referirem apenas a itens ou serviços de cuidados de saúde pelos quais o associado, ou outra pessoa em seu nome (que não os Nossos Planos de Saúde) tenha pago na íntegra.

Direito de solicitar um método alternativo de contacto: o associado tem o direito de solicitar por escrito que entremos em contacto consigo num local diferente ou utilizando um método diferente. Por exemplo, poderá preferir que todas as informações escritas sejam enviadas para o seu endereço comercial, em vez de para o seu endereço residencial ou e-mail. Os Nossos Prestadores de Cuidados de saúde irão concordar com qualquer pedido razoável relativamente a métodos alternativos de contacto.

SECÇÃO 6: o associado pode registar uma reclamação sobre nossas práticas de privacidade

Se lhe parecer que os seus direitos de privacidade foram violados, pode registar uma reclamação por escrito junto da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

A Commonwealth Care Alliance, Inc. não tomará nenhuma ação contra si e não mudará a forma como o tratamos de nenhuma forma se registar uma reclamação.

Para registar uma reclamação por escrito ou solicitar mais informações da Commonwealth Care Alliance, Inc., contacte-nos utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso.

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

Como associado do CCA Medicare Preferred, tem o direito de obter vários tipos de informação da nossa parte.

Se quiser algum dos seguintes tipos de informações, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados:

- **Informações sobre o nosso plano**. Tal inclui, por exemplo, informações sobre a condição financeira do plano.
- **Informações sobre os nossos prestadores da rede e farmácias.** O associado tem o direito de obter informações sobre as qualificações dos prestadores e farmácias na nossa rede e como pagamos aos prestadores na nossa rede.
- **Informação sobre os seus serviços abrangidos e as regras que tem de seguir quando utiliza a sua cobertura.** Os Capítulos 3 e 4 da sua Evidência de Cobertura fornecem informações sobre serviços médicos. Os Capítulos 5 e 6 fornecem informações sobre a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.

- **Informação sobre os motivos pelos quais algo não está coberto e o que pode fazer ao respeito.** O Capítulo 9 da sua Evidência de Cobertura fornece informações sobre como solicitar uma explicação por escrito sobre o motivo pelo qual um serviço médico ou medicamento da Parte D não está coberto ou se a sua cobertura é restrita. O Capítulo 9 também fornece informações sobre como pedir-nos para alterar uma decisão, também chamada de recurso.

  Informações sobre as suas responsabilidades enquanto associado do nosso plano. Tem algumas responsabilidades que tem de seguir como associado do CCA Medicare Preferred.

Secção 1.6	Temos de apoiar o seu direito de participar, com os profissionais e os prestadores, na tomada de decisões sobre o seu tratamento

Tem o direito de conhecer as suas opções de tratamento e de participar nas decisões sobre os seus cuidados de saúde.

Ao receber os serviços, tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde. Os seus prestadores têm de explicar a sua condição médica e as suas opções de tratamento de forma **que possa entender**.

Também tem o direito de participar plenamente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde. Para ajudá-lo a tomar decisões com os seus prestadores de cuidados de saúde sobre que tratamento é melhor para si, os seus direitos incluem o seguinte:

- **Conhecer todas as suas escolhas.** Tem o direito de discutir as opções de tratamento apropriadas ou medicamente necessárias que são recomendadas para a sua condição, independentemente do custo ou de estarem ou não cobertas pelo nosso plano. Também inclui ser informado sobre os programas que o nosso plano oferece para ajudar os membros a administrarem os seus medicamentos e a usarem medicamentos com segurança.
- **Conhecer os riscos.** Tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos nos seus cuidados. Tem de ser informado com antecedência caso algum cuidado ou tratamento médico proposto fizer parte de uma experiência de investigação. Tem sempre a opção de recusar qualquer tratamento experimental.
- **Direito de dizer "não**". Tem o direito de recusar qualquer tratamento recomendado. Tal inclui o direito de sair de um hospital ou de outra instalação

médica, mesmo que o seu prestador de cuidados de saúde o aconselhe a não sair. Também tem o direito de parar de tomar os seus medicamentos. Evidentemente, se recusar o tratamento ou parar de tomar a medicação, assume total responsabilidade pelo que acontecer ao seu corpo em resultado disso.

Tem o direito de disponibilizar instruções sobre o que deve ser feito se não for capaz de tomar decisões médicas por si mesmo

Por vezes, as pessoas tornam-se incapazes de tomar decisões sobre saúde por si mesmas devido a acidentes ou doenças graves. Tem o direito de dizer o que quer que aconteça se se encontrar nesta situação. Isto significa que se *quiser*, pode:

- Preencher um formulário escrito para dar **a alguém com a autoridade legal para tomar decisões médicas por si** caso fique incapacitado de tomar decisões por si.
- **Dar aos seus médicos instruções por escrito** sobre como quer que lidem com os seus cuidados de saúde caso se torne incapaz de tomar decisões por si mesmo.

Os documentos legais que pode usar para disponibilizar as suas instruções com antecedência nestas situações são denominados "**diretivas antecipadas**. Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e diferentes nomes para as mesmas. Documentos como o **testamento vital** e a **procuração de cuidados de saúde** são exemplos de diretivas antecipadas.

Se quiser usar uma **diretiva antecipada** para dar suas instruções, aqui está o que fazer:

- **Obtenha o formulário.** Pode obter um formulário de diretiva antecipada do seu advogado, ou assistente social, ou de algumas lojas de material de escritório. Por vezes é possível obter formulários de diretivas antecipadas de organizações que dão às pessoas informações sobre o Medicare. Também pode contactar o Serviço de Atendimento a Associados para solicitar os formulários.
- **Preencha e assine.** Independentemente de onde obtenha este formulário, lembre-se de que se trata de um documento legal. Deve considerar a possibilidade de ter um advogado que o ajude a prepará-lo.
- **Dê cópias às pessoas apropriadas.** Deve dar uma cópia do formulário ao seu médico e à pessoa que nomeia no formulário que tomará decisões por si se não puder. Pode querer facultar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.

Se souber com antecedência que vai ser hospitalizado, e tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia consigo para o hospital**.

- O hospital perguntará se assinou um formulário de diretiva antecipada e se o tem consigo.
- Se não assinou um formulário de diretiva antecipada, o hospital tem formulários disponíveis e ser-lhe-á perguntado se se pretende assinar um desses formulários.

Lembre-se que é uma escolha sua preencher uma diretiva antecipada (incluindo assinar uma se estiver no hospital). Nos termos da lei, ninguém pode privá-lo de cuidados ou discriminá-lo com base no fato de ter ou não assinado uma diretiva antecipada.

E se as suas instruções não forem seguidas?

Se tiver assinado uma diretiva antecipada e acreditar que um médico ou hospital não seguiu as instruções nela contidas, poderá apresentar uma reclamação junto do Rhode Island Department of Health Complaint Unit através do número 401-222-5200. Também pode contactar a Unidade de Reclamações do Departamento de Saúde de Rhode Island para apresentar uma reclamação contra um prestador individual.

Secção 1.7 Tem o direito de apresentar reclamações e de nos pedir para reconsiderar decisões que tomámos

Se tiver quaisquer problemas, preocupações ou reclamações e precisar de solicitar cobertura, ou apresentar um recurso, o Capítulo 8 da sua EvidÊncia de Cobertura informa o que pode fazer. Faça o que fizer – peça uma decisão de cobertura, apresente um recurso ou faça uma reclamação – **somos obrigados a tratá-lo de forma justa.**

Secção 1.9 O que pode fazer se lhe parecer que está a ser tratado injustamente ou que os seus direitos não estão a ser respeitados?

Se a questão for sobre discriminação, telefone para o Office for Civil Rights (Gabinete de Direitos Civis)

Se lhe parece que foi tratado injustamente ou que os seus direitos não foram respeitados devido à sua raça, incapacidade, religião, sexo, saúde, etnia, credo (crenças), idade, orientação sexual ou nacionalidade, deve telefonar para os Department of Health and Human Services (Serviços do Departamento de Saúde e Recursos Humanos) do **Office for Civil Rights** (Gabinete de Direitos Civis) através do número 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697 ou telefonar para o escritório de direitos civis local.

Trata-se de outro tipo de questão?

Se acredita ter sido tratado injustamente ou que os seus direitos não foram respeitados, **e não** se trata de discriminação, pode obter ajuda para lidar com o problema que está a ter:

- Pode telefonar **para o Serviço de Apoio a Associados**.
- Pode telefonar **para o SHIP**. Para mais informações, consulte o Capítulo 2, Secção 3 da sua Evidência de Cobertura.
- Ou **pode telefonar para o Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

Secção 1.10 Como obter mais informações sobre os seus direitos

Existem vários locais onde pode obter mais informações sobre os seus direitos:

- Pode telefonar **para o Serviço de Apoio a Associados**.
- Pode telefonar **para o SHIP**. Para mais informações, consulte o Capítulo 2 da sua Evidência de Cobertura.
- Pode **contactar o Medicare**.
  - Pode consultar o website do Medicare para ler ou transferir a publicação "Medicare Rights & Protections" [Direitos e Proteções Medicare]. (a publicação está disponível em: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - Ou pode telefonar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

SECÇÃO 2 O associado tem algumas responsabilidades como membro do plano

O que tem de fazer como membro do plano está listado abaixo. Se tiver alguma dúvida, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados.

- **Familiarize-se com os seus serviços cobertos e as regras que tem de seguir para obter estes serviços cobertos**. Utilize esta Prova de Cobertura para saber o que está coberto para si e que regras tem de seguir para obter os serviços cobertos.

- Os Capítulos 3 e 4 da sua Evidêcia de Cobertura fornecem os detalhes sobre os seus serviços médicos.
- Os Capítulos 5 e 6 da sua Evidência de Cobertura fornecem os detalhes sobre a sua cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.

Se tiver qualquer outra cobertura de seguro de saúde ou cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica além do nosso plano, tem de informar-nos. Contacte o Serviço de Atendimento a Membros para nos informar.

- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde que está inscrito no nosso plano.** Mostre o seu cartão de identificação de membro do plano sempre que receber os seus cuidados médicos ou receitas para medicamentos da Parte D.
- **Ajude os seus médicos e outros prestadores, dando-lhes informações, fazendo perguntas e dando seguimento aos seus cuidados.**
  - Para ajudar a obter os melhores cuidados, informe os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde sobre os seus problemas de saúde. Cumpra os planos de tratamento acordados mutuamente e as instruções acordadas entre si e os seus prestadores de cuidados de saúde.
  - Certifique-se de que os seus prestadores de cuidados de saúde estão a par de todos os medicamentos que está a tomar, incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica, vitaminas e suplementos.
  - Se tiver alguma dúvida, certifique-se de que pergunta e obtém uma resposta que possa compreender.
- **Seja atencioso.** Esperamos que todos os nossos membros respeitem os direitos dos outros doentes. Também esperamos que aja de forma a ajudar ao bom funcionamento do consultório médico, de hospitais e de outras instalações.
- **Pague o que deve**. Como membro do plano, é responsável pelos seguintes pagamentos:
  - Tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare Parte B para continuar a ser membro do plano.
  - Para a maioria dos seus serviços médicos ou medicamentos cobertos pelo plano, deve pagar a sua parte do custo quando recebe o serviço ou medicamento.

  - Se for obrigado a pagar uma penalidade de inscrição tardia, tem de pagar a penalidade para manter a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
  - Se for obrigado a pagar o montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos anuais, deverá continuar a pagar o montante extra diretamente ao governo para continuar a ser associado do plano.

- **Caso se mude *para dentro* da nossa área de serviço, temos também de saber** para que possamos manter o seu registo de adesão atualizado (registo de inscritos atualizado) e saber como entrar em contacto consigo.
- **Caso se mude para *fora* da área de serviço do nosso plano, não poderá permanecer como associado do nosso plano.**
- Caso mude de residência, também é importante avisar a Segurança Social (ou o Railroad Retirement Board).

CAPÍTULO 9:

O que fazer se tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 O que fazer se tiver um problema ou preocupação

Este capítulo explica dois tipos de processos para o tratamento de problemas e preocupações:

- Para alguns problemas, é necessário que siga o **processo para decisões de cobertura e recursos**.
- Para outros de problemas, tem de seguir o **processo para apresentar reclamações**; também denominado queixas.

Ambos os processos foram aprovados pelo Medicare. Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que têm de ser seguidos por nós e por si.

O guia na Secção 3 ajudá-lo-á a identificar o processo correto a ser utilizado e o que deverá fazer.

Secção 1.2 E quanto aos termos legais?

Existem termos jurídicos para algumas das regras, procedimentos e tipos de prazos explicados neste capítulo. Muitos destes termos não são familiares para a maioria das pessoas e podem ser difíceis de entender. Para facilitar as coisas, este capítulo:

- Utiliza palavras mais simples em vez de determinados termos legais. Por exemplo, este capítulo geralmente diz, apresentar uma reclamação em vez de registar uma reclamação, decisão de cobertura em vez de determinação da organização integrada ou determinação de cobertura ou determinação em risco e organização de revisão independente em vez de entidade de revisão independente.
- Também usa o mínimo possível de abreviações.

No entanto, pode ser útil – e por vezes muito importante – conhecer os termos legais corretos. Saber que termos utilizar ajudá-lo-á a comunicar com mais precisão quando para obter a ajuda ou as informações determinadas para a sua situação. Para ajudá-lo a saber que termos usar, incluímos termos legais quando fornecemos os detalhes para lidar com tipos específicos de situações.

SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada

Estamos sempre disponíveis para o ajudar. Mesmo que tenha uma reclamação sobre o nosso tratamento, somos obrigados a honrar o seu direito de reclamar. Portanto, deverá sempre contactar o serviço de apoio ao cliente para obter ajuda. Mas, em algumas situações, também pode querer ajuda ou orientação de alguém que não esteja ligado a nós. Abaixo estão duas entidades que podem ajudá-lo.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) [Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde].

Cada estado tem um programa governamental com conselheiros treinados. O programa não está vinculado a nós ou a nenhuma seguradora ou plano de saúde. Os conselheiros deste programa podem ajudá-lo a entender que processo deve usar para lidar com um problema que esteja a ter. Também podem responder às suas perguntas, fornecer mais informações e oferecer orientação sobre o que fazer.

Os serviços dos conselheiros do SHIP são gratuitos. Encontrará os números de telefone e URL dos sítios Web no Capítulo 2, Secção 3 deste documento.

Medicare

Também poderá contactar o Medicare para obter ajuda. Como contactar o Medicare:

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

Pode também aceder ao website do Medicare (www.medicare.gov).

SECÇÃO 3 Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar?

Se tiver um problema ou preocupação, basta ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. O guia que se segue ajudará.

O seu problema ou preocupação é sobre os seus benefícios ou a sua cobertura?

Tal inclui problemas sobre se cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica cobertos ou não, a forma como são cobertos e problemas relacionados com o pagamento de cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica.

Sim.

Consulte para a próxima secção deste capítulo, **Secção 4, Um guia das noções básicas de decisões e recursos relativamente a cobertura.**

Não.

Avance para a **Seção 10** no fim deste capítulo: **Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempo de espera, atendimento ao cliente ou outras questões.**

DECISÕES DE COBERTURA E RECURSOS

SECÇÃO 4 Um guia para os fundamentos das decisões de cobertura e recursos

Secção 4.1 Solicitar decisões de cobertura e apresentar recursos: o quadro geral

As decisões de cobertura e recursos tratam de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para os cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B, incluindo pagamento). Para simplificar, geralmente referimo-nos a itens médicos, serviços e medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte B como **cuidados médicos.** Utiliza este processo de decisão de cobertura e de recurso para questões como se algo está coberto ou não e a maneira como algo está coberto.

Pedir decisões de cobertura antes de receber serviços

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus serviços médicos ou medicamentos. O associado ou seu prestador de cuidados médicos também podem entrar em contacto connosco e solicitar uma decisão de cobertura se o seu prestador de cuidados não tiver a certeza se iremos cobrir um serviço médico específico ou caso se recuse a fornecer os cuidados médicos que acha que precisa. Por outras palavras, se quiser saber se iremos cobrir um serviço médico antes de o receber, poderá pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura para si. Em circunstâncias limitadas, uma solicitação de decisão de cobertura será recusada imediatamente, o que significa que não analisaremos a solicitação. Tal acontece, por exemplo, se a solicitação estiver incompleta, se alguém fizer a solicitação em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo ou se solicitar que a sua solicitação seja retirada. Se rejeitarmos imediatamente um pedido de decisão de cobertura, enviaremos um aviso a explicar porque tal ocorreu e como solicitar uma revisão da rejeição.

