



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 Medicare como Membro do CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)

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 Apoio a Associados através do número 833-346-9222 (os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711). As horas são: das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Esta chamada é gratuita.

Este plano, CCA Medicare Maximum, é oferecido pela Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC. (Quando esta *Prova de Cobertura* diz “nós”, “nos” ou “nosso/a(s)”, significa Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC (CCA Health Rhode Island). Quando diz “plano” ou “o nosso plano”, significa CCA Medicare Maximum.

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

Os benefícios podem mudar 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.

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.

O CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) é um plano de saúde com um contrato da Medicare e um contrato com o programa Medicaid do Estado. A adesão depende da renovação do contrato.

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-346-9222 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-346-9222 (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 કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຍາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-866-346-9222 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬថ្នាំរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-866-346-9222 (TTY 711) ។ នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

Evidência de cobertura 2024**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Começar como membro</i>	5
SECÇÃO 1 Introdução	6
SECÇÃO 2 O que o torna elegível para ser um membro do plano?	8
SECÇÃO 3 Materiais importantes de adesão que irá receber	10
SECÇÃO 4 Os seus custos mensais para CCA Medicare Maximum	12
SECÇÃO 5 Manter o seu registo de membro do plano atualizado	15
SECÇÃO 6 Como é que os outros seguros funcionam com o nosso plano	16
CAPÍTULO 2: <i>Números de telefone e recursos importantes</i>	18
SECÇÃO 1 Contactos do CCA Medicare Maximum (Como entrar em contacto connosco, incluindo como entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros)	19
SECÇÃO 2 Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Medicare Federal)	23
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	30
SECÇÃO 7 Informações sobre programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica	32
SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board	34
SECÇÃO 9 Tem seguro de grupo ou outro seguro de saúde de um empregador?	34
SECÇÃO 10 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem	35
CAPÍTULO 3: <i>Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos</i>	36
SECÇÃO 1 O que tem de saber sobre como obter os seus cuidados médicos e outros serviços como associado do nosso plano	37
SECÇÃO 2 Use prestadores da rede do plano para obter o seu atendimento médico e outros serviços	39
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

Índice

SECÇÃO 5	Como é que os seus serviços médicos são cobertos se participar num estudo de investigação clínica?	48
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).....	54
SECÇÃO 1	Compreender os serviços cobertos	55
SECÇÃO 2	Use a <i>Tabela de Benefícios Médicos</i> para saber o que está coberto	55
SECÇÃO 3	Que serviços estão cobertos fora do CCA Medicare Maximum?	135
SECÇÃO 4	Que serviços não estão cobertos pelo plano?.....	135
CAPÍTULO 5:	<i>Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D</i>	139
SECÇÃO 1	Introdução	140
SECÇÃO 2	Avie a sua receita numa farmácia da rede ou por meio do serviço de compra pelo correio do plano.....	141
SECÇÃO 3	Os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos” do plano	146
SECÇÃO 4	Existem restrições à cobertura de alguns medicamentos	149
SECÇÃO 5	E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da maneira que pretende?	151
SECÇÃO 6	E se a sua cobertura mudar no que se refere a um dos seus medicamentos?	154
SECÇÃO 7	Que tipos de medicamentos <i>não</i> são cobertos pelo plano?	157
SECÇÃO 8	Aviar uma receita.....	158
SECÇÃO 9	Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais	159
SECÇÃO 10	Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos	161
CAPÍTULO 6:		164
	<i>O que paga pelos seus medicamentos com receita da Parte D</i>.....	164
CAPÍTULO 7:		166
	<i>Solicitar que paguemos uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos</i>.....	166
SECÇÃO 1	Situações em que deve pedir-nos para pagarmos pelos seus serviços ou medicamentos cobertos	167