Estamos a tomar uma decisão de cobertura para si sempre que decidimos o que está coberto para si e quanto pagamos. Em alguns casos, podemos decidir que um serviço ou medicamento não está coberto ou já não está coberto pelo Medicare no seu caso. Se discordar desta decisão de cobertura, poderá apresentar um recurso.

Apresentar um recurso

Se tomarmos uma decisão de cobertura, seja antes ou depois de um serviço ser recebido, e não estiver satisfeito, pode **recorrer** da decisão. Um recurso é um modo formal de nos solicitar que revejamos e alteremos uma decisão de cobertura que tomamos. Sob determinadas circunstâncias, que discutiremos posteriormente, pode solicitar um **recurso rápido** ou acelerado de uma decisão de cobertura. O seu recurso é tratado por revisores diferentes daqueles que tomaram a decisão original.

Quando recorre de uma decisão pela primeira vez, o processo chama-se Recurso de Nível 1. Neste recurso, revemos a decisão de cobertura que tomámos para verificar se seguimos as regras corretamente. Quando tivermos concluído a revisão, comunicamos-lhe a nossa decisão. Em circunstâncias limitadas, uma solicitação de recurso de Nível 1 será recusada, o que significa que não analisaremos o pedido. Tal acontece, por exemplo, se a solicitação estiver incompleta, se alguém fizer a solicitação em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo ou se solicitar que a sua solicitação seja retirada. Se rejeitarmos imediatamente um recurso de Nível 1, enviaremos um aviso a explicar porque tal ocorreu e como solicitar uma revisão da rejeição.

Se respondermos negativamente a todo ou a parte do seu recurso de Nível 1 relativo a cuidados médicos, o seu recurso passará automaticamente para um recurso de Nível 2 realizado por uma organização de revisão independente que não está ligada a nós.

- Não necessita de fazer nada para iniciar um recurso de Nível 2. As regras da Medicare exigem que enviemos automaticamente o seu recurso de cuidados médicos para o Nível 2 se não concordarmos totalmente com o seu recurso de Nível 1.
- Consulte a **Secção 6.4** Deste capítulo para obter mais informações sobre recursos de Nível 2.
- No que se refere a recursos de medicamentos da Parte D, se recusarmos a totalidade ou parte do seu recurso, terá de solicitar um recurso de Nível 2. Os recursos da Parte D são discutidos mais detalhadamente na Secção 7 deste capítulo.

Se não estiver satisfeito com a decisão do recurso de Nível 2, poderá continuar através de níveis adicionais de recurso (Secção 9 neste capítulo explica os processos de recurso de Nível 3, 4 e 5).

Secção 4.2 Como obter ajuda quando solicita uma decisão de cobertura ou apresenta um recurso

Seguem-se os recursos se decidir solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão:

- Pode **telefonar-nos para o Serviço de Apoio a Associados**.
- **Pode obter assistência** do Rhode Island Health Insurance Assistance Program [Programa de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island].
- **O seu médico pode fazer um pedido por si.** Se o seu prestador ajudar com um recurso que ultrapasse o Nível 2, terá de ser nomeado como seu representante. Ligue para o Serviço de Atendimento a Associados e solicite o formulário *Nomeação de Representante*. (O formulário também está disponível no website da Medicare em www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou no nosso website em www.ccahealthri.org.
    - Para cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B, o seu prestador de cuidados de saúde pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso for negado no Nível 1, será automaticamente encaminhado para o Nível 2.

  - Para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, o seu médico ou outro prescritor pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso de Nível 1 for recusado, o seu médico ou prescritor pode solicitar um recurso de Nível 2.

- **Pode pedir a alguém para agir no seu nome.** Se pretender, pode nomear outra pessoa para agir em seu nome como seu representante para solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso.
  - Se quiser que um amigo, familiar ou outra pessoa seja seu representante, telefone para o Serviço de Apoio a Associados e peça o formulário de Nomeação do Representante. (O formulário também está disponível no website da Medicare em www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou no nosso website em www.ccahealthri.org. O formulário dá a essa pessoa a permissão para agir em seu nome. Tem de ser assinado por si e pela pessoa que gostaria que agisse em seu nome. Tem de fornecer-nos uma cópia do formulário assinado.
  - Embora possamos aceitar um pedido de recurso sem o formulário, não podemos iniciar ou concluir a nossa análise até a recebermos. Se não recebermos o formulário no prazo de 44 dias consecutivos após a receção do seu pedido de recurso (o nosso prazo para tomar uma decisão sobre o seu recurso), o seu pedido de recurso será rejeitado. Se isto acontecer, enviaremos um aviso por escrito a explicar o seu direito de solicitar à Organização de Revisão Independente que analise a nossa decisão de indeferir o seu recurso.

- **Também tem o direito de contratar um advogado.** Pode contactar o seu próprio advogado ou obter o nome de um advogado da ordem dos advogados local ou noutro serviço de referência. Existem também grupos que lhe prestarão serviços jurídicos gratuitos, caso se qualifique. Contudo, **não é obrigado a contratar um advogado** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão.

Secção 4.3 Que secção deste capítulo fornece os pormenores da sua situação?

Existem quatro diferentes situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Como cada situação tem regras e prazos diferentes, fornecemos os detalhes de cada uma numa secção separada:

- **Secção 5** deste capítulo: Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso
- **Secção 6** deste capítulo: Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso
- **Secção 7** deste capítulo: Como solicitar cobertura de um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe está a dar alta cedo demais
- **Secção 8** deste capítulo: Como nos pedir que continuemos a cobrir certos serviços médicos se acha que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo (*aplica-se apenas aos seguintes serviços:* serviços de cuidados de saúde domiciliária, cuidados especializados de enfermagem e serviços abrangentes de reabilitação em ambulatório [comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF])

Se não tiver a certeza de que secção deve utilizar, contacte o Serviço de Apoio a Associados. Também pode obter ajuda ou informações de organizações governamentais como o seu SHIP.

SECÇÃO 5 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura

Secção 5.1 Esta secção informa o que fazer se tiver problemas em obter cobertura para os cuidados médicos ou se quiser que lhe paguemos a nossa parte dos custo do seu cuidado

Esta secção trata dos seus benefícios relativamente a serviços e cuidados médicos. Estes benefícios são descritos no Capítulo 4 deste documento: *Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que paga)*. Em alguns casos, aplicam-se regras diferentes a uma solicitação de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B. Nestes casos, explicaremos como as regras para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B são diferentes das regras para itens e serviços médicos.

Esta secção informa o que pode fazer se estiver em qualquer uma das cinco situações a seguir:

1. Não estiver a receber determinados cuidados médicos que pretende e lhe parece que esses cuidados são cobertos pelo nosso plano. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 5.2.**
2. O nosso plano não aprova os cuidados médicos que o seu médico ou outro profissional médico pretende oferecer-lhe e pensa que esses cuidados são cobertos pelo plano. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 5.2.**
3. Recebeu cuidados médicos que lhe parece serem cobertos pelo nosso plano, mas dissemos que não pagamos por tais cuidados. **Pedir um recurso. Secção 5.3.**
4. Recebeu e pagou por cuidados médicos que lhe parece que deveriam ser cobertos pelo plano e pretende solicitar ao nosso plano o reembolso por tais cuidados. **Envie-nos a fatura. Secção 5.5.**
5. Está a ser informado de que a cobertura de certos cuidados médicos que tem recebido, que aprovámos anteriormente, será reduzida ou interrompida e parece-lhe que a redução ou a interrupção desses cuidados pode prejudicar a sua saúde. **Pedir um recurso. Secção 5.3.**

Nota: se a cobertura que será interrompida for relativa a cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de Instalações de Reabilitação em Ambulatório Abrangentes (CORF), tem de ler as Secções 7 e 8 deste Capítulo. Aplicam-se regras especiais a estes tipos de cuidados.

Secção 5.2	**Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura rápida**

Termos legais
Quando uma decisão de cobertura envolve os seus cuidados médicos, chama-se uma **determinação da organização integrada.** Uma decisão de cobertura rápida é denominada **determinação acelerada.**

<u>Passo 1:</u> Decida se precisa de uma decisão de cobertura padrão ou de uma decisão de cobertura rápida.

Uma decisão de cobertura padrão é geralmente tomada no prazo de 14 dias ou 72 horas para medicamentos da Parte B. Uma decisão de cobertura rápida é geralmente tomada no prazo de 72 horas, para serviços médicos, ou 24 horas

para medicamentos da Parte B. De modo a obter uma decisão de cobertura rápida, tem de satisfazer dois requisitos:

- Apenas pode *solicitar* cobertura para itens e/ou serviços médicos (não pedidos de pagamento para itens e/ou serviços já recebidos).
- Pode obter uma decisão rápida *apenas* se o seguimento dos prazos normais *puder causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar*.
- **Se o seu prestador de cuidados de saúde ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma decisão de cobertura rápida, concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu prestador, decidiremos se o seu plano de saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:
  - Explica que vamos utilizar os prazos habituais.
  - Explica se o seu prestador solicitar uma decisão de cobertura rápida, fornecemos-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
  - Explica como pode apresentar uma reclamação rápida sobre a nossa decisão de lhe apresentar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou.

<u>Passo 2:</u> Peça ao nosso plano para tomar uma decisão de cobertura ou uma decisão de cobertura rápida.

Comece por telefonar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano para fazer a sua solicitação para que autorizemos ou forneçamos cobertura para os cuidados médicos que pretende. O associado, o seu prestador ou o seu representante podem fazê-lo. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

<u>Passo 3:</u> Consideramos a sua solicitação de cobertura de cuidados médicos e daremos a nossa resposta.

Para decisões de cobertura padrão, utilizamos os prazos habituais.
Isto significa que lhe forneceremos uma resposta no prazo de 14 dias depois de recebermos o seu pedido **relativo a um produto ou serviço médico**. Se o seu pedido for relativo a um **Medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B**, forneceremos uma resposta **no prazo de 72 horas** depois de recebermos o seu pedido.

- **No entanto**, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar mais de 14 dias** se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se lhe parecer que **não** devemos demorar mais dias, pode registar uma reclamação rápida. Daremos uma resposta à sua reclamação assim que tomarmos a decisão. (O processo para apresentar uma reclamação é diferente do processo de decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre reclamações, consulte a Secção 10 deste capítulo.)

Para decisões de Cobertura Rápida, utilizamos um prazo acelerado
Uma decisão de cobertura rápida significa que responderemos no prazo de 72 horas se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico. Se o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare, responderemos no prazo de 24 horas.

- **No entanto**, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar mais de 14 dias**. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se lhe parecer que **não** devemos demorar mais dias, pode registar uma reclamação rápida. (Consulte a Secção 10 deste capítulo para informações sobre reclamações). Telefonaremos para si assim que tomarmos a decisão.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado.

<u>Passo 4:</u> Se respondermos negativamente ao seu pedido de cobertura de cuidados médicos, o associado pode apresentar um recurso.

Se respondermos negativamente, o associado tem o direito de nos solicitar que reconsideremos essa decisão apresentando um recurso. Isto significa pedir novamente para obter a cobertura de cuidados médicos que pretende. Se apresentar um recurso, isto significa que vai passar para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 5.3 Passo a passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1

Termos legais
Um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de cuidados médicos é chamado **reconsideração** do plano. Um recurso rápido é também chamado de **reconsideração acelerada.**

<u>Passo 1:</u> Decida se precisa de um recurso normal ou de um recurso rápido.

Um recurso normal normalmente é apresentado no prazo de 30 dias. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas.

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura de cuidados que ainda não tenha recebido, o associad e/ou o seu prestador de cuidados de saúde terão de decidir se necessita de um recurso rápido. Se o seu prestador nos declarar que a sua saúde requer um recurso rápido, forneceremos um recurso rápido.
- Os requisitos para obter um recurso rápido são os mesmos que para obter uma “decisão de cobertura rápida”, conforme a Secção 5.2 deste capítulo.

<u>Passo 2: Peça ao nosso plano um recurso ou um recurso rápido</u>

- **Se estiver a solicitar um recurso padrão, envie o seu recurso padrão por escrito.** Também pode apresentar um recurso telefonando-nos. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Se estiver a solicitar um recurso rápido, poderá apresentar o seu recurso por escrito ou contactar-nos por telefone.** O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **O associado tem de fazer o pedido de recurso no prazo de 60 dias** a partir da data da notificação por escrito que enviamos para lhe

fornecermos a nossa resposta à decisão de cobertura. Se não cumprir esse prazo e tiver um motivo aceitável para não o cumprir, explique o motivo do atraso ao fazer o seu recurso. Podemos permitir-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos aceitáveis podem incluir uma doença grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou termos-lhe fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.

- **O associado pode solicitar uma cópia das informações sobre a sua decisão médica. O associado e o seu prestador de cuidados de saúde podem adicionar mais informações para justificar o seu recurso.**

Passo 3: Consideramos o seu recurso e fornecemos a nossa resposta.

- Quando o nosso plano analisar o seu recurso, analisamos cuidadosamente todas as informações. Verificamos se seguimos todas as regras quando decidimos negativamente relativamente ao seu pedido.
- Iremos recolher mais informações, se necessário, possivelmente contactá-lo a si ou ao seu prestador de cuidados de saúde.

Prazos para um recurso rápido

- Para recursos rápidos, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
    - No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias adicionais**, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais tempo se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
    - Se não fornecermos uma resposta no prazo de 72 horas (ou até ao final da extensão se demorarmos dias adicionais), somos obrigados a enviar automaticamente a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, no qual será revisto por uma Organização de Revisão Independente. A Secção 5.4 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que tiver solicitado,** teremos de autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos fornecer no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.

- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que tiver solicitado,** enviar-lhe-emos a nossa decisão por escrito e automaticamente enviaremos o seu recurso para a organização de revisão independente para um recurso de Nível 2. A organização de revisão independente irá notificá-lo por escrito quando receber o seu recurso.

Prazos para um recurso padrão

- Para recursos normais, temos de responder **até 30 dias de calendário** após a receção do recurso. Se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare que ainda não tenha recebido, dar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 7 dias de calendário** após termos recebido o seu recurso. Apresentar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se o seu estado de saúde assim o exigir.
  - No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias adicionais**, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
  - Se lhe parecer que *não* devemos demorar mais dias, pode registar uma reclamação rápida. Quando registar uma reclamação rápida, forneceremos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. (Consulte a Secção 10 deste capítulo para informações sobre reclamações).
  - Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo (ou até ao final do período de tempo prolongado), enviaremos o seu pedido para um recurso de Nível 2, onde uma organização de revisão independente analisará o recurso. A Secção 5.4 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que tenha solicitado,** teremos de autorizar ou fornecer a cobertura no prazo de 30 dias de calendário se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico, ou **no prazo de 7 dias de calendário** se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se o nosso plano recusar parte ou a totalidade do seu recurso, enviaremos automaticamente o seu recurso à organização de revisão independente para um recurso de Nível 2.

Secção 5.4 Passo a passo: Como é efetuado um Recurso de Nível 2

Termo legal
O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente.** Por vezes é denominada **IRE.**

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: A Organização de Revisão Independente analisa o seu recurso.

- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a esta organização. Estas informações são denominadas arquivo do processo. **Tem o direito de nos solicitar uma cópia do arquivo do seu processo**.
- Tem o direito de fornecer à Organização de Revisão Independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.
- Os revisores da Organização de Revisão Independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Se teve um recurso rápido no Nível 1, também terá um recurso rápido no Nível 2

- Para o recurso rápido a organização de revisão tem de lhe apresentar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 no prazo de 72 horas a partir da data em que receber o seu recurso.
- Contudo, se o seu pedido for relativo a um artigo ou serviço médico e a organização de revisão independente precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, **o processo pode demorar até mais 14 dias de calendário**. A Organização de Revisão Independente não pode demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.

Se teve um recurso padrão no Nível 1, também terá um recurso padrão no Nível 2

- Relativamente ao recurso normal, se o seu pedido for relativo a um artigo ou serviço médico, a organização de revisão tem de entregar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 30 dias de calendário** a partir do

momento em que recebe o seu recurso. Se o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare, a organização de revisão tem de entregar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias de calendário** a partir do momento em que recebe o seu recurso.

- Contudo, se o seu pedido for relativo a um artigo ou serviço médico e a organização de revisão independente precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, **o processo pode demorar até mais 14 dias de calendário**. A Organização de Revisão Independente não pode demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.

Passo 2: A Organização de Revisão Independente apresenta-lhe a sua resposta.

A Organização de Revisão Independente comunicar-lhe-á a sua decisão por escrito e explicará os motivos da mesma.

- **Se a organização de revisão disser sim a parte ou à totalidade de um pedido de um artigo ou serviço médico,** temos de autorizar a cobertura de cuidados médicos no prazo de 72 horas ou prestar o serviço no prazo de 14 dias de calendário após termos recebido a decisão da organização de revisão para pedidos normais. Para pedidos acelerados, temos 72 horas a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão.
- **Se a organização de revisão disser sim a uma parte ou à totalidade de um pedido de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare,** temos de autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica da Parte B no prazo de **72 horas** após termos recebido a decisão da organização de revisão para **pedidos normais.** Para **pedidos acelerados**, temos **24 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão**.**
- **Se esta organização disser não a parte ou à totalidade do seu recurso**, significa que concordam connosco que o seu pedido (ou parte do seu pedido) de cobertura para cuidados médicos não deve ser aprovado. (Isto é denominado manter a decisão ou recusar o seu recurso.). Neste caso, a organização de revisão independente irá enviar-lhe uma carta:
  - Explicando a decisão.
  - Notificando-o do direito a um recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de cuidados médicos cumprir um determinado mínimo. O aviso por escrito que receber da organização de revisão independente informa-

o do valor em dólares que tem de pagar para continuar com o processo de recurso.

- Informá-lo sobre como apresentar um recurso de Nível 3.

<u>Passo 3:</u> Se o seu caso cumprir os requisitos, poderá escolher se quer levar o seu recurso mais longe.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Os detalhes sobre como pedir um recurso de Nível 3 estão no aviso por escrito que recebe após o seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A Secção 9 neste capítulo detalha os processos de recurso dos Níveis 3, 4 e 5.

Secção 5.5 E se nos pedir que lhe paguemos a nossa parte de uma fatura que tenha recebido por cuidados médicos?

O capítulo 7 descreve quando poderá ter de pedir reembolso ou pagar uma fatura que tenha recebido de um prestador. Informa-o também sobre como enviar-nos a documentação a solicitar pagamento.

Pedir reembolso é solicitar uma decisão de cobertura nossa

Se nos enviar a documentação a solicitar o reembolso, está a solicitar uma decisão de cobertura. Para tomarmos esta decisão, verificaremos se os cuidados médicos pelos quais pagou correspondem a um serviço coberto. Iremos também verificar se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos.

- **Se respondermos afirmativamente ao seu pedido:** se os cuidados médicos estiverem cobertos e seguir todas as regras, enviaremos o pagamento pela partilha dos custos no prazo de 60 dias após recebermos o seu pedido. Se não tiver pago pelos serviços, enviaremos o pagamento diretamente para o prestador.
- **Se respondermos negativamente ao seu pedido:** Se os cuidados médicos *não* forem cobertos, ou *não* tiver seguido todas as regras, não enviaremos o pagamento. Em vez disso, enviaremos uma carta a informá-lo que não pagaremos pelos serviços e os motivos.

Se não concordar com a nossa decisão de recusa do seu pedido, **pode apresentar um recurso**. Se apresentar um recurso, significa que nos está a solicitar para alterarmos a

decisão de cobertura que tomámos quando recusámos a sua solicitação de pagamento.

Para apresentar esse recurso, siga o processo de recurso que descrevemos na Secção 5.3. Para recursos relativos ao reembolso, tenha em atenção:

- Temos de lhe apresentar a nossa resposta no prazo de 60 dias depois de recebermos o seu recurso. Se nos solicitar o reembolso por cuidados médicos que já tenha recebido e pago, não tem permissão para solicitar um recurso rápido.
- Se a organização de revisão independente decidir que devemos pagar, temos de lhe enviar o pagamento que solicitou ou enviá-lo ao prestador no prazo de 30 dias. Se a resposta ao seu recurso for sim em qualquer estado do processo de recurso após o Nível 2, temos de enviar o pagamento que solicitou a si ou ao prestador no prazo de 60 dias.

SECÇÃO 6 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Secção 6.1 Esta secção informa sobre o que fazer se tiver problemas em obter um medicamento da Parte D ou se quiser que lhe reembolsemos o valor de um medicamento da Parte D

Os seus benefícios incluem cobertura para muitos medicamentos sujeitos a receita médica. Para ser coberto, o medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. (Consulte o Capítulo 5 para mais informações sobre uma indicação medicamente aceite.) Para obter detalhes sobre medicamentos, regras, restrições e custos da Parte D, consulte os Capítulos 5 e 6. **Esta secção é apenas sobre os seus medicamentos da Parte D.** Para simplificar, usamos sempre geralmente o termo *medicamento* no restante desta secção, em vez de repetirmos sempre *medicamento sujeito a receita médica coberto* ou *medicamento da Parte D*. Também utilizamos o termo “Lista de Medicamentos” em vez de *Lista de Medicamentos Cobertos* ou *Formulário*.

- Se não souber se um medicamento está coberto ou se cumpre as regras, pode perguntar-nos. Alguns medicamentos requerem que obtenha aprovação da nossa parte antes de a cobrirmos.

- Se a sua farmácia lhe disser que a sua receita não pode ser aviada tal como está, dar-lhe-á um aviso por escrito a explicar como nos pode contactar para solicitar uma decisão de cobertura.

Decisões de cobertura e recursos da Parte D

Termo legal
Uma decisão de cobertura inicial sobre os seus medicamentos da Parte D é denominada **determinação de cobertura.**

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus medicamentos. Esta secção informa o que pode fazer se estiver em qualquer uma das situações a seguir:

- Pedido para cobrir um medicamento da Parte D que não consta na *Lista de Medicamentos (Formulário)* cobertos do plano. **Peça uma exceção. Secção 6.2**
- Pedido para renunciar a uma restrição na cobertura do plano a um medicamento (como sejam limites na quantidade do medicamento que pode obter) **Peça uma exceção. Secção 6.2**
- Pedir para pagar um montante de partilha de custos mais baixo para um medicamento coberto num nível de partilha de custos mais elevado **Peça uma exceção. Secção 6.2**
- Pedido para pré-aprovação de um medicamento. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 6.4**
- Pagamento por um medicamento sujeito a receita médica que já comprou. **Peça-nos um reembolso. Secção 6.4**

Se discordar de uma decisão de cobertura que tomámos, pode recorrer da nossa decisão.

Esta secção explica como solicitar decisões de cobertura e como solicitar um recurso.

Secção 6.2 O que é uma exceção?

Termos legais
O pedido de cobertura de um medicamento que não está na "Lista de Medicamentos" por vezes é denominado pedido de **exceção ao formulário.** Pedir a remoção de uma restrição na cobertura de um medicamento por vezes é denominado solicitar uma **exceção ao formulário.** Pedir para pagar um preço mais baixo por um medicamento não-preferido coberto é por vezes chamado pedir uma **exceção por níveis.**

Se um medicamento não for coberto da maneira que pretende, pode solicitar-nos para abrirmos uma **exceção**. Uma exceção é um tipo de decisão de cobertura.

Para considerarmos o seu pedido de exceção, o seu médico ou outro prescritor terá de explicar os motivos médicos pelos quais precisa que a exceção seja aprovada. Seguem-se três exemplos de exceções que o associado, o seu médico ou outro prescritor podem nos podem pedir para fazer:

1. **Cobrir um medicamento da Parte D que não está na nossa "Lista de Medicamentos".**Se concordarmos em cobrir um medicamento que não conste da "Lista de Medicamentos", terá de pagar o montante da partilha de custos que se aplica a todos os nossos medicamentos. Não pode pedir uma exceção ao montante de partilha de custos que lhe exigimos que pague pelo medicamento.
2. **Remover uma restrição para um medicamento coberto**. O Capítulo 5 descreve regras ou restrições adicionais que se aplicam a determinados medicamentos na nossa "Lista de Medicamentos". Se concordarmos em abrir uma exceção e renunciarmos a uma restrição para si, pode pedir uma exceção ao montante do copagamento ou do cosseguro que lhe exigimos que pague pelo medicamento.
3. **Mudar a cobertura de um medicamento para um nível de partilha de custos mais baixo.** Cada medicamento na nossa "Lista de Medicamentos" encontra-se num de cinco (5) escalões de partilha de custos. No geral, quanto mais baixo for o número do nível de partilha de custos, menos pagará como a sua parte do custo do medicamento.
   - Se a nossa "Lista de Medicamentos" contiver medicamentos alternativos para o tratamento da sua condição médica que estejam num nível de partilha de custos inferior ao do seu medicamento, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento

pelo montante da partilha de custos que se aplica ao(s) medicamento(s) alternativo(s).

- Se o medicamento que estiver a tomar for um produto biológico, pode pedir-nos para cobrir o seu medicamento a um valor de partilha de custos mais baixo. Este seria o nível mais baixo que contém alternativas de produtos biológicos para tratar a sua condição.
- Se o medicamento que estiver a tomar for um medicamento de marca, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da partilha de custos que se aplica ao nível mais baixo que contém alternativas de marca para tratar tratar a sua condição.
- Se o medicamento que estiver a tomar for um medicamento genérico, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da partilha de custos que se aplica ao nível mais baixo que contém alternativas de marca ou genéricas para tratar a sua condição.
- Não pode pedir-nos para alterar o nível de partilha de custos para nenhum medicamento incluído no Nível 5 (Medicamentos de Especialidade).
- Se aprovarmos o seu pedido de uma exceção por níveis e houver mais do que um nível mais baixo de partilha de custos com medicamentos alternativos que não pode tomar, normalmente pagará o montante mais baixo.

Secção 6.3 Coisas importantes a saber no que se refere a pedir exceções

O seu prestador de cuidados de saúde tem de nos informar dos motivos médicos

O seu médico ou outro prescritor tem de fornecer-nos uma declaração a explicar os motivos médicos para solicitar uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua essas informações médicas do seu médico ou de outro prescritor ao solicitar a exceção.

Normalmente, a nossa “Lista de Medicamentos” inclui mais de um medicamento para o tratamento de uma condição específica. Estas diferentes possibilidades são denominadas medicamentos **alternativos**. Se um medicamento alternativo for tão eficaz como o medicamento que está a solicitar e não causar mais efeitos secundários ou outros problemas de saúde, geralmente *não* aprovaremos o seu pedido de exceção. Se nos solicitar uma exceção de classificação de nível, geralmente *não* aprovaremos a sua solicitação de exceção, a menos que todos os medicamentos alternativos no(s) nível(eis) de partilha de custos mais baixos não funcionem tão bem ou possam causar uma reação adversa ou outro dano.

Podemos responder sim ou não ao seu pedido

- Se aprovarmos a sua solicitação de exceção, a nossa aprovação geralmente é válida até ao final do ano do plano. Isto é verdade desde que o seu prestador continue a prescrever o medicamento e esse medicamento continue a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.
- Se respondermos negativamente ao seu pedido, o associado pode solicitar outra revisão apresentando um recurso.

Secção 6.4 Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção

Termo legal
Uma decisão de cobertura rápida é denominada **determinação de cobertura acelerada.**

<u>Passo 1:</u> Decida se precisa de uma decisão de cobertura padrão ou de uma decisão de cobertura rápida.

As **decisões de cobertura padrão** são tomadas no prazo de **72 horas** após recebermos a declaração do seu prestador de cuidados de saúde. As **decisões de cobertura rápida** são tomadas no prazo de **24 horas** após recebermos a declaração do seu prestador.

Se a sua saúde o exigir, peça-nos para lhe fornecermos uma decisão rápida de cobertura. **Para obter uma decisão de cobertura rápida, tem de satisfazer dois requisitos:**

- Tem de pedir um medicamento que ainda não recebeu. (Não pode solicitar uma decisão de cobertura rápida para pagamento de um medicamento que já tenha comprado.)
- O seguimento dos prazos normais pode causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar.
- **Se o seu médico ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma decisão de cobertura rápida, dar-lhe-emos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu médico ou prescritor, decidiremos se o seu plano de saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:

- Explica que vamos utilizar os prazos habituais.
- Se o seu médico ou outro prescritor solicitar uma decisão de cobertura rápida, fornecemos-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
- Informará como pode apresentar uma reclamação rápida sobre a nossa decisão de lhe apresentar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou. Responderemos à sua reclamação no prazo de 24 horas após a receção.

Passo 2: Solicitar uma decisão de cobertura padrão ou uma decisão de cobertura rápida.

Comece por telefonar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano para fazer a sua solicitação para que autorizemos ou forneçamos cobertura para os cuidados médicos que pretende. Também pode aceder ao processo de decisão de cobertura no nosso sítio Web. Somos obrigados a aceitar qualquer pedido por escrito, incluindo um pedido enviado no CMS Model Coverage Determination Request Form (Modelo CMS de Formulário de Pedido de Determinação de Cobertura) ou no formulário do nosso plano, que está disponível no nosso sítio Web. O Capítulo 2 inclui informações de contacto. Para nos ajudar a processar o seu pedido, certifique-se de que inclui o seu nome, informações de contacto e informações que identificam qual a reclamação recusada que está a ser alvo de recurso.

Tal pode ser feito por si, pelo seu representante ou pelo seu médico (ou outro prescritor). Também pode ter um advogado a agir em seu nome. A secção 4 deste capítulo diz como pode dar autorização por escrito a outra pessoa para agir como seu representante.

- **Se estiver a solicitar uma exceção, forneça a declaração de apoio,** que são os motivos médicos para a exceção. O seu médico ou outro prescritor pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. O associado ou seu médico ou outro profissional de saúde podem informar-nos por telefone e fazer o seguimento por fax ou enviar uma declaração por escrito, se necessário.

Passo 3: Consideramos o seu pedido e damos-lhe a nossa resposta.

Prazos para uma decisão de cobertura rápida

- De um modo geral, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 24 horas** depois de recebermos o seu pedido.

  - Para exceções, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 24 horas após recebermos a declaração de apoio do seu prestador de cuidados de saúde. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
  - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou**, teremos de fornecer a cobertura que concordámos fornecer no prazo de 24 horas após recebermos a sua solicitação ou uma declaração do prestador de cuidados de saúde a apoiar a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre um medicamento que ainda não recebeu

De um modo geral, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 72 horas** depois de recebermos o seu pedido.

  - Para exceções, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após recebermos a declaração de apoio do seu prestador. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
  - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou, teremos de fornecer a cobertura** que concordámos fornecer **no prazo de 72 horas** após recebermos a sua solicitação ou uma declaração do prestador a apoiar a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura padrão sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

Temos de apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias** depois de recebermos o seu pedido.

  - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou,** também somos obrigados a efetuar o pagamento até 14 dias após recebermos a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu pedido de cobertura, pode apresentar um recurso.

Se respondermos negativamente, o associado tem o direito de nos solicitar que reconsideremos essa decisão apresentando um recurso. Tal significa pedir novamente para obter a cobertura de medicamentos que pretende. Se apresentar um recurso, isto significa que vai passar para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 6.5 Passo a passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1

Termos legais
Um recurso apresentado ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é denominado **redeterminação** do plano. Um recurso rápido também é denominado **redeterminação acelerada.**

Passo 1: Decida se precisa de um recurso normal ou de um recurso rápido.

Um recurso normal é normalmente apresentado no prazo de 7 dias. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas. Se a sua saúde assim o exigir, peça um recurso rápido

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre um medicamento que ainda não tenha recebido, o associado e o seu médico ou outro prescritor terão de decidir se necessita de um recurso rápido.
- Os requisitos para obter um recurso rápido são os mesmos que para obter uma “decisão de cobertura rápida”, conforme a Secção 6.4 deste capítulo.

Passo 2: O associado, o seu representante, médico ou outro prescritor têm de entrar em contacto connosco e iniciar o recurso de Nível 1. Se a sua saúde exigir uma resposta rápida, tem de solicitar um **recurso rápido.**

- **Para recursos padrão, envie um pedido por escrito ou ligue-nos**. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Para recursos rápidos, envie o seu recurso por escrito ou ligue-nos para o número** 1-833-346-9222 para obter informações adicionais. (Os utilizadores TTY devem contactar o número 711). O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Temos de aceitar qualquer pedido por escrito,** incluindo uma solicitação enviada no Formulário de Solicitação de Determinação de Cobertura do Modelo CMS, que está disponível no nosso sítio Web. Certifique-se de que inclui o seu nome, informações de contacto e informações relativas à sua reclamação para nos ajudar a processar o seu pedido.
- **O associado tem de fazer o pedido de recurso no prazo de 60 dias** a partir da data da notificação por escrito que enviamos para lhe fornecermos a nossa resposta à decisão de cobertura. Se não cumprir esse prazo e tiver um motivo aceitável para não o cumprir, explique o motivo do atraso ao fazer o seu recurso. Podemos permitir-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos aceitáveis podem incluir uma doença grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou termos-lhe fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **Pode solicitar uma cópia das informações no seu recurso e adicionar mais informações.** O associado e o seu prestador de cuidados de saúde podem adicionar mais informações para justificar o seu recurso.