Índice

SECÇÃO 2	Como pedir-nos para o reembolsar ou pagar uma conta que recebeu	169
SECÇÃO 3	Iremos considerar o seu pedido de pagamento e responder sim ou não	176
CAPÍTULO 8: <i>Os seus direitos e responsabilidades</i>.....		177
SECÇÃO 1	O nosso plano tem de respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais como associado do plano	178
SECÇÃO 2	Você tem algumas responsabilidades como membro do plano	194
CAPÍTULO 9: <i>O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)</i>		196
SECÇÃO 1	Introdução	197
SECÇÃO 2	Onde obter mais informações e assistência personalizada.....	198
SECÇÃO 3	Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar?	199
SECÇÃO 4	Lidar com problemas relativos aos seus benefícios Medicare	200
SECÇÃO 5	Guia de noções básicas sobre decisões de cobertura e recursos.....	201
SECÇÃO 6	Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura	205
SECÇÃO 7	Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso	216
SECÇÃO 8	Como solicitar cobertura de um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o médico lhe está a dar alta cedo demais.....	227
SECÇÃO 9	Como solicitar-nos para continuarmos a cobrir certos serviços médicos se lhe parecer que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo	236
SECÇÃO 10	Encaminhar o seu recurso para o Nível 3 e além.....	244
SECÇÃO 11	Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempo de espera, atendimento ao cliente ou outras questões	247
SECÇÃO 12	Lidar com problemas relativos aos seus benefícios do Medicaid	251
SECÇÃO 13	Denúncia de fraude, desperdício ou abuso	251
CAPÍTULO 10: <i>Encerrar a sua associação ao plano</i>		254
SECÇÃO 1	Introdução para rescindir a sua adesão ao nosso plano	255
SECÇÃO 2	Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano?.....	255
SECÇÃO 3	Como encerra a sua associação ao nosso plano?	259

Índice

SECÇÃO 4	Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano	261
SECÇÃO 5	O CCA Medicare Maximum tem de encerrar a sua associação ao plano em certas situações	261
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legais</i>	264
SECÇÃO 1	Aviso sobre a lei aplicável	265
SECÇÃO 2	Aviso de não discriminação	265
SECÇÃO 3	Aviso sobre os direitos de subrogação do Pagador Secundário do Medicare	267
SECÇÃO 4	Quem recebe o pagamento nos termos deste contrato	267
SECÇÃO 5	Nova tecnologia	267
SECÇÃO 6	Informação a pedido	268
SECÇÃO 7	Notificações	268
SECÇÃO 7	Avisos relativamente a certos eventos	268
CAPÍTULO 12:	<i>Definições de palavras importantes</i>	269

CAPÍTULO 1:

Começar como membro

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1	Você está inscrito em CCA Medicare Maximum, que é um plano Medicare Advantage especializado (Plano para necessidades especiais)
-------------------	--

Você está coberto pelo Medicare e pelo Medicaid:

- 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 certas deficiências e pessoas com doença renal em estado terminal (insuficiência renal).
- 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. A cobertura do Medicaid varia dependendo do estado e do seu tipo de Medicaid. Algumas pessoas com Medicaid obtêm ajuda para pagar os seus prémios Medicare e outros custos. Outras pessoas também obtêm cobertura para serviços e medicamentos adicionais que não são cobertos pelo Medicare.

Optou por obter aceder ao seu plano de saúde Medicare e Medicaid e à sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano, CCA Medicare Maximum. 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 Maximum é um plano Medicare Advantage especializado (um “Special Needs Plan” [“Plano de Necessidades Especiais” do Medicare]), o que significa que os seus benefícios são projetados para pessoas com necessidades especiais de saúde. O CCA Medicare Maximum foi criado para pessoas que têm Medicare e que também têm direito a assistência do Medicaid.

Como obtém assistência do Medicaid com os seus custos de partilha da Parte A e B do Medicare (franquias, copagamentos e cosseguro), poderá não pagar nada pelos seus serviços de cuidados de saúde do Medicare. O Medicaid também lhe pode fornecer outros benefícios cobrindo serviços de cuidados de saúde que normalmente não são cobertos pelo Medicare. Também receberá “Ajuda extra” do Medicare para pagar os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica do seu Medicare. O CCA Medicare Maximum ajudará a administrar todos estes benefícios, para que obtenha os serviços de saúde e a assistência em termos de pagamento a que tem direito.