Passo 3: Consideramos o seu recurso e fornecemos a nossa resposta.

- Quando analisamos o seu recurso, analisamos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificamos se seguimos todas as regras quando decidimos negativamente relativamente ao seu pedido. Podemos entrar em contacto consigo, com seu médico ou com outro médico para obtermos mais informações.

Prazos para um recurso rápido

- Para recursos rápidos, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.

  - Se não fornecermos uma resposta no prazo de 72 horas, seremos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que será analisada por uma organização de revisão independente. A Secção 6.6 explica o processo de recurso de Nível 2.

- **Se a nossa resposta for sim a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou,** temos de fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar porque recusámos e como poderá recorrer da nossa decisão.

Prazos para recurso padrão para um medicamento que ainda não recebeu

- Para recursos padrão, temos de responder **no prazo de 7 dias** após a receção do recurso. Apresentar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se ainda não tiver recebido o medicamento e se o seu estado de saúde exigir que o façamos.
  - Se não fornecermos uma decisão no prazo de 7 dias, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que será analisada por uma Organização de Revisão Independente. A Secção 6.6 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for afirmativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, temos de fornecer a cobertura tão rapidamente quanto a sua saúde exigir, mas o mais tardar **7 dias** após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar porque recusámos e como poderá recorrer da nossa decisão.

Prazos para um recurso padrão sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Temos de apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias** depois de recebermos o seu pedido.
  - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.
- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou,** também somos obrigados a efetuar o pagamento até **30 dias** após recebermos a sua solicitação.

- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu recurso, o associado decide se pretende continuar com o processo de recurso ou apresentar *um novo* recurso.

- Se decidir apresentar outro recurso, significa que o mesmo segue para o Nível 2 do processo de recurso.

Secção 6.6 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2

Termo legal
O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente.** Por vezes é denominada **IRE.**

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: O associado (ou o seu representante, médico ou outro prescritor) tem de entrar em contacto com a organização de revisão independente e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se respondermos negativamente ao seu recurso de Nível 1, a notificação por escrito que enviamos incluirá **instruções sobre como apresentar um recurso de Nível 2** à organização de revisão independente. Estas instruções informarão quem pode apresentar este Recurso de Nível 2, que prazos tem de seguir e como entrar em contacto com a organização de revisão. Se, no entanto, não concluirmos a nossa revisão dentro do prazo aplicável, ou tomarmos uma decisão desfavorável relativamente à determinação de em risco no âmbito do nosso programa de gestão de medicamentos, encaminharemos automaticamente a sua reclamação para a organização de revisão independente (ORI).
- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a esta organização. Estas informações são denominadas **arquivo do processo**. **Tem o direito de nos solicitar uma cópia do arquivo do seu processo**.

- Tem o direito de fornecer à Organização de Revisão Independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Passo 2: A Organização de Revisão Independente analisa o seu recurso.

Os revisores da Organização de Revisão Independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Prazos para um recurso rápido

- Se a sua saúde assim o exigir, peça à Organização de Revisão Independente um recurso rápido.
- Se a organização concordar em fornecer-lhe um recurso rápido, a organização de avaliação tem de apresentar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** depois de receber a sua solicitação de recurso.

Prazos para um recurso padrão

- Para recursos padrão, a organização de revisão tem de dar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias** depois de receber o seu recurso se for relativo a um medicamento que ainda não recebeu. Se solicitar o reembolso por um medicamento que já comprou, a organização de revisão tem de apresentar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 14 dias de calendário** depois de receber o seu pedido.

Passo 3: A Organização de Revisão Independente apresenta-lhe a sua resposta.

Para recursos rápidos:

- **Se a Organização de Revisão Independente responder positivamente a parte ou à totalidade do que solicitou,** teremos de fornecer a cobertura de medicamentos que foi aprovada pela organização de revisão **no prazo de 24 horas** depois de recebermos a decisão da organização revisora.

Para recursos padrão:

- **Se a organização de revisão independente responder afirmativamente a uma parte ou à totalidade do seu pedido de cobertura,** teremos de fornecer a **cobertura de medicamentos** que foi aprovada pela organização de revisão **no prazo de 72 horas** depois de recebermos a decisão da organização revisora.
- **Se a organização de revisão independente aprovar parte ou a totalidade do seu pedido de reembolso** por um medicamento que já comprou, somos

obrigados a **enviar-lhe o pagamento no prazo de 30 dias** depois de recebermos a decisão da organização de revisão.

E se a organização de revisão disser não ao seu recurso?

Se esta organização responder negativamente **a parte ou à totalidade do** seu recurso**,** significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido (ou parte do seu pedido). (Isto é denominado manter a decisão. Também é denominado recusar o seu recurso.). Neste caso, a organização de revisão independente irá enviar-lhe uma carta:

- Explicando a decisão.
- Notificando-o do direito a um recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de medicamentos cumprir um determinado mínimo. Se o valor em dólares da cobertura de medicamentos que solicitou for muito baixo, não poderá apresentar outro recurso e a decisão no Nível 2 é definitiva.
- Dizendo-lhe o valor em dólares que tem de estar em disputa para continuar com o processo de recurso.

Passo 4: Se o seu caso cumprir os requisitos, poderá escolher se quer levar o seu recurso mais longe.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso).
- Se quiser continuar para um recurso de Nível 3 os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A secção 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 7 Como solicitar cobertura de um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe está a dar alta cedo demais

Quando é admitido num hospital, tem o direito de receber todos os serviços hospitalares cobertos necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante o seu internamento hospitalar coberto, o seu prestador de cuidados de saúde e a equipa do hospital irão coordenar-se consigo para o preparar para o dia em que irá deixar o hospital. Ajudá-lo-ão a providenciar os cuidados de que poderá precisar após a sua saída.

- .O dia em que sai do hospital é denominado **data da alta**.
- Quando a sua data de alta for decidida, o seu prestador de cuidados de saúde ou a equipa do hospital informá-lo-ão.
- Se considerar que lhe está a ser pedido que saia do hospital demasiado cedo, poderá solicitar um internamento hospitalar mais longo, e o seu pedido será considerado.

Secção 7.1 Durante o seu internamento hospitalar, receberá um aviso escrito da Medicare a informar sobre os seus direitos

Nos dois dias após ter sido internado num hospital, ser-lhe-á dada uma notificação por escrito chamada *Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos.* Todas as pessoas com Medicare recebem uma cópia deste aviso. Se não receber o aviso de alguém no hospital (por exemplo, um assistente ou enfermeiro), peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, telefone para o Serviço de Apoio a Associados ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Leia este aviso com atenção e faça perguntas se não o entender.** Diz-lhe:
   - O seu direito de receber serviços cobertos pelo Medicare durante e após a sua estadia no hospital, conforme solicitado pelo seu prestador de cuidados de saúde. Tal inclui o direito de saber quais são os serviços, quem os pagará e onde pode obtê-los.
   - O seu direito de participar em quaisquer decisões sobre a sua estadia no hospital.
   - Onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
   - O seu direito de **pedir uma revisão imediata** da decisão da alta se lhe parecer que está a receber alta do hospital demasiado cedo. Esta é uma maneira formal e legal de solicitar um atraso na data de alta para que possamos cobrir os seus cuidados hospitalares por mais tempo.
2. **Ser-lhe-á pedido que assine o aviso escrito para demonstrar que o recebeu e que compreende os seus direitos.**
   - Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso.

- Assinar o aviso mostra apenas que recebeu as informações sobre os seus direitos. O aviso não indica a sua data de alta. Assinar o aviso não significa que concorda com a data da alta.

3. **Guarde a sua cópia** do aviso à mão para que disponha das informações sobre como apresentar um recurso (ou relatar uma preocupação sobre a qualidade dos cuidados), se necessário.
   - Se assinar o aviso mais de dois dias antes da data da alta hospitalar, receberá outra cópia antes da data agendada para a alta.
   - Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, pode telefonar para o Serviço de Apoio a Associados ou 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Também pode consultar o aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Secção 7.2 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para alterar a sua data de alta hospitalar

Se pretende solicitar que os seus serviços de internamento hospitalar sejam cobertos por nós por mais tempo, terá de seguir o processo de recurso para fazer essa solicitação. Antes de começar, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Siga o processo.**
- **Cumpra os prazos.**
- **Peça ajuda se precisar**. Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Também pode telefonar para o Programa de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island, uma organização governamental que oferece assistência personalizada.

Durante um Recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Verifica se a data de alta agendada é medicamente apropriada para si.

A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros prestadores de cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar a qualidade do atendimento prestado a pessoas com Medicare. Tal inclui a revisão das datas de alta hospitalar para pessoas com Medicare. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano.

Passo 1: Entre em contacto com Organização de Melhoria da Qualidade do Rhode Island e peça uma revisão imediata da sua alta hospitalar. Tem de agir rapidamente.

Como pode contactar esta organização?

- A notificação por escrito que recebeu (**Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos**) informa como entrar em contacto com esta organização. Ou encontre o nome, endereço e número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade de Rhode Island no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Para pedir um recurso, tem de contactar a Organização de Melhoria da Qualidade **antes** de sair do hospital e **o mais tarde à meia-noite do dia da alta.**
    - **Se cumprir este prazo,** poderá ficar no hospital *depois* da sua data de alta *sem pagar por isso* enquanto espera para obter a decisão da Organização de Melhoria da Qualidade.
    - **Se não cumprir este prazo** e decidir permanecer no hospital após a sua data de alta agendada, *poderá ter de pagar todos os custos* dos cuidados hospitalares que receber após a sua data de alta planeada.
- Se não cumprir o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade e ainda pretender recorrer, tem de apresentar um recurso diretamente ao nosso plano. Para conhecer os detalhes dessa outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a Secção 7.4.

Assim que solicitar uma revisão imediata da sua alta hospitalar, a Organização de Melhoria da Qualidade irá contactar-nos. Até ao meio-dia do dia seguinte ao nosso contacto, iremos fornecer-lhe uma **Notificação Detalhada de Alta**. Esta notificação dá-lhe a data de alta agendada e explica detalhadamente os motivos pelos quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós pensamos que é correto (clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

Pode obter uma amostra da **Notificação Detalhada da Alta** telefonando para o Serviço de Apoio a Associados ou através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. (Os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048.) Em alternativa, pode consultar uma amostra de uma notificação online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

<u>Passo 2:</u> A Organização de Melhoria da Qualidade conduz uma revisão independente do seu caso.

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os *revisores*) perguntar-lhe-ão (ou ao seu representante) porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. Não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se quiser.
- Os revisores também examinarão as suas informações médicas, falarão com seu prestador de cuidados de saúde e analisarão as informações que o hospital e nós lhe fornecermos.
- Até ao meio-dia do dia após os revisores nos informarem sobre o seu recurso, receberá uma notificação por escrito que indica a sua data de alta planeada. Esta notificação também explica detalhadamente os motivos pelos quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós pensamos que é correto (clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

<u>Passo 3:</u> No prazo de um dia inteiro após ter todas as informações necessárias, a Organização de Melhoria da Qualidade dar-lhe-á a resposta ao seu recurso.

O que acontece se a resposta for positiva?

- Se a organização de revisão responder *afirmativamente*, **teremos de continuar a cobrir os seus serviços hospitalares de internamento cobertos durante o tempo que forem medicamente necessários.**
- Terá que continuar a pagar a sua parte nos custos (como franquias ou copagamentos se aplicável). Além disso, pode haver limitações nos seus serviços hospitalares cobertos.

O que acontece se a resposta for negativa?

- Se a organização de revisão responder **negativamente**, está a dizer que a sua data de alta agendada é medicamente apropriada. Se tal acontecer, **a nossa cobertura dos seus serviços hospitalares para doentes internados** terminará ao meio-dia no dia **seguinte** à Organização de Melhoria da Qualidade lhe dar a sua resposta ao seu recurso.
- Se a organização de revisão disser *Não* ao seu recurso e decidir ficar no hospital, então **poderá ter de pagar o custo total** dos cuidados hospitalares que recebe após o meio-dia no dia após a Organização de Melhoria da Qualidade lhe dar a resposta ao seu recurso.

<u>Passo 4:</u> Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, o associado decide se pretende apresentar outro recurso.

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade **recusar** o seu recurso **e** permanecer no hospital após a sua data de alta agendada, poderá apresentar outro recurso. Fazer outro recurso significa que vai passar para o Nível 2 do processo de recurso.

Secção 7.3 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para alterar a data de alta hospitalar

Num recurso de Nível 2, o associado pede à Organização de Melhoria da Qualidade que analise novamente a decisão no seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, pode ter que pagar o custo total da sua permanência após a data de alta planeada.

<u>Passo 1:</u> Contacte a Organização de Melhoria da Qualidade novamente e pede outra revisão.

- Pode solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias de calendário** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu **negativamente** ao seu recurso de Nível 1. Pode solicitar essa revisão apenas se permanecer no hospital após a data em que a cobertura do atendimento tiver terminado.

<u>Passo 2:</u> A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

<u>Passo 3:</u> No prazo de 14 dias após a receção de um recurso de Nível 2, os revisores decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

Se a organização de revisão responder positivamente:

- **Temos de reembolsá-lo** pela nossa parte dos custos de atendimento hospitalar que recebeu desde o meio-dia do dia seguinte à data em que o seu primeiro recurso foi rejeitado pela Organização de Melhoria da Qualidade. **Teremos de continuar a fornecer cobertura aos seus cuidados hospitalares de internamento enquanto for medicamente necessário**.
- Tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e podem ser aplicadas limitações de cobertura.

Se a organização de revisão responder negativamente:

- Significa que concordam com a decisão que tomaram em relação ao seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão.

Passo 4: Se a resposta for negativa, terá de decidir se pretende levar o recurso adiante, passando para o Nível 3.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Os detalhes sobre como pedir um recurso de Nível 3 estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A secção 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 7.4 O que acontece se não cumprir o prazo para a apresentação de um Recurso de Nível 1?

Termo legal
Uma revisão rápida (ou recurso rápido) também é denominada **recurso acelerado.**

Pode recorrer perante nós em vez disso

Conforme explicado acima, deve agir rapidamente para iniciar o seu recurso de Nível 1 da sua alta hospitalar. Se não cumprir o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade, há outra maneira de apresentar o seu recurso.

Se utilizar esta outra forma de apresentar o seu recurso, **os dois primeiros níveis de recurso são diferentes**.

Passo a passo: Como apresentar um Recurso *Alternativo* de Nível 1

Passo 1: Contacte-nos e peça uma revisão rápida.

Peça uma revisão rápida. Isto significa que nos pede para fornecermos uma resposta usando os prazos rápidos em vez dos prazos padrão. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

<u>Passo 2:</u> Fazemos uma revisão rápida da data de alta planeada, verificando se foi medicamente apropriada.

Durante esta revisão, verificamos todas as informações sobre a sua permanência no hospital. Verificamos se a data de alta planeada foi medicamente apropriada. Verificamos se a decisão sobre quando tem de deixar o hospital foi justa e se seguiu todas as regras.

<u>Passo 3:</u> Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas após solicitar uma revisão rápida.

Se respondermos afirmativamente ao recurso, significa que concordámos consigo em como tem de continuar no hospital após a data da alta. Continuaremos a fornecer os serviços hospitalares abrangidos durante o tempo que for medicamente necessário. Isto também significa que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte nos custos dos cuidados que tenha recebido desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. (Tem de pagar a sua parte dos custos e poderá haver limitações de cobertura aplicáveis.)

Se respondermos negativamente ao seu recurso, estamos a dizer que a sua data de alta planeada foi medicamente apropriada. A nossa cobertura para os seus serviços de internamento hospitalar termina no dia em que declarámos que a cobertura iria terminar.

- Se permaneceu no hospital *depois* da sua data de alta planeada, **pode ter que pagar o custo total** do atendimento hospitalar recebido após a data de alta planeada.

<u>Passo 4:</u> Se dissermos *não* ao seu recurso, o seu caso será *automaticamente* enviado para o nível seguinte do processo de recurso.

Passo a passo: Nível 2 Processo de recurso *alternativo*

Termo legal
O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente.** Por vezes é denominada **IRE.**

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare.. Não está associada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

<u>Passo 1:</u> Encaminharemos automaticamente o seu caso para a Organização de Revisão Independente.

- Somos obrigados a enviar as informações do seu recurso de Nível 2 para a organização de revisão independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que o avisamos de que recusamos o seu primeiro recurso. (Se achar que não estamos a cumprir este ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 10 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

<u>Passo 2:</u> A organização de revisão ondependente faz uma revisão rápida do seu recurso. Os revisores respondem em 72 horas.

- Os revisores da Organização de Revisão Independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com seu recurso de alta hospitalar.
- **Se esta organização responder *afirmativamente* ao seu recurso,** então, teremos de lhe pagar de volta a sua parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data da sua alta planeada. Somos também obrigados a continuar a cobertura do plano dos seus serviços hospitalares como doente internado enquanto for medicamente necessária. Tem de continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, as mesmas podem limitar quanto reembolsamos ou por quanto tempo continuamos a cobrir os seus serviços.
- **Se esta organização responder *negativamente* ao seu recurso,** isso significa que concorda que a data de alta hospitalar agendada foi medicamente apropriada.

- A notificação por escrito que receber da organização de revisão independente dir-lhe-á como iniciar um recurso de Nível 3 com o processo de revisão, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou advogado adjudicatário.

Passo 3: Se a Organização de Revisão Independente recusar o seu recurso, o associado decide se pretende levá-lo adiante.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Se os revisores responderem negativamente ao seu recurso de Nível 2, o associado decide se aceita a decisão ou se passa para o Nível 3
- A secção 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 8 Como pedir-nos que continuemos a cobrir certos serviços médicos se acha que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo

Secção 8.1 *Esta secção trata apenas de três serviços:* Cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados e Serviços de Instalações de Reabilitação em Ambulatório Abrangentes (CORF)

Quando recebe **serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou cuidados de reabilitação (instalações de reabilitação em ambulatório abrangentes)**, tem o direito de continuar a receber os seus serviços cobertos para esse tipo de cuidados enquanto os cuidados forem necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Quando decidimos que é o momento de interromper a cobertura de qualquer um dos três tipos de cuidados para si, somos obrigados a informá-lo com antecedência. Quando a sua cobertura para estes cuidados terminar, *deixaremos de pagar os custos dos seus cuidados.*

Se lhe parecer que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta Secção explica como solicitar um recurso.

Secção 8.2 Informá-lo-emos antecipadamente do momento de término da sua cobertura

Termo legal
Notificação de não cobertura Medicare. Diz-lhe como pode solicitar um **recurso rápido.** Solicitar um recurso acelerado é uma maneira formal e legal de solicitar uma alteração da nossa decisão de cobertura sobre quando interromper o seu tratamento.

1. **Receberá um aviso por escrito** pelo menos dois dias antes do nosso plano deixar de cobrir os seus cuidados. O aviso informa sobre:

   A data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados.

   Como solicitar um recurso rápido para nos solicitar que continuemos a cobrir os seus cuidados por um período de tempo mais longo.

2. **Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso por escrito para demonstrar que o recebeu.** Assinar o aviso **apenas** mostra que recebeu as informações sobre quando a sua cobertura será interrompida. **Assinar <u>não</u> significa que concorda** com o plano de que é o momento de parar de receber o atendimento.

Secção 8.3 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Se nos quiser solicitar para cobrirmos os seus cuidados durante um período mais longo, terá de seguir o processo de recurso e efetuar a solicitação. Antes de começar, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Siga o processo.**
- **Cumpra os prazos.**
- **Peça ajuda se precisar**. Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Também pode telefonar para o Programa de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island, uma organização governamental que oferece assistência personalizada.

Durante um Recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Decide se a data de fim dos seus cuidados é clinicamente adequada.

A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros especialistas em cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhor a qualidade do atendimento prestado a pessoas com Medicare. Isto inclui rever as decisões do plano sobre quando é altura de parar de cobrir determinados tipos de cuidados médicos. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano.

Passo 1: Apresentar o seu recurso de Nível 1: entre em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado e peça um *recurso acelerado*. Tem de agir rapidamente.

Como pode contactar esta organização?

- A notificação por escrito que recebeu (*Notificação de não cobertura Medicare)* informa como entrar em contacto com esta organização. Ou encontre o nome, endereço e número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade de Rhode Island no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Tem de entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade para iniciar o seu recurso **até ao meio-dia do dia anterior à data de vigência** do Aviso de Não Cobertura do Medicare.
- Se não cumprir o prazo para contactar a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, e ainda assim quiser apresentar um recurso, deve, em vez disso, apresentar-nos um recurso diretamente a nós. Para conhecer os detalhes desta outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a Secção 8.5.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade conduz uma revisão independente do seu caso.

Termo legal
Explicação detalhada da não cobertura. Aviso que fornece detalhes sobre os motivos para terminar a cobertura.

O que acontece durante esta revisão?

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntar-lhe-ão, a si ou ao seu representante, porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. Não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se quiser.

- A organização de revisão também examinará as suas informações médicas, conversará com o seu prestador de cuidados de saúde e analisará as informações que o nosso plano lhe fornecerá.
- No final do dia em que os revisores nos informem sobre o seu recurso, também receberá a **Explicação detalhada de não cobertura** da nossa parte que explica em detalhe os nossos motivos para terminarmos a cobertura dos seus serviços.

Passo 3: No prazo de um dia completo depois de terem todas as informações de que precisam, os revisores irão informá-lo da sua decisão.

O que acontece se os revisores responderem sim?

- Se os revisores responderem **Sim** ao seu recurso, **teremos de continuar a fornecer os seus serviços cobertos enquanto forem medicamente necessários.**
- Terá que continuar a pagar a sua parte nos custos (como franquias ou copagamentos, se aplicável). Pode haver limitações nos seus serviços cobertos.

O que acontece se os revisores responderem não?

- Se os revisores responderem **negativamente**, então, **a sua cobertura terminará na data que lhe referimos.**
- Se decidir continuar a receber os cuidados de saúde domiciliários, cuidados em enfermaria especializada ou serviços de Centros de Reabilitação em Ambulatório Abrangente (CORF) *depois* desta data em que a sua cobertura termina, **terá que pagar o custo total** desse atendimento.

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, o associado decide se pretende apresentar outro recurso.

- Se os revisores responderem *negativamente* ao seu recurso de Nível 1 e se optar por continuar a receber o atendimento após o término da sua cobertura, poderá apresentar um recurso de Nível 2.

Secção 8.4 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Durante um recurso de Nível 2, o associado pede à Organização de Melhoria da Qualidade que analise novamente a decisão tomada no seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, pode ter que

pagar pelo custo total dos seus cuidados de saúde domiciliários, cuidados em enfermaria especializada ou serviços de Centros de Reabilitação em Ambulatório Abrangente (CORF) *depois* da data que declarámos como a data de término da sua cobertura.

Passo 1: Contacte a Organização de Melhoria da Qualidade novamente e pede outra revisão.

- Tem de solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu *negativamente* ao seu recurso de Nível 1. Apenas pode solicitar esta revisão se continuar a receber cuidados após a data em que a sua cobertura de cuidados tiver terminado.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias após a receção da sua solicitação de recurso, os revisores decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

o que acontece se a organização de revisão responder sim?

- **Temos de reembolsar** a nossa parte dos custos de atendimento que recebeu desde a data que declarámos como a data de término da sua cobertura. **Teremos de continuar a fornecer cobertura aos** cuidados enquanto for medicamente necessário.
- Tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e poderá haver limitações de cobertura aplicáveis.

O que acontece se a organização de revisão responder negativamente?

- Isto significa que concorda com a decisão tomada no seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecerá os detalhes sobre como avançar para a próxima instância de recurso, que é tratada por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.

<u>Passo 4:</u> Se a resposta for negativa, terá de decidir se pretende levar o recurso adiante.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, para um total de cinco níveis de recurso. Se quiser continuar para um recurso de Nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A secção 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 8.5 O que acontece se não cumprir o prazo para a apresentação de um recurso de Nível 1?

Pode recorrer perante nós em vez disso

Conforme explicado acima, o associado tem de agir rapidamente para entrar em contacto com Organização de Melhoria da Qualidade para iniciar o seu primeiro recurso (no prazo de um ou dois dias, no máximo). Se não cumprir o prazo para entrar em contacto com esta organização, há outra maneira de apresentar o seu recurso. Se recorrer a essa outra forma de apresentar o seu recurso, *os primeiros dois níveis de recurso são diferentes.*

Passo a passo: Como apresentar um Recurso *Alternativo* de Nível 1

Termo legal
Uma revisão rápida (ou recurso rápido) também é denominada **recurso acelerado.**

<u>Passo 1:</u> Contacte-nos e peça uma revisão rápida.

- **Peça uma revisão rápida**. Isto significa que nos pede para fornecermos uma resposta usando os prazos rápidos em vez dos prazos padrão. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

<u>Passo 2:</u> Realizamos uma revisão rápida da decisão que tomámos sobre quando encerrar a cobertura dos seus serviços.

- Nesta revisão, examinamos novamente todas as informações sobre o seu caso. Verificamos se seguimos todas as regras quando marcámos a data do término da cobertura do plano relativamente aos serviços que você estava a receber.

Passo 3: Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas após solicitar uma revisão rápida.

- **Se dissermos sim ao seu recurso,** significa que concordámos consigo que precisa de serviços por mais tempo, e que continuaremos a prestar os seus serviços cobertos durante o tempo que for medicamente necessário. Isto também significa que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte nos custos dos cuidados que tenha recebido desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. (Tem de pagar a sua parte dos custos e poderá haver limitações de cobertura aplicáveis.)
- **Se respondermos negativamente ao seu recurso**, a sua cobertura terminará na data que lhe referimos e não pagaremos nenhuma parcela dos custos após esta data.

  Se continuou a receber cuidados de saúde domiciliários, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de Centro de Reabilitação em Ambulatório Abrangente (CORF) *depois* da data que declarámos como a data de término da sua cobertura, **terá que pagar o custo total** por esses cuidados.

Passo 4: Se respondermos *negativamente* ao seu recurso rápido, o seu caso irá *automaticamente* para o próximo nível do processo de recurso.

Termo legal
O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente.** Por vezes é denominada **IRE.**

Passo a passo: Nível 2 Processo de recurso *alternativo*

Durante o recurso de Nível 2, a **organização de revisão independente** analisa a decisão que tomámos relativamente ao seu recurso rápido. Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada. **A Organização de Revisão Independente é uma organização independente contratada pela Medicare**. Esta organização não está vinculada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização é uma empresa escolhida pela Medicare para realizar o trabalho de organização de revisão independente. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

Passo 1: Encaminhamos automaticamente o seu caso para a organização de revisão independente.

- Somos obrigados a enviar as informações do seu recurso de Nível 2 para a organização de revisão independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que o avisamos de que recusamos o seu primeiro recurso. (Se achar que

não estamos a cumprir este ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 10 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

Passo 2: A organização de revisão ondependente faz uma revisão rápida do seu recurso. Os revisores respondem em 72 horas.

- Os revisores da Organização de Revisão Independente examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- **Se esta organização disser *sim* ao seu recurso,** então temos de pagar-lhe de volta pela nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. Temos de também continuar a cobrir os cuidados pelo tempo que for medicamente necessário. Tem de continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, as mesmas podem limitar quanto reembolsamos ou por quanto tempo continuamos a cobrir os serviços.
- **Se esta organização responder *negativamente* ao seu recurso,** isto significa que concorda com a decisão que o nosso plano tomou ao seu primeiro recurso e que não a alterará.
- O aviso que recebe da organização de revisão independente informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar para um recurso de Nível 3.

Passo 3: Se a organização de revisão independente recusar o seu recurso, o associado decide se pretende levá-lo adiante.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, para um total de cinco níveis de recurso. Se quiser continuar para um recurso de Nível 3, os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- Um recurso de Nível 3 é analisado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A secção 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 9 Levar o seu recurso ao Nível 3 e mais além

Secção 9.1 Níveis de recurso 3, 4 e 5 para pedidos de serviços médicos

Esta secção pode ser apropriada para si se apresentar um recurso de Nível 1 e um recurso de Nível 2 e se ambos os recursos forem rejeitados.

Se o valor em dólares do produto ou serviço médico relativamente ao qual recorreu satisfazer certos níveis mínimos, você poderá prosseguir para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for menor do que o nível mínimo, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receber ao seu recurso de Nível 2 explicará como solicitar um recurso de Nível 3.

Para a maioria das situações que envolvam recursos, os três últimos níveis de recurso funcionam da mesma maneira. São as seguintes as pessoas que lidam com a revisão do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de Nível 3 **Um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial que trabalhe para o governo Federal** analisará o seu recurso e dará uma resposta.

Se o Juiz de Direito Administrativo ou o procurador judicial responderem positivamente ao seu recurso, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar. Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que seja favorável para si. Se decidirmos recorrer, o processo irá para um Recurso de Nível 4.

- Se decidirmos *não* recorrer, somos obrigados a autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 60 dias de calendário após a receção da decisão do Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.
- Se decidirmos recorrer da decisão, enviaremos uma cópia da solicitação de recurso de Nível 4 com todos os documentos associados. Podemos esperar pela decisão do recurso de Nível 4 antes de a autorizar ou fornecer o serviço em litígio.

Se o Juiz de Direito Administrativo ou advogado disser que Não ao seu recurso, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar.

- Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
- Se não quiser aceitar a decisão, pode continuar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber dir-lhe-á o que fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4o **Appeals Council (Conselho de Recursos) do Medicare (Conselho)** irá rever o seu recurso e apresentar-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

Se a resposta for afirmativa, ou se o Conselho recusar o nosso pedido de revisão de uma decisão de recurso de Nível 3 favorável, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar. Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 4 que seja favorável para si. Decidiremos se recorrer desta decisão para o Nível 5.

- Se decidirmos *não* recorrer da decisão, temos de autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 60 dias após a receção da decisão do Conselho.
- Se decidirmos recorrer da decisão, informá-lo-emos por escrito.

Se a resposta for Não ou se o Conselho recusar o pedido de revisão, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar.

- Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
- Se o associado não quiser aceitar a decisão, poderá continuar para o próximo nível do processo de revisão. Se o Conselho responder negativamente ao seu recurso, o aviso que receber informará se as regras permitem que prossiga para um recurso de Nível 5 e como continuar para um recurso de Nível 5.

Recurso de Nível 5 Um juiz no **Tribunal Distrital Federal** irá analisar o seu recurso.

Um juiz irá rever todas as informações e decidir *sim* ou *não* ao seu pedido. Esta é uma resposta final. Não há mais níveis de recurso após a Justiça do Distrito Federal.

Secção 9.2 Níveis de recurso 3, 4 e 5 para pedidos de medicamentos da Parte D

Esta secção pode ser apropriada para si se apresentar um recurso de Nível 1 e um recurso de Nível 2 e se ambos os recursos forem rejeitados.

Se o valor do medicamento relativamente ao qual recorreu atingir um determinado valor em dólares, poderá prosseguir para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for menor, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receber ao seu recurso de Nível 2 explicará com quem entrar em contacto e o que fazer para solicitar um recurso de Nível 3.

Para a maioria das situações que envolvam recursos, os três últimos níveis de recurso funcionam da mesma maneira. São as seguintes as pessoas que lidam com a revisão do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de Nível 3 **Um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial que trabalhe para o governo Federal** analisará o seu recurso e dará uma resposta.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado**. Temos de **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que tenha sido aprovada pelo Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial **no prazo de 72 horas (24 horas para recursos acelerados) ou efetuar o pagamento até 30 dias** depois de recebermos a decisão.
- **Se a resposta for Não, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar.**
  - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
  - Se não quiser aceitar a decisão, pode continuar para o próximo nível do processo de revisão. O aviso que receber dir-lhe-á o que fazer para um Recurso de Nível 4.

Recurso de Nível 4 o **Appeals Council (Conselho de Recursos) do Medicare (Conselho)** irá rever o seu recurso e apresentar-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo federal.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado**. Temos de **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que tenha sido aprovada pelo Conselho **no prazo de 72 horas (24 horas para recursos acelerados) ou efetuar o pagamento até 30 dias** depois de recebermos a decisão.
- **Se a resposta for Não, o processo de recurso *pode* ou *não* terminar.**
  - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
  - Se o associado não quiser aceitar a decisão, poderá continuar para o próximo nível do processo de revisão. Se o Conselho responder negativamente ao seu recurso ou negar o seu pedido de revisão do recurso, a notificação que receberá informará se as regras permitem que prossiga para um recurso de Nível 5. Também dir-lhe-á quem contactar e o que fazer a seguir se optar por continuar com o seu recurso.

Recurso de Nível 5 Um juiz no **Tribunal Distrital Federal** irá analisar o seu recurso.

Um juiz irá rever todas as informações e decidir *sim* ou *não* ao seu pedido. Esta é uma resposta final. Não há mais níveis de recurso após a Justiça do Distrito Federal.

APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

SECÇÃO 10 Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente, ou outras preocupações

Secção 10.1 Que tipos de problemas são tratados pelo processo de reclamação?

O processo de reclamação é utilizado *apenas* para certos tipos de problemas. Tal inclui problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempo de espera e atendimento ao cliente. Seguem-se alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade do seu atendimento médico	• Está insatisfeito com a qualidade do atendimento que recebeu (incluindo atendimento no hospital)?
Respeito pela sua privacidade	• Alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou partilhou informações confidenciais?
Desrespeito, mau atendimento ao cliente ou outros comportamentos negativos	• Alguém foi rude ou desrespeitoso consigo? • Está insatisfeito com o nosso Serviço de Apoio a Associados? • Sente que está a ser encorajado a abandonar o plano?

Reclamação	Exemplo
Tempos de espera	• Está a ter problemas para marcar uma consulta ou está a esperar demasiado tempo para o conseguir? • Ficou à espera demasiado tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde? Ou ficou à espera demasiado tempo pelo nosso Serviço de Atendimento a Membros ou por outra equipa do plano? ○ Os exemplos incluem esperar demasiado tempo ao telefone, na sala de espera, na sala de exames ou para obter uma receita.
Limpeza	• Está insatisfeito com a limpeza ou com as condições de uma clínica, hospital ou consultório médico?
Informações que obtém de nós	• Não lhe demos o aviso necessário? • A nossa informação escrita é difícil de compreender?
Oportunidade (todos estes tipos de reclamações estão relacionados com a *oportunidade* das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura e recursos)	Se nos solicitou uma decisão de cobertura ou apresentou um recurso e lhe parece que não estamos a responder com rapidez suficiente, pode apresentar uma reclamação sobre a nossa lentidão. Seguem-se alguns exemplos: • Pediu-nos uma “ecisão de cobertura rápida ou um recurso rápido e respondemos negativamente; o associado pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não estamos a cumprir os prazos para decisões de cobertura ou recursos; o associado pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não estamos a cumprir os prazos para o cobrir ou reembolsar por determinados serviços médicos ou medicamentos que foram aprovados; pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não cumprimos os prazos necessários para encaminhar o seu caso para a organização de revisão independente; pode apresentar uma reclamação.

Secção 10.2 Como apresentar uma reclamação

Termos legais
• Uma **Reclamação** também é conhecida **queixa.** • **Fazer uma reclamação** também é conhecida como **apresentar uma queixa.** • **Utilizar o processo para apresentar uma queixa** também é conhecido como **utilizar o processo para apresentar uma reclamação.** • **Reclamação rápida** também é conhecida como **reclamação acelerada.**

Secção 10.3 Passo a passo: Apresentar uma reclamação

Passo 1: Contacte-nos imediatamente, por telefone ou por escrito.

Normalmente, telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros é o primeiro passo. Se houver mais alguma coisa que precise de fazer, o Serviço de Atendimento a Associados informá-lo-ão.

Se não quiser telefonar (ou se telefonou e não ficou satisfeito), pode apresentar uma reclamação por escrito e enviá-la para nós. Se apresentar a sua reclamação por escrito, responderemos à sua reclamação por escrito.

Para apresentar uma reclamação por escrito, pode enviá-la por fax para o Appeals and Grievances Department [Departamento de Recursos e Reclamações] através do número 857-453-4517 ou por e-mail para:

Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
Appeals and Grievances Department
30 Winter St
Boston, MA 02108

Temos de receber a sua reclamação no prazo de 60 dias de calendário após o evento ou incidente do qual está a reclamar. Se algo o impediu de apresentar a sua reclamação (estava doente, fornecemos informações incorretas, etc.) informe-nos e talvez possamos aceitar a sua reclamação passados 60 dias. Trataremos da sua queixa o mais rapidamente possível, mas o mais tardar 30 dias após a sua receção. Por vezes precisamos de informação adicional, ou poderá querer fornecer informação adicional. Se isso ocorrer, podemos demorar 14 dias adicionais para responder à sua reclamação. Se os 14 dias adicionais forem utilizados, receberá uma carta que o informará. Se a sua reclamação se deve ao fato de termos levado 14 dias adicionais

para responder ao seu pedido de determinação ou recurso de cobertura ou porque decidimos que não precisava de uma decisão de cobertura rápida ou de um recurso rápido, pode apresentar uma reclamação rápida. Responder-lhe-emos no prazo de 24 horas após a receção da sua reclamação. O endereço e os números de fax para apresentação de reclamações encontram-se no **Capítulo 2** em **Como contactar-nos quando apresentar uma reclamação sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.**

Quer telefone ou escreva, tem de entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros imediatamente.

Se estiver a apresentar uma reclamação porque recusámos o seu pedido de decisão de cobertura rápida ou de Recurso rápido, atribuir-lhe-emos automaticamente o estatuto de reclamação rápida. Se a sua reclamação for rápida, isso significa que lhe forneceremos uma resposta no prazo de 24 horas.

O **prazo** para fazer uma reclamação é de 60 dias corridos a partir do momento em que teve o problema que pretende reclamar.

Passo 2: Analisaremos a sua reclamação e dar-lhe-emos a nossa resposta.

Se possível, responderemos imediatamente. Se nos telefonar por causa de uma reclamação, poderemos responder-lhe durante a própria chamada.

A maioria das reclamações são respondidas no prazo de 30 dias de calendário. Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu melhor interesse ou se solicitar mais tempo, poderemos demorar até 14 dias de calendário adicionais (44 dias de calendário no total) a responder à sua reclamação. Se decidirmos demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito.

Se estiver a apresentar uma reclamação porque recusámos o seu pedido de decisão de cobertura rápida ou de Recurso rápido, atribuir-lhe-emos automaticamente o estatuto de reclamação rápida. Se a sua reclamação for rápida, isso significa que lhe forneceremos **uma resposta no prazo de 24 horas**.

Se não concordarmos com parte ou a totalidade da sua reclamação ou não nos responsabilizarmos pelo problema pelo qual está a reclamar, iremos incluir os motivos na resposta que lhe enviarmos.

Secção 10.4 Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade dos cuidados à Organização de Melhoria da Qualidade

Quando a sua reclamação for sobre a *qualidade do atendimento*, também tem duas opções extra:

Pode apresentar a sua reclamação diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade.

A Organização de Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos doentes do Medicare. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Ou

Pode apresentar a sua reclamação à Organização de Melhoria da Qualidade e a nós ao mesmo tempo.

Secção 10.5 Também pode informar o Medicare sobre a sua reclamação

Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Medicare Preferred diretamente à Medicare. Para enviar uma reclamação ao Medicare, aceda a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY/TDD podem telefonar para 1-877-486-2048.

Secção 10.6 Denunciar fraude, desperdício ou abuso

Se lhe parece que possa ter observado fraude, desperdício ou abuso:

- **Telefone** para a linha direta de Conformidade CCA através do 866-457-4953 ou
- **Envie um e-mail para** cca_compliance@commonwealthcare.org

Estamos empenhados em prevenir e/ou solucionar qualquer fraude, desperdício ou abuso.

O associado, o seu familiar ou o seu prestador de cuidados MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY/TDD podem fazer uma denúncia. Os relatórios são confidenciais. O relatório pode ser anónimo. Isto não afetará os seus serviços.

O que são fraude, desperdício e abuso?

São todos os tipos de uso indevido de recursos, dinheiro ou propriedade da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou do governo federal ou estadual.

- **Fraude:** Ações desonestas, realizadas propositadamente e sabendo que os recursos irão para alguém a quem não se destinam

- **Desperdício:** Quando um recurso é usado em excesso. O desperdício não é propositado.
- **Abuso:** Ações que resultam em custos ou pagamentos por serviços que não são medicamente necessários ou não são o padrão de atendimento aceite

Exemplos:

- Faturação de serviços não fornecidos
- Não ser verdadeiro ao cobrar por serviços, como:
    - Mudar o tipo
    - Mudar as cobranças
    - Mudar a data
    - Mudar o prestador ou a pessoa que obteve os serviços
- Usar o cartão de identificação de membro de outra pessoa
- Entrega de equipamentos ou produtos a um membro num momento em que não precisava dos mesmos

Dicas para se proteger de fraudes

Ofertas de ajuda médica gratuita ou tratamentos em anúncios, uma chamada telefónica ou visitas ao domicílio **podem ser fraude.**

O que fazer:

- Tenha cuidado!
- Leia a documentação da Commonwealth Care Alliance, Inc. e certifique-se de que recebeu os tratamentos cobrados. Questione tudo o não pareça correto.
- Não forneça as suas informações do Medicare, da Segurança Social, de conta bancária ou de cartão de crédito por telefone.
- Se alguém bater à sua porta, peça a identificação. Ninguém da Commonwealth Care Alliance, Inc. pode entrar em sua casa sem a sua permissão.

Para saber mais, visite www.ccahealthri.org.

CAPÍTULO 10:

Encerrar a sua associação ao plano

SECÇÃO 1 Introdução para rescindir a sua associação ao nosso plano

O fim da sua associação ao CCA Medicare Preferred pode ser **voluntário** (à sua escolha) ou **involuntário** (não à sua escolha):

- Pode sair do nosso plano porque decidiu que *quer* fazê-lo. As Secções 2 e 3 fornecem informações sobre como rescindir a sua adesão voluntariamente.
- Existem também situações limitadas em que somos obrigados a encerrar a sua adesão. A secção 5 informa sobre situações em que temos de encerrar a sua associação.

Se vai deixar o nosso plano, o nosso plano tem de continuar a fornecer os seus cuidados médicos e medicamentos com receita médica e o associado irá continuar a pagar a partilha de custos até ao fim da adesão.

SECÇÃO 2 Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano?

Secção 2.1 Pode terminar a sua associação durante o Período Anual de Inscrição

Pode terminar a sua associação no nosso plano durante o **Período Anual de Inscrição** (também conhecido como o Período Anual de Inscrição Aberto). Durante este período, reveja a sua cobertura de saúde e medicamentos e decida sobre a cobertura para o próximo ano.

- **O Período de Inscrição Anual** é de **15 de outubro a 7 de dezembro**.
- **O associado pode optar por manter a sua cobertura atual ou fazer alterações à sua cobertura para o próximo ano.** Se decidir mudar para um novo plano, pode escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos:
  - Outro plano de saúde Medicare, com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
  - Original Medicare *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.
  - Original Medicare *sem* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

- Se escolher esta opção, a Medicare pode inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não aderir à inscrição automática.

Nota: Se desistir da cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável durante 63 dias ou mais, poderá ter de pagar uma penalidade de inscrição tardia na Parte D, se aderir posteriormente a um plano de medicamentos do Medicare.

- **A sua adesão terminará no nosso plano** quando a cobertura do seu novo plano começar, a 1 de janeiro.

Secção 2.2 Pode terminar a sua associação durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage

Tem a oportunidade de fazer **uma** alteração à sua cobertura de saúde durante o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage.**

- **O Período de Inscrição Aberta anual do Medicare Advantage** é de 1 de janeiro a 31 de março.
- **Durante Período de Inscrição Anual do Medicare Advantage pode:**
  - Mudar para outro Plano Medicare Advantage com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
  - Cancelar a inscrição no nosso plano e obter cobertura por meio do Original Medicare. Se optar por mudar para o Medicare Original durante este período, também poderá aderir a um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare nesse momento.
- **A sua associação terminará** no primeiro dia do mês após se inscrever noutro plano Medicare Advantage ou recebermos a sua solicitação para mudar para o Medicare Original. Se também optar por se inscrever num plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, a sua participação no plano de medicamentos começará no primeiro dia do mês após o plano de medicamentos receber a sua solicitação de inscrição.

Secção 2.3 Em certas situações, pode terminar a sua associação durante um Período de Inscrição Especial

Em certas situações, os membros do **CCA Medicare Preferred** podem ser elegíveis para terminar a sua associação noutras alturas do ano. Isto é conhecido como **Período de Inscrição Especial**.

O associado pode ser elegível para rescindir a adesão durante um Período de Inscrição Especial, se qualquer uma das seguintes situações se aplicar a si. Estes são apenas exemplos. Para obter a lista completa, pode entrar em contacto com o plano, telefonar para o Medicare ou aceder ao sítio Web do Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, quando muda de casa.
- Se tem MassHealth (Medicaid).
- Se for elegível para "Ajuda Extra" para o pagamento das suas receitas do Medicare.
- Se violarmos o nosso contrato consigo.
- Se estiver a receber cuidados numa instituição, tal como um lar de idosos ou um hospital de cuidados prolongados (LTC).
- Se se inscrever no Programa de Cuidados Integrados para Idosos (PACE).

  Nota: se estiver num programa de gestão de medicamentos, talvez não consiga mudar de plano. O Capítulo 5, Secção 10, fornece mais informações sobre os programas de gestão de medicamentos.

Os períodos de inscrição variam dependendo da sua situação.

Para saber se é elegível para um Período de Inscrição Especial, telefone para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Se for elegível para encerrar a sua associação devido a uma situação especial, poderá optar por alterar a cobertura de saúde do Medicare e a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica. Pode escolher:

- Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
- Original Medicare *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

– *ou – Original Medicare* **sem** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

Nota: Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

A sua associação termina geralmente no primeiro dia do mês após o recebimento da sua solicitação para alterar o plano.

Se receber "Ajuda Extra" do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica: Se mudar para o Medicare Original e não se inscrever num plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado pela inscrição automática.

Secção 2.4 Onde é que pode obter mais informações sobre quando pode terminar a sua associação?

Se tiver alguma dúvida sobre como terminar a sua associação, pode:

- **Telefone para o Serviço de Atendimento a Associados**.
- Pode encontrar as informações no manual ***Medicare & You 2024***.
- Contacte o **Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECÇÃO 3 Como encerra a sua associação ao nosso plano?

A tabela abaixo explica como deve encerrar a sua associação ao nosso plano.

Se pretende de mudar do nosso plano para:	Deve fazer o seguinte:
Outro plano de saúde do Medicare.	• Inscreva-se no novo plano de saúde Medicare. • A sua inscrição será automaticamente cancelada do CCA Medicare Preferred quando a cobertura do seu novo plano começar.

Se pretende de mudar do nosso plano para:	Deve fazer o seguinte:
Original Medicare *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.	• Inscreva-se no novo plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare. • A sua inscrição será automaticamente cancelada do CCA Medicare Preferred quando a cobertura do seu novo plano começar.
Original Medicare *sem* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.	• **Envie-nos um pedido por escrito para cancelar a inscrição** Contacte os Serviços de Atendimento a Associados se precisar de mais informações sobre como o fazer. • Também pode entrar em contacto com o **Medicare**, pelo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana, e solicitar o cancelamento. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. • Será retirado do CCA Medicare Preferred quando iniciar a sua cobertura no Original Medicare.

SECÇÃO 4 Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano

Até que a sua adesão termine e a sua nova cobertura Medicare comece, tem de continuar a obter os seus cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano.

- **Continue a utilizar os nossos prestadores da rede para receber cuidados médicos.**
- **Continue a utilizar as nossas farmácias da rede ou encomenda por correio para aviar as suas receitas**
- **Se for hospitalizado no dia em que a sua associação terminar, o seu internamento será coberto pelo nosso plano até receber alta** (mesmo que receba alta após o início da nova cobertura).

SECÇÃO 5 CCA Medicare Preferred tem de encerrar a sua associação ao plano em certas situações

Secção 5.1 Quando temos de encerrar a sua associação ao plano?

CCA Medicare Preferred tem de encerrar a sua associação ao plano se ocorrer alguma das seguintes situações:

- Se já não tiver o Medicare Parte A e Parte B.
- Se se mudar para fora da nossa área de serviço.
- Se estiver fora da nossa área de serviço por mais de seis meses.
  - Caso se mude ou fizer uma viagem longa, telefone para o Serviço de Apoio a Associados para saber se o local para o qual se vai mudar ou viajar está dentro da área do nosso plano.
- Se for preso (for para a prisão).
- Se já não for um cidadão dos Estados Unidos ou não tiver residência legal nos Estados Unidos.
- Se mentir ou omitir informações sobre outro seguro que tenha que forneça cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica.

- Se nos fornecer informações incorretas intencionalmente ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade relativamente ao nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se continuamente se comportar de maneira perturbadora e tornar difícil que lhe forneçamos cuidados médicos e outros membros do nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se permitir que outra pessoa use o seu cartão de associado para obter cuidados médicos. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
    - Se terminarmos a sua associação por este motivo, o Medicare poderá mandar investigar o seu caso pelo Inspetor-Geral.
- Se for obrigado a pagar o montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos e não o pagar, o Medicare irá cancelar a sua inscrição no nosso plano e perderá a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.