Capítulo 1 Começar como associado

O CCA Medicare Maximum é gerido por uma organização sem fins lucrativos. Como todos os planos Medicare Advantage, este Plano de Necessidades Especiais do Medicare é aprovado pelo Medicare. O plano também tem um contrato com o programa Rhode Island Medicaid para coordenar os seus benefícios Medicaid. Temos o prazer de fornecer a sua cobertura de cuidados de saúde Medicare, incluindo a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.

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

Secção 1.2	Do que trata o documento de Prova de Cobertura?
-------------------	--

Este documento intitulado *Prova de Cobertura* informa sobre como obter os cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare. 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 como membro do CCA Medicare Maximum.

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 ficar confuso, preocupado ou tiver apenas uma pergunta, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

Secção 1.3	Informação Legal sobre a Prova de Cobertura
-------------------	--

Esta *Evidência de Cobertura* faz parte do nosso contrato consigo relativo à forma como o CCA Medicare Maximum 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*.

Capítulo 1 Começar como associado

O contrato está em vigor durante os meses em que estiver inscrito no CCA Medicare Maximum 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 mudar os custos e benefícios do CCA Medicare Maximum após 31 de dezembro de 2024. Também podemos, a partir de 31 de dezembro de 2024, optar por deixar de oferecer o plano na sua área de serviço, ou disponibilizá-lo numa área de serviço diferente.

O Medicare (os Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Serviços Medicare e Medicaid]) tem de aprovar o CCA Medicare Maximum a cada ano. 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 adesão ao nosso plano desde que:

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

Requisitos especiais de elegibilidade para o nosso plano

O nosso plano foi criado para satisfazer as necessidades de pessoas que recebem determinados benefícios do 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.) Para ser elegível para o nosso plano, tem de ser elegível para Medicare e Medicaid *OU* elegível para assistência de partilha de custos Medicare ao abrigo da Medicaid.

Tenha em atenção: Se perder a sua elegibilidade, mas puder ser razoavelmente esperado que a recupere no período de três (3) meses, então continuará a ser elegível para se inscrever no nosso plano (o Capítulo 4, Secção 2.1 informa sobre a cobertura e os custos partilhados durante um período de elegibilidade considerado continuado).

Secção 2.2 O que é o 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. A Commonwealth of Massachusetts decide o que conta como rendimentos e recursos, quem é elegível, que serviços são cobertos e o custo dos serviços. Os estados também podem decidir como executar o seu programa, desde que sigam as diretrizes federais.

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

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

Secção 2.3 Aqui está a área de serviço do plano CCA Medicare Maximum

O CCA Medicare Maximum está disponível apenas para pessoas que residam na área de serviço do plano. Para continuar a ser associado do nosso plano, tem de continuar a residir na nossa área de serviço do plano. A área de serviço encontra-se descrita abaixo. A nossa área de serviços inclui estes condados em Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence e Washington.

Capítulo 1 Começar como associado

Caso planeie mudar-se para um novo estado, também deve contactar o gabinete Rhode Island Medicaid e perguntar de que forma esta mudança irá afetar os seus benefícios Medicaid. Os números de telefone do Medicaid estão incluídos no Capítulo 2, Secção 6 deste documento.

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 as informações de contacto da Segurança Social no Capítulo 2, Secção 5.

Secção 2.4 Cidadão dos EUA ou presença legal

Um membro de um plano de saúde Medicare tem de ser cidadão americano ou ter residência legal nos Estados Unidos. O Medicare (os Centros de Serviços Medicare e Medicaid) notificará o CCA Medicare Maximum se não for elegível para permanecer um membro nesta base. Caso não cumpra este requisito, o CCA Medicare Maximum tem de cancelar a sua inscrição.

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 ID de associado sempre que obtiver serviços cobertos por este plano e medicamentos sujeitos a receita médica que pode adquirir nas farmácias da rede. Também deve mostrar ao fornecedor o cartão Medicaid.

Aqui está um exemplo de cartão de adesão para mostrar como será o seu:



Capítulo 1 Começar como associado

NÃO use o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul para serviços médicos cobertos enquanto for um membro deste plano. Se usar o seu cartão Medicare em vez do cartão de adesão de CCA Medicare Maximum, poderá ter que pagar o custo total dos serviços médicos por conta própria. 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 identificação de associado 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. Os *prestadores da rede* são prestadores e outros profissionais de saúde, grupos médicos e fornecedores de equipamento médico duradouro, hospitais e outras unidades de cuidados de saúde que têm um acordo connosco para aceitar o nosso pagamento e qualquer partilha de custos do plano como pagamento integral.

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

O diretório de prestadores e farmácias lista as farmácias da nossa rede. As **farmácias da rede** são todas as farmácias que concordaram em aviar receitas cobertas aos membros do nosso plano. Utilize o *Diretório de Prestador e Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que pretende utilizar. Consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para obter informações sobre quando pode utilizar farmácias que não estão na rede do plano.

A lista de prestadores 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 (Formulário) do plano

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)*. Chamamos-lhe “Lista de Medicamentos”, para abreviar. Informa que medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D são cobertos pelo benefício da Parte D incluído no CCA Medicare Maximum. Os medicamentos desta lista são seleccionados 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 Medicare” Maximum da CCA.

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 CCA Medicare Maximum

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 4.3)
- Montante do ajuste mensal relacionado como rendimento (Secção 4.4)

Secção 4.1 Prémio do plano

Você não paga um prémio de plano mensal separado para o CCA Medicare Maximum.

Secção 4.2 Prémio mensal Medicare Parte B

Muitos associados têm de pagar outros prémios Medicare

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

Se o Rhode Island Medicaid não estiver a pagar os seus prémios do Medicare, tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare para permanecer 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
-------------------	--

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

O associado **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.

Capítulo 1 Começar como associado

- **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 websites de desconto para medicamentos.

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

- Primeiro conte o número de meses completos nos quais adiou a inscrição num plano de medicamentos Medicare após ser elegível para inscrição. Ou conte o número de meses completos em que não teve cobertura creditável de medicamentos sujeitos a receita médica se a interrupção da cobertura tiver sido de 63 dias ou mais. A penalização é 1% por cada mês 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, você ou o seu representante pode pedir uma revisão. De uma forma geral, tem de fazer o pedido desta revisão **nos 60 dias** a contar da data da primeira carta que recebeu indicando que tem de pagar uma penalização por inscrição tardia. No entanto, se estava a pagar uma penalização antes de aderir ao nosso plano, poderá não ter outra oportunidade para pedir uma revisão dessa penalização por inscrição tardia.

Secção 4.5	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	Manter o seu registo de membro do plano atualizado
-----------------	---

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

Capítulo 1 Começar como associado

Os médicos, 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 ou parceiro, 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 estiver a participar num estudo de investigação clínica (**Nota:** não é obrigado a informar o seu plano sobre os estudos de investigação clínica nos quais pretende participar, mas encorajamo-lo a fazê-lo).

Se alguma destas informações 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 as informações de contacto da Segurança Social no Capítulo 2, Secção 5.

SECÇÃO 6 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**.

Capítulo 1 Começar como associado

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 você 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 você 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
- Indemnização de trabalhadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de telefone e recursos importantes

SECÇÃO 1 Contactos do CCA Medicare Maximum

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

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

Para obter ajuda em caso de sinistros, cobranças ou dúvidas sobre o cartão de identificação de membro, ligue ou escreva para o Serviço de Atendimento a Membros

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE para	1-833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Os Serviços para Associados também oferecem serviços de intérprete gratuitos disponíveis para pessoas que não falam inglês.
TTY	711 As ligações para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Departamento de Serviço de Atendimento a Membros 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	www.ccahealthri.org

CCA Medicare Maximum. Teremos satisfação em ajudá-lo.

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 para	1-833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. O Serviço de Atendimento a Membros também oferece serviços gratuitos de intérprete.
TTY	711 As chamadas 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 Recursos e Reclamações 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	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 para	1-833-346-9222 As chamadas para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
TTY	711 As ligações para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	857-453-4517
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Appeals and Grievances Department 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB MEDICARE	Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Medicare Maximum diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação online ao Medicare, aceda a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Para onde enviar uma solicitação de pagamento dos custos de cuidados médicos ou de um medicamento que tenha recebido

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

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

Método	Solicitações de pagamento – Informações de contacto
TELEFONE para	1-833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
TTY	711 As ligações para este número são gratuitas. das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	617-426-1311
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Departamento de Serviço de Atendimento a Membros 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB	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 para	1-800-MEDICARE ou 1-800-633-4227 As chamadas 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
SÍTIO WEB	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 domiciliar 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 do Medicare: Fornece informações sobre o estado de elegibilidade ao Medicare. • Localizador de plano Medicare: Fornece informações personalizadas sobre planos de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, planos de saúde Medicare e apólices Medigap (Medicare Supplement Insurance) na sua área. Estas ferramentas disponibilizam uma <i>estimativa</i> de quais poderão ser os seus custos de desembolso em diferentes planos Medicare.

Método	Medicare – Informações de contacto
WEBSITE (continuação)	Também pode usar o sítio Web para informar o Medicare sobre quaisquer reclamações que tenha sobre o CCA Medicare Maximum: • Informe o Medicare sobre a sua reclamação: Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Medicare Maximum diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação ao Medicare, aceda a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O Medicare leva as suas reclamações a sério e usará essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare. Se não tiver um computador, a sua biblioteca local ou centro sénior pode ajudá-lo a aceder a este sítio Web usando o computador. 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 ligar para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.)

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

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

O Rhode Island SHIP 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 SHIP 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 Rhode Island 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> (Clique em LOCALIZADOR DE ENVIO no meio da página)
- Pode seleccionar o seu **ESTADO** na lista. Fazê-lo irá abrir uma página com números de telefone e recursos específicos para o seu estado.

Método	Programa Estadual de Assistência de Seguros de Saúde de Rhode Island (SHIP) – Informações de contacto
TELEFONE para	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, BLDG 57, Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	www.oha.ri.gov

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.
- Acha que a cobertura para o seu internamento vai terminar demasiado cedo.
- Considera que os seus serviços de cuidados de saúde ao domicílio, cuidados prestados por uma instalação de enfermagem especializada ou serviços em instalação abrangente de reabilitação em ambulatório (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) estão a terminar demasiado cedo.

Método	KEPRO (Rhode Island's Quality Improvement Organization) – Informações de Contacto
TELEFONE para	1-888-319-8452 Das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira das 11 am às 3 pm, de sábado a domingo. O serviço de correio de voz está disponível 24 horas por dia. Estão disponíveis serviços de tradução para beneficiários e cuidadores que não falem inglês.
TTY	711
ESCREVER	KEPRO 5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SÍTIO WEB	www.keproqio.com/

SECÇÃO 5 Segurança Social

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

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

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

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

SECÇÃO 6 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.

Além disso, existem programas oferecidos pelo Medicaid que ajudam pessoas com Medicare a pagar os seus custos do Medicare, como os prémios do Medicare. Estes “Medicare Savingx Programs ajudam pessoas com rendimentos e recursos limitados a poupar dinheiro a cada ano:

Se tiver dúvidas sobre a assistência que obtém do Medicaid, pode entrar em contacto com o Rhode Island Medicaid.

Método	Rhode Island Medicaid – Informações de contacto Departamento Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS)
TELEFONE para	1-401-462-5274 7:00 a.m. às 7:00 p.m, de segunda a sexta-feira.
TTY	711
ESCREVER	3 W Rd., Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	http://www.eohhs.ri.gov/

Capítulo 2 Números de telefone e recursos importantes

A Rhode Island Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) contrata a Rhode Island Parent Information Network (RIPIN) para prestar serviços de Provedoria através do programa Ombudsman da Integrated Care Initiative (ICI). O programa ICI Ombudsman [Provedor de Justiça] ajuda as pessoas inscritas no Medicaid que têm problemas com o serviço ou a faturação. O programa pode ajudá-lo a registar uma reclamação ou a apresentar um recurso sobre o nosso plano.

Método	Rhode Island Parent Information Network – Informações de contacto
TELEFONE para	401-270-0101 Das 8 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	711
ESCREVER	300 Jefferson Boulevard, Suite 300, Warwick, RI 02888 E-mail: info@crine.org
SÍTIO WEB	https://ripin.org

O Programa de Provedor de Justiça de Cuidados de Longo Prazo Rhode Island (RISLTCOP) ajuda as pessoas a obter informações sobre lares de idosos e a resolver problemas entre os lares e os residentes ou as suas famílias.

Método	Programa de Ombudsman de Cuidados de Longo Prazo do Estado de Rhode Island – Informações de Contacto
TELEFONE para	1-888-351-0808 Disponível das 9 am às 5 pm, de segunda a sexta-feira.
TTY	711
ESCREVER	422 Post Road, Suite 204, Warwick, RI 02888
SÍTIO WEB	www.alliancebltc.org

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

O website 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

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

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

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

Se lhe parece que está a pagar um valor incorreto de custos partilhados ao aviar a sua receita numa farmácia, o nosso plano tem um processo para solicitar assistência para obter evidência do seu nível de coparticipação adequado ou, se já tiver a evidência, para nos fornecer essa prova.

- Ligue para os Serviços de Apoio a Associados para mais informações ou ajuda.
- 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 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 a SIDA Ryan White 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, ligue para o programa de Assistência a Medicamentos para a SIDA Ryan White Rhode Island através do número 401-222-5960, de segunda a sexta-feira, das 8:30 am às 4:30 pm.

SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board

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

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

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

Se você (ou seu cônjuge ou parceiro) obtiver benefícios do seu empregador (ou do seu cônjuge ou parceiro) 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 do seu cônjuge ou parceiro) 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 parceiro) ou grupo de reformados, entre em contacto com o **administrador de benefícios desse grupo**. O administrador de benefícios pode ajudá-lo a determinar como é que a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica atual irá funcionar com o nosso plano.

SECÇÃO 10 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem

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

Método	Linha de Aconselhamento de Enfermagem – Informações de contacto
TELEFONE para	833-346-9222 As chamadas 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

CAPÍTULO 3:

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

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

SECÇÃO 1 O que tem de saber sobre como obter os seus cuidados médicos e outros serviços como associado do nosso plano

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

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

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

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

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

Como plano de saúde Medicare, o CCA Medicare Maximum tem de cobrir todos os serviços cobertos pelo Original Medicare e pode oferecer outros serviços além dos cobertos pelo Original Medicare, conforme indicado no Capítulo 4.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

O CCA Medicare Maximum cobrirá geralmente os seus cuidados médicos, desde que:

- **O atendimento que receber esteja incluído na Tabela de Benefícios Médicos** do plano (esta tabela está no Capítulo 4 deste documento).
- **O atendimento que receber seja considerado medicamente necessário.** Medicamente necessário significa que os serviços, produtos, equipamento ou medicamentos são necessários para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento da sua condição médica e satisfazem os padrões aceites da prática médica.
- **Você tem um prestador de cuidados primários (um PCP) que fornece e supervisiona os seus cuidados.** Como membro do nosso plano, tem de escolher um PCP da rede (para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 2.1 neste capítulo).
 - Não são necessárias recomendações do seu PCP para cuidados de emergência ou serviços necessários com urgência. Existem também outros tipos de cuidados que pode obter sem obter aprovação prévia do seu PCP (para mais informações, consulte a Secção 2.2 deste capítulo).
- **Tem de receber os seus cuidados de um prestador da rede** (para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 2 neste capítulo). Na maioria dos casos, os cuidados que recebe de um prestador fora da rede (um prestador que não faz parte da rede do nosso plano) não serão cobertos. Isto significa que terá de pagar ao prestador na totalidade pelos serviços prestados. *Apresentamos três exceções:*
 - O plano cobre atendimento de emergência ou serviços de necessidade urgente que obtenha de um prestador fora da rede. Para obter mais informações sobre esta matéria e para saber o que significam serviços de emergência ou de necessidade urgente, consulte a Secção 3 deste capítulo.
 - Se precisar de cuidados médicos que o Medicare exige que o nosso plano cubra, mas não existirem especialistas na nossa rede que possam fornecer estes cuidados, pode obter os cuidados de um prestador fora da rede. É necessário que o plano autorize o atendimento que recebe de um prestador fora da rede antes de procurar atendimento. Nesta situação, cobriremos estes serviços sem nenhum custo para si. Para obter informações sobre como obter aprovação para consultar um prestador de cuidados fora da rede, consulte a Secção 2.4 neste capítulo.
 - O plano cobre os serviços de diálise renal que obtenha numa unidade de diálise certificada pelo Medicare quando estiver temporariamente fora da

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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.

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

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

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

O seu prestador de cuidados primários é 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 cuidados primários licenciado, um enfermeiro, um assistente médico ou um especialista em saúde feminina que satisfaça os requisitos do estado e tenha formação para lhe fornecer cuidados médicos gerais abrangentes.

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 sua equipa de cuidados pode incluir o seu PCP, parceiro de cuidados e outros, conforme apropriado. Coordenar os seus serviços inclui pedir-nos autorização prévia quando apropriado e verificar consigo ou consultá-lo, assim como a outros prestadores do plano, sobre os seus cuidados e como estão a correr.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

Como escolhe o seu PCP?

Cada um dos nossos membros tem de ter um prestador de cuidados primários (PCP) que tenha acordo com o nosso plano. Quando se inscrever no nosso plano, tem de seleccionar um PCP.

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

Se quiser mudar de PCP, ligue para o Serviço de Atendimento a Membros. Se a mudança de PCP for para um grupo diferente de prática médica, entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte após a solicitação ser feita; no entanto, se a mudança de PCP ocorrer dentro de uma clínica/um consultório de cuidados primários, a mudança pode entrar em vigor mais rapidamente. Irá receber um novo cartão de identificação de membro que mostra esta alteração.

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

Secção 2.2**Que tipo de atendimento médico e outros serviços pode obter sem recomendação do seu PCP?**

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

- Saúde de rotina para mulher, que inclui exames de mama, mamografias de rastreamento (radiografias da mama), testes de Papanicolaou e exames pélvicos, desde que os obtenha de um prestador da rede.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

- Vacinas contra a gripe, vacinas contra a COVID-19, vacinas contra a hepatite B e vacinas contra a pneumonia, desde que as obtenha de um prestador da rede.
- Serviços de emergência de prestadores da rede ou de prestadores fora da rede.
- Serviços de necessidade urgente são serviços cobertos que não são serviços de emergência, prestados quando os prestadores 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 diálise renal que obtenha numa instalação de diálise certificada pelo Medicare quando estiver temporariamente fora da área de serviço do plano. (Se possível, contacte o Serviço de Apoio a Associados antes de sair da área de serviço, para que possamos tomar providências para realizar diálise de manutenção enquanto estiver fora).
- Para obter mais informações sobre os serviços que não requerem autorização prévia (aprovação prévia), consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4, **Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)**.

Secção 2.3	Como obter atendimento de especialistas e de outros prestadores 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 pacientes com cancro
- Os cardiologistas cuidam de pacientes com problemas cardíacos
- Os ortopedistas cuidam de pacientes com determinadas condições ósseas, articulares ou musculares

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

Os PCP do plano e os dentistas dispõem de determinados especialistas que usam para encaminhamentos, embora você esteja coberto por qualquer especialista que faça parte da nossa rede. Se houver especialistas específicos que pretenda consultar,

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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 2