Onde pode conseguir mais informações?

Se tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre quando podemos rescindir a sua adesão, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

Secção 5.2 Nós não podemos pedir-lhe que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde

O CCA Medicare Preferred não tem permissão para lhe solicitar que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a sua saúde.

O que tem de fazer se isto acontecer?

Se lhe parecer que lhe está a ser solicitado que deixe o nosso plano por um motivo relacionado com a saúde, telefone para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

Secção 5.3 Tem de o direito de apresentar uma reclamação se encerrarmos a sua associação ao nosso plano

Se encerrarmos a sua associação ao nosso plano, temos de informar por escrito os nossos motivos para o ter feito. Somos obrigados também a explicar como pode registar uma reclamação ou apresentar uma reclamação sobre a nossa decisão de encerrarmos a sua associação.

CAPÍTULO 11:

Avisos legais

SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável

A principal lei que se aplica a esta *Prova de Cobertura* é o Artigo XVIII do Social Security Act [Lei da Segurança Social] e os regulamentos criados ao abrigo da Lei da Segurança Social pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid, ou CMS. Além disso, outras leis federais podem ser aplicadas e, sob certas circunstâncias, também as leis do estado em que vive. Isto pode afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo se as leis não estiverem incluídas ou explicadas neste documento.

SECÇÃO 2 Aviso sobre não discriminação

Não discriminamos com base na raça, etnia, origem nacional, cor, religião, sexo, sexo, idade, orientação sexual, deficiência mental ou física, estado de saúde, experiência de reclamações, histórico clínico, informação genética, prova de segurabilidade, ou localização geográfica dentro da área de serviço. Todas as organizações que fornecem Planos Medicare, como o nosso plano, têm de obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964, a Lei de Reabilitação de 1973, a Lei da Discriminação em função da Idade de 1975, a Lei dos Americanos com Deficiência, a Secção 1557 da Lei dos Cuidados Acessíveis, todas as outras leis que se aplicam a organizações que obtêm financiamento federal, e quaisquer outras leis e regras que se aplicam por qualquer outro motivo.

Se quiser mais informações ou tiver dúvidas sobre discriminação ou tratamento injusto, telefone para o Department of Health and Human Services [Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos] – **Office for Civil Rights** [Escritório de Direitos Civis] através do 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou no seu escritório de direitos civis local. Também pode rever informações do Gabinete de Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos em https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

A Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumpre as leis federais aplicáveis relativas a direitos civis e não discrimina com base em, nem exclui pessoas nem as trata de forma diferente por causa de condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajuda e serviços gratuitos para que pessoas com deficiência comuniquem de forma eficaz connosco, como:
  - Intérpretes qualificados de linguagem gestual
  - Informações escritas noutros formatos (impressão grande, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma principal não é o inglês, tais como:
  - Intérpretes qualificados
  - Informações escritas noutras línguas

Se precisar destes serviços, contacte os Serviços de Apoio a Associados.

Se acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. não prestou estes serviços ou discriminou de outra forma com base na condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, pode apresentar uma reclamação junto de:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Telefone: 617-960-0474, extensão. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
E-mail: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

O associado pode registar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma reclamação, o Civil Rights Coordinator estará disponível para o ajudar.

Também pode apresentar uma queixa de direitos civis no Serviço de Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), pelo portal eletrónico, Portal de Reclamações do Serviço de Direitos Civis (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponível em: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por e-mail ou telefone em:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Telefone: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Estão disponíveis formulários de reclamação em:
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Se tiver deficiência e precisar de ajuda no acesso a cuidados, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados. Se tiver uma reclamação a apresentar – por exemplo, um problema de acesso para cadeiras de rodas – o Serviço de Atendimento a Membros pode ajudar.

SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Pagador Secundário do Medicare

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos do Medicare para os quais o Medicare não é o pagador principal. De acordo com os regulamentos de CMS artigo 42 CFR secções 422.108 e 423.462, o CCA Medicare Preferred, como uma organização Medicare Advantage, irá exercer os mesmos direitos de recuperação que o Secretário exercer ao abrigo dos regulamentos CMS nas subpartes B até D da parte 411 do artigo 42 CFR e as regras estabelecidas nesta secção substituem quaisquer leis estaduais.

SECÇÃO 4 Nova tecnologia

Iremos rever regularmente novos procedimentos, dispositivos, tratamentos e medicamentos para determinar se são seguros e eficazes para os membros. Novas tecnologias consideradas seguras e eficazes são elegíveis para se tornarem Serviços Cobertos. Se a tecnologia se tornar num Serviço Coberto, estará sujeita a todos os outros termos e condições do plano, incluindo necessidade médica e qualquer copagamento, cosseguro, franquia ou outras contribuições de pagamento aplicáveis.

Qualquer dispositivo, tratamento médico, medicamento, produto ou procedimento cuja segurança e eficácia não tenham sido estabelecidas e comprovadas é considerado experimental, investigacional ou não comprovado. As terapias investigacionais ou não comprovadas não são medicamente necessários e estão excluídos da cobertura, a menos que sejam explicitamente cobertos pelo Medicare ou pelos documentos do plano do CCA.

Quando determinamos se cobriremos novas tecnologias no caso de um membro devido a circunstâncias clínicas únicas, ou porque todas as outras opções de tratamento foram esgotadas, e há razão para acreditar que a intervenção solicitada será bem-sucedida, um dos nossos Diretores Médicos faz uma determinação da

necessidade médica com base na documentação médica do membro, revendo evidências em publicações científicas e, quando apropriado, consultando um profissional com especialidade relevante ou experiência profissional relevantes.

SECÇÃO 5 Informações a pedido

Como membro do plano, tem o direito de solicitar informações sobre o seguinte:

- Informações gerais de cobertura e do plano comparativo
- Procedimentos de controlo de utilização
- Programas de melhoria da qualidade
- Dados estatísticos sobre queixas e recursos
- A condição financeira da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou de uma das suas afiliadas

CAPÍTULO 12:

Definições de palavras importantes

Centro Cirúrgico em Ambulatório – o Centro Cirúrgico em Ambulatório é uma entidade que atua exclusivamente com a finalidade de fornecer atendimento cirúrgico em ambulatório a doentes que não necessitem de internamento e cuja permanência prevista no centro não ultrapasse 24 horas.

Período de Inscrição Anual – O período de 15 de outubro a 7 de dezembro de cada ano, quando os associados podem mudar os seus planos de saúde ou de medicamentos ou mudar para o Original Medicare.

Recurso – Um recurso é uma ação que empreende se discordar da nossa decisão de negar uma solicitação de cobertura de serviços de saúde ou de medicamentos sujeitos a receita médica ou pagamento para serviços ou medicamentos que já tenha recebido. Também pode apresentar um recurso se discordar da nossa decisão de interromper os serviços que esteja a receber.

Faturação de saldos – Quando um prestador (como um médico ou hospital) fatura a um doente mais do que o montante de partilha de custos permitido pelo plano. Como membro da CCA Medicare Preferred, só terá de pagar os montantes de partilha de custos do nosso plano quando obtiver serviços cobertos pelo nosso plano. Não permitimos que os prestadores **faturem saldos** ou de outra forma lhe cobrem mais do que o montante da partilha de custos do seu plano estipula.

Período de benefício – A forma como o nosso plano e o Medicare Original medem a sua utilização de serviços hospitalares e de enfermaria especializada (EE). O período de benefício começa no dia em que ingressar num hospital ou numa enfermaria especializada. O período de benefício termina após 60 dias consecutivos sem receber qualquer atendimento como doente internado (ou atendimento especializado numa EE). Se ingressar num hospital ou enfermaria especializada após o término de um período de benefício, será iniciado um novo período de benefício. Não há limite para o número de períodos de benefício.

Produto biológico – Um medicamento sujeito a receita médica que é 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, formas alternativas são chamadas biossimilares. Os biossimilares geralmente funcionam tão bem e são tão seguros quanto os produtos biológicos originais.

Biossimilar – Um medicamento sujeito a receita médica que é considerado muito semelhante, mas não idêntico, ao produto biológico original. Os biossimilares geralmente funcionam tão bem e são tão seguros quanto o produto biológico original; no entanto, os biossimilares geralmente exigem uma nova prescrição para substituir o produto biológico original. Os biossimilares intercambiáveis cumpriram requisitos

adicionais que lhes permitem ser substituídos pelo produto biológico original na farmácia sem uma nova receita, sujeito às leis estaduais.

Medicamento de marca – Um medicamento sujeito a receita médica que é fabricado e vendido pela empresa farmacêutica que originalmente investigou e desenvolveu o medicamento. Os medicamentos de marca têm na fórmula o mesmo princípio ativo que a versão genérica do medicamento. No entanto, os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outros fabricantes de medicamentos e geralmente não estão disponíveis até que a patente do medicamento de marca tenha expirado.

Equipa de cuidados – Uma equipa que pode ser constituída pelo seu PCP, uma enfermeira médica, uma enfermeira registada, um assistente médico, ou/e um Coordenador de Serviços de Apoio Geriátrico (Geriatric Support Services Coordinator, GSSC) que são responsáveis pela coordenação de todos os seus cuidados médicos. Coordenar os seus serviços inclui verificar consigo ou consultá-lo e a outros prestadores do plano sobre os seus cuidados e como estão a correr. Consulte o Capítulo 3, Secção 2.1 para obter informações sobre a equipa de atendimento.

Fase de Cobertura Catastrófica – A fase na Parte D do Benefício de Medicamentos que começa quando o associado (ou outras partes qualificadas, em seu nome) tiverem gasto $8,000 em medicamentos cobertos da Parte D durante o ano de cobertura. Durante esta fase de pagamento, o plano pagará o custo total dos seus medicamentos da Parte D. O associado não paga nada.

Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Serviços Medicare e Medicaid] (CMS) – a agência federal que administra o Medicare.

Cosseguro – Um montante que pode ter de pagar, expresso em percentagem (por exemplo, 20%), como a sua parte do custo por serviços ou medicamentos sujeitos a receita médica, depois de pagar quaisquer franquias.

Montante combinado máximo que paga do seu bolso – Este é o máximo que pagará num ano por todos os serviços tanto de prestadores da rede (preferenciais) como de prestadores fora da rede (não preferenciais).

Trabalhador Comunitário de Saúde – o Community Health Worker (CHW) ajuda os associados a gerir os seus determinantes sociais de saúde [Social Determinants of Health, (SDH)], identificando e ligando os associados a serviços e recursos dentro das suas próprias comunidades; com uma abordagem centrada nos associados que visa tanto melhorar a saúde dos associados como fortalecer a sua independência. O SDH inclui, entre outras possibilidades, habitação, assistência pública [SNAP, SSI Cash Assistance], programas diários, ajuda para combustível e MassHealth.

Queixa – O nome formal para fazer uma queixa é **apresentar uma reclamação.** O processo de reclamação é utilizado *apenas* para determinados tipos de problemas. Tal inclui problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempo de espera e atendimento ao cliente que recebe. Também inclui reclamações se o seu plano não seguir os períodos de tempo no processo de recurso.

Instalações de Reabilitação em Ambulatório Abrangentes (CORF) – uma instalação que fornece principalmente serviços de reabilitação após uma doença ou lesão, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional e serviços de patologia da fala e linguagem, bem como serviços de avaliação do ambiente doméstico.

Copagamento – Um montante que poderá ter de pagar como parte do custo de um serviço ou provisão médica, como uma consulta médica, uma consulta externa ao hospital, ou um medicamento receitado. Um copagamento é um montante definido (por exemplo, $10), em vez de uma percentagem.

Partilha de custos – A partilha de custos refere-se aos montantes que um associado tem de pagar quando recebe os serviços ou medicamentos. A partilha de custos inclui qualquer combinação dos três tipos de pagamentos seguintes: (1) qualquer montante de franquia que um plano possa impor antes dos serviços ou medicamentos estarem cobertos; (2) qualquer montante fixo de copagamento que um plano exija quando se recebe um serviço ou medicamento específico; ou (3) qualquer montante de cosseguro, uma percentagem do montante total pago por um serviço ou medicamento, que um plano exija quando se recebe um serviço ou medicamento específico.

Nível de partilha de custos – Todos os medicamentos na lista de medicamentos cobertos encontram-se num dos 5 nível. Em geral, quanto mais alto for o nível de partilha de custos, mais elevado é o custo do medicamento.

Determinação da Cobertura – Uma decisão sobre se um medicamento sujeito a receita médica está coberto pelo plano e o valor, se houver, que tem de pagar pela receita. Em geral, se apresentar a sua receita a uma farmácia e declarar que a receita não está coberta pelo seu plano, não se trata de uma determinação de cobertura. Tem de telefonar ou escrever ao seu plano para solicitar uma decisão formal sobre a cobertura. As determinações de cobertura são denominadas decisões de cobertura neste documento.

Medicamentos cobertos – o termo que usamos para todos os medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano.

Serviços Cobertos – O termo que utilizamos nesta EOC para designar todos os serviços e materiais de saúde que são cobertos pelo nosso plano.

Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável – Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (por exemplo, de um empregador ou sindicato) que tem de pagar, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica padrão do Medicare. As pessoas que tenham este tipo de cobertura quando se tornam elegíveis para o Medicare podem manter esta cobertura sem pagar multa, se decidirem inscrever-se na cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare posteriormente.

Cuidados de custódia – os cuidados de custódia são os cuidados pessoais prestados num lar de idosos, numa unidade de cuidados paliativos ou noutra instalação quando não precisar de cuidados médicos qualificados ou cuidados em enfermaria especializada. O cuidado de custódia, prestado por pessoas que não possuem qualificação profissional ou formação, inclui ajuda nas atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se ou levantar da cama, sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, movimentar-se e usar a casa de banho. Também pode incluir o tipo de cuidados de saúde que a maioria das pessoas realizam sozinhas, como o uso de colírios. O Medicare não paga por cuidados de custódia.

Taxa diária de partilha de custos – Poderá aplicar-se uma taxa diária de partilha de custos quando o seu prestador de cuidados de saúde lhe receitar menos de um mês completo de fornecimento de certos medicamentos e for obrigado a pagar um copagamento. Uma taxa diária de partilha de custos é o copagamento dividido pelo número de dias num mês de fornecimento. Eis um exemplo: Se o seu copagamento for de $30 para um fornecimento de um mês de um medicamento, e se um fornecimento de um mês no seu plano for de 30 dias, então a sua taxa diária de partilha de custos é de $1 por dia.

Franquia – O montante que tem de pagar por cuidados de saúde ou receitas antes de o nosso plano pagar.

Cancelar a associação ou **cancelamento da associação** – o processo de encerramento da sua associação ao nosso plano.

Taxa de dispensa – Uma taxa cobrada sempre que um medicamento coberto for dispensado para pagar o custo de aviar uma receita, como o tempo do farmacêutico para preparar e embalar a receita.

Equipamento Médico Durável (EMD) – determinados equipamentos médicos solicitados pelo seu prestador de cuidados de saúde por motivos médicos. Os

exemplos incluem andarilhos, cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, produtos para diabéticos, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos de oxigénio, nebulizadores ou camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso em casa.

Emergência – Uma emergência médica é uma situação em que o associado, ou qualquer outra pessoa leiga prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, considera que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda da vida (e, se for uma mulher grávida, perda de um feto), perda de um membro ou perda de função de um membro ou impedimento grave de uma função corporal. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que esteja a piorar rapidamente.

Cuidados de emergência – serviços cobertos que são: (1) fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência; e (2) necessários para tratar, avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência.

Evidência de Cobertura (EC) e Informações de Divulgação – Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos, cláusulas adicionais ou outra cobertura opcional selecionada, que explicam a sua cobertura, o que temos de fazer, os seus direitos e o que tem de fazer como membro do nosso plano.

Exceção – um tipo de decisão de cobertura que, se aprovada, permite que obtenha um medicamento que não está no nosso formulário (uma exceção ao formulário), ou que obtenha um medicamento de marca não preferencial num nível mais baixo de partilha de custos (uma exceção de nível). O associado também pode solicitar uma exceção se o nosso plano exigir que experimente outro medicamento antes de receber o medicamento que estiver a solicitar, ou se o nosso plano limitar a quantidade ou dosagem do medicamento que estiver a solicitar (uma exceção ao formulário).

“Ajuda Extra” – Um programa do Medicare ou estadual que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar custos do programa de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, tais como prémios, franquias e cosseguro.

Medicamento genérico – Um medicamento sujeito a receita médica aprovado pela Food and Drug Administration [Agência dos Medicamentos e da Alimentação, FDA] por ter o(s) mesmo(s) ingrediente(s) ativo(s) que o medicamento de marca. Geralmente, um medicamento genérico funciona da mesma forma que um medicamento de marca e geralmente é mais barato.

Reclamação – um tipo de reclamação que o associado apresenta relativamente ao nosso plano, prestadores ou farmácias, incluindo uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento. isto não envolve litígios sobre cobertura ou pagamento.

Auxiliar de saúde ao domicílio – um auxiliar de saúde ao domicílio fornece serviços que não requerem competências de enfermagem ou competências de terapeuta licenciado, como ajuda com cuidados pessoais (por exemplo, tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou realizar exercícios prescritos).

Cuidados paliativos – um benefício que fornece tratamento especial a um associado que tenha sido medicamente certificado como doente terminal, o que significa ter uma esperança de vida de 6 meses ou menos. Nós, o seu plano, temos de fornecer-lhe uma lista de cuidados paliativos na sua área geográfica. Se escolher cuidados paliativos e continuar a pagar os prémios, continua a ser membro do nosso plano. Poderá continuar a receber todos os serviços médicos necessários, bem como os benefícios complementares que oferecemos.

Internamento Hospitalar – Uma internamento hospitalar quando tiver sido formalmente admitido no hospital para serviços médicos qualificados. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um doente de ambulatório.

Montante de Ajuste Mensal Relacionado com o Rendimento (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) –Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, tal como consta na sua declaração de IRS de há 2 anos atrás, estiver acima de um determinado montante, pagará o montante de prémio normal e um Montante de Ajuste Mensal Relacionado com o Rendimento, também conhecido como IRMAA. O IRMAA é um encargo extra adicionado ao seu prémio. Menos de 5% das pessoas com Medicare são afetadas, por isso a maioria das pessoas não pagará um prémio mais elevado.

Limite de Cobertura Inicial – O limite máximo de cobertura na Fase de Cobertura Inicial.

Fase de cobertura inicial – Esta é a fase antes de os seus custos totais de medicamentos, incluindo valores que tenha pago e o que o seu plano tenha pago em seu nome para o ano, atingirem $5,030.

Período de Inscrição Inicial – quando o associado é elegível para o Medicare pela primeira vez, o período em que pode inscrever-se no Medicare Parte a e Parte B. Se for elegível para o Medicare ao completar 65 anos, o seu período de inscrição inicial é

o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que completa 65 anos, inclui o mês em que completa 65 e termina 3 meses após o mês em que completa 65.

Montante máximo que paga do seu bolso dentro da rede – O máximo que pagará por serviços cobertos recebidos de prestadores da rede (preferenciais). Quando atingir este limite, não terá de pagar nada quando receber serviços cobertos de prestadores da rede durante o resto do ano do contrato. No entanto, até atingir o seu montante total combinado, tem de continuar a pagar a sua parte dos custos quando procura cuidados de um prestador fora da rede (não preferencial).

Lista de medicamentos cobertos (formulário ou "Lista de medicamentos") – Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo plano.

Subsídio de baixo rendimento (Low Income Subsidy, LIS) – Consulte "Ajuda Extra".

Medicaid (ou Medical Assistance [Assistência Médica]) – Um programa federal e estadual conjunto que ajuda a pagar os custos médicos de algumas pessoas com baixo rendimento e recursos limitados. Os programas estaduais do Medicaid variam, mas a maioria dos custos de saúde são cobertos no caso das pessoas que se qualificam para o Medicare e o Medicaid.

Indicação clinicamente aceite – Um uso de um medicamento que é aprovado pela FDA ou apoiado por determinados manuais de referência.

Clinicamente necessário – Serviços, produtos ou medicamentos necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e que cumprem os padrões aceites da prática médica.

Medicare – o programa de seguro de saúde federal para pessoas com 65 anos de idade ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com certas deficiências e pessoas com doença renal em estado terminal (geralmente, pessoas com insuficiência renal permanente que precisem de diálise ou transplante renal).

Período de Inscrição Aberta no Medicare Advantage – entre 1 de janeiro e 31 de março quando associados num plano Medicare Advantage podem cancelar a inscrição no plano e mudar para outro plano Medicare Advantage, ou obter cobertura através do Original Medicare. Se optar por mudar para o Medicare Original durante este período, também poderá aderir a um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare nesse momento. O período de inscrição do Medicare Advantage também está disponível durante um período de 3 meses após o indivíduo se qualificar pela primeira vez para o Medicare.

Plano Medicare Advantage (MA) – Por vezes denominado Medicare Parte C. Um plano oferecido por uma empresa privada contratada pelo Medicare para fornecer-lhe todos os benefícios do Medicare Parte a e Parte B. Um plano Medicare Advantage pode ser um i) HMO, ii) PPO, iii) plano Private Fee-for-Service (PFFS) ou um iv) plano Medicare Medical Savings Account (MSA). Além de escolher entre estes tipos de planos, um plano Medicare Advantage HMO ou PPO também pode ser um Plano de Necessidades Especiais (Special Needs Plan, SNP). Na maioria dos casos, os Planos Medicare Advantage também oferecem Medicare Parte D (cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica). Estes planos são denominados **planos Medicare Advantage com cobertura de medicamentos prescritos**.

Programa de descontos durante a ausência de cobertura do Medicare – Um programa que oferece descontos na maioria dos medicamentos de marca da Parte D cobertos aos associados da Parte D que atingiram a fase de ausência de cobertura e que ainda não estão a receber "Ajuda Extra". Os descontos são baseados em acordos entre o governo federal e certos fabricantes de medicamentos.

Serviços cobertos pelo Medicare – serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Parte B. Todos os planos de saúde Medicare devem cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Parte A e B. O termo Serviços cobertos pelo Medicare não inclui os benefícios adicionais, como visão, odontologia ou audição, que um plano Medicare Advantage pode oferecer.

Plano de saúde Medicare – Um plano de saúde Medicare é oferecido por uma empresa privada contratada pelo Medicare para fornecer os benefícios da Parte A e da Parte B a pessoas com Medicare que se inscreverem no plano. Este termo inclui todos os planos Medicare Advantage, Planos Medicare Cost, Planos de Necessidades Especiais, Programas de Demonstração/Piloto e Programas de Cuidados Completos para Idosos (PACE).

Cobertura de medicamentos com receita médica do Medicare (Medicare Parte D) – Seguro para ajudar a pagar por medicamentos sujeitos a receita médica para doentes em ambulatório, vacinas, produtos biológicos e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Parte a ou Parte B.

Apólice Medigap (Seguro de suplemento do Medicare) – Suplemento de seguro Medicare vendido por companhias de seguros privadas para preencher lacunas do Original Medicare. As apólices Medigap só funcionam com o Original Medicare. (Um Plano Medicare Advantage não é uma apólice Medigap.)

Associado (associado do nosso plano ou associado do plano) – uma pessoa com Medicare que se qualifica para obter os serviços cobertos, inscreveu-se no nosso plano

e cuja inscrição foi confirmada pelos Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Serviços Medicare e Medicaid, CMS).

Serviço de Atendimento a Membros – Um departamento dentro do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre a sua associação, benefícios, reclamações e recursos.

Farmácia da rede – uma farmácia que estabelece contrato com o nosso plano na qual os associados do nosso plano podem obter os seus benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica. Na maioria dos casos, as suas receitas são cobertas apenas se forem aviadas numa das farmácias da nossa rede.

Prestador dentro da rede – Prestador é o termo geral para designar médicos, outros profissionais de saúde, hospitais e outras instalações de saúde licenciadas ou certificadas pelo Medicare e pelo Estado para fornecerem serviços de saúde. Os **Prestadores dentro da rede** têm um acordo com o nosso plano para aceitarem o nosso pagamento como pagamento integral e, nalguns casos, para coordenarem e fornecerem serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores da rede também são denominados **prestadores do plano**.

Determinação da organização – uma decisão que o nosso plano faz sobre se determinados itens ou serviços estão cobertos ou quanto o associado tem que pagar pelos itens ou serviços cobertos. As determinações da organização são denominadas decisões de cobertura neste documento.

Original Medicare (Medicare Tradicional ou Medicare de Taxa de serviço) – O Original Medicare é oferecido pelo governo, e não é um plano de saúde privado, como os Planos Medicare Advantage e os planos de medicamentos sujeitos a receita. Nos termos do Original Medicare, os serviços do Medicare são cobertos por pagamentos a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde estabelecidos pelo Congresso. Pode consultar qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. Terá de pagar a franquia. O Medicare paga a sua parte do valor aprovado pelo Medicare e o associado paga a sua parte. O Medicare Original tem duas partes: Parte a (Seguro Hospitalar) e Parte B (Seguro Médico) e está disponível em todos os Estados Unidos.

Farmácia fora da rede – uma farmácia que não tem um acordo com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos associados do nosso plano. A maioria dos medicamentos que compra em farmácias fora da rede não é coberta pelo nosso plano, a menos que determinadas condições sejam se apliquem.

Prestador fora da rede ou instalação fora da rede – um prestador ou instalação que não tem um contrato com o nosso plano para a coordenação ou o fornecimento de serviços cobertos aos associados do nosso plano. Os prestadores fora da rede são prestadores que não são empregados pelo nosso plano, pertencentes ao nosso plano.

Despesas incorridas – Consulte a definição de partilha de custos acima. O requisito de partilha de custos de um associado para pagar uma parte dos serviços ou medicamentos recebidos é também referido como o requisito de custos de despesas incorridas pelo associado.

Plano PACE – um plano Program Program of All-inclusive Care for the Elderly [Programa de Cuidados Completos para Idosos, PACE] combina serviços médicos, sociais e cuidados continuados para pessoas frágeis, para ajudar as pessoas a permanecerem independentes e a viverem nas suas comunidades (em vez de se mudarem para um lar de idosos) o maior tempo possível. As pessoas inscritas nos planos PACE recebem os benefícios do Medicare e do Medicaid por meio do plano.

Parte C – consulte Plano Medicare Advantage (MA).

Parte D – o programa voluntário de benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

Medicamentos da Parte D – Medicamentos que podem ser cobertos ao abrigo da Parte D. Podemos ou não disponibilizar todos os medicamentos da Parte D. Determinadas categorias de medicamentos foram excluídas como medicamentos cobertos pela Parte D pelo Congresso. Determinadas categorias de medicamentos da Parte D devem ser cobertas por todos os planos.

Multa de inscrição tardia da Parte D – Um valor adicionado ao seu prémio mensal da cobertura de medicamentos do Medicare se ficar sem cobertura creditável (cobertura que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare padrão) durante um período contínuo de 63 dias ou mais após se tornar elegível para se inscrever num plano da Parte D.

Plano de Organização de Prestadores Preferenciais (Preferred Provider Organization, PPO) - Um plano de Preferred Provider Organization é um Plano Medicare Advantage que tem uma rede de prestadores contratados que concordaram em tratar os associados do plano por um montante específico como pagamento. Um plano PPO tem de cobrir todos os benefícios do plano, sejam recebidos de prestadores da rede ou de fora da rede. A partilha de custos pelos associados será geralmente mais elevada quando os benefícios do plano são recebidos de prestadores fora da rede. Os planos PPO têm um limite anual para custos que paga do seu bolso, para

serviços recebidos de prestadores da rede (preferenciais) e um limite mais elevado para os custos totais combinados que paga do seu bolso para serviços de prestadores na rede (preferenciais) e prestadores de serviços fora da rede (não preferenciais).

Prémio – O pagamento periódico ao Medicare, a uma companhia de seguros, ou a um plano de saúde para cobertura de saúde ou de medicamentos receitados.

Prestador de cuidados primários (PCP) – O médico ou outro prestador a quem recorre primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Em muitos planos de saúde Medicare, tem de consultar o seu prestador de cuidados primários antes de consultar qualquer outro prestador de cuidados de saúde.

Autorização prévia – aprovação prévia para obter serviços ou determinados medicamentos. Na parte da rede de uma PPO, alguns serviços médicos da rede são cobertos apenas se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver autorização prévia do nosso plano. Numa OPP, não é necessária autorização prévia para obter serviços fora da rede. Contudo, poderá querer verificar com o plano antes de obter serviços de prestadores fora da rede para confirmar que o serviço está coberto pelo seu plano e qual é a sua responsabilidade de partilha de custos. Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados na Tabela de Benefícios no Capítulo 4. Os medicamentos cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados no formulário.

Próteses e órteses – dispositivos médicos, incluindo, entre outro, ortóteses para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função corporal interna, incluindo fornecimentos para ostomia e terapêutica de nutrição entérica e parentérica.

Quality Improvement Organization [Organização de Melhoria da Qualidade, QIO) – Um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos doentes do Medicare.

Limites de quantidade – Uma ferramenta de gestão projetada para limitar o uso de medicamentos selecionados por motivos de qualidade, segurança ou utilização. Os limites podem ser na quantidade do medicamento que cobrimos por receita ou por um período definido.

Ferramenta de benefícios em tempo real – Um portal ou aplicação informática em que os inscritos podem procurar informações completas, precisas, atempadas, clinicamente apropriadas, específicas do inscrito e de benefícios. Isto inclui montantes de partilha de custos, medicamentos de receituário alternativos que podem ser utilizados para o mesmo estado de saúde que um determinado medicamento e restrições de cobertura (Autorização Anterior, Terapêutica por Etapas, Limites de Quantidade) que se aplicam a medicamentos alternativos.

Serviços de reabilitação – Estes serviços incluem fisioterapia, terapia da fala e da linguagem e terapia ocupacional.

Área de serviço – uma área geográfica onde deve viver para aderir a um plano de saúde específico. No caso dos planos que limitam os prestadores de cuidados de saúde e os hospitais que pode usar, geralmente é a área onde pode obter serviços de rotina (não emergenciais). O plano tem de cancelar a sua adesão caso se mude permanentemente para fora da área de serviço do plano.

Cuidados em instituição de enfermagem especializada (Skilled Nursing Facility, IEE) – serviços de enfermagem qualificados e serviços de reabilitação fornecidos continuamente, diariamente, numa instituição de enfermagem especializada. Entre os exemplos de cuidados incluem-se fisioterapia ou injeções intravenosas que só podem ser administradas por um enfermeiro ou médico registado.

Período de Inscrição Especial – Um prazo definido quando os associados podem alterar o seu plano de saúde ou de medicamentos ou regressar ao Original Medicare. As situações em que pode ser elegível para um Período de Inscrição Especial incluem: se se mudar para fora a área de serviço, se receber “Ajuda Extra” com os seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica, se se mudar para uma instituição de enfermagem ou se violarmos o nosso contrato consigo.

Plano de necessidades especiais – Um tipo especial de Plano Medicare Advantage que fornece cuidados de saúde sobretudo direcionados para grupos específicos de pessoas, como pessoas que têm Medicare e Medicaid, que residam num lar de idosos ou que tenham certas condições médicas crónicas.

Terapia por etapas – Uma ferramenta de utilização que requer que experimente primeiro outro medicamento para tratar a sua condição médica, antes de cobrirmos o medicamento que o seu médico possa ter prescrito inicialmente.

Supplemental Security Income [Subsídio de Segurança Suplementar, SSI] – Um benefício mensal pago pela Segurança Social a para pessoas com rendimentos e recursos limitados, deficientes, cegas ou com 65 anos ou mais. Os benefícios do SSI não são iguais aos benefícios da Segurança Social.

Serviços de necessidade urgente – serviços cobertos que não são serviços de emergência, prestados quando os prestadores da rede estão temporariamente indisponíveis ou inacessíveis ou quando o inscrito está fora da área de serviço. Por exemplo, precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana. os serviços devem ser imediata e medicamente necessários.

Serviços de Associados ao CCA Medicare Preferred

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE para	**833-346-9222 - As chamadas** para este número são gratuitas **Horário de funcionamento:** 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. O Serviço de Atendimento a Membros também oferece serviços gratuitos de intérprete.
TTY	711 (Rhode Island Relay) As ligações para este número são gratuitas.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Member Services Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
WEBSITE	www.ccahealthri.org

Rhode Island State Health Assistance Program (Rhode Island SHIP)
O Rhode Island SHIP é um programa estadual que recebe financiamento do governo federal para prestar aconselhamento local gratuito sobre seguros de saúde a pessoas com o Medicare.

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program – Informações de Contacto
TELEFONE	1-401-462-3000
TTY	1-401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
ESCREVER	25 Howard Ave, Building #57, Cranston, RI 02920
WEBSITE	http://www.oha.ri.gov/SHIP/

Declaração de divulgação LRP De acordo com a Lei de Redução de Papel de 1995, ninguém é obrigado a responder a uma recolha de informação a não ser que inclua um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha é 0938-1051. Se tiver comentário ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

© 2023 Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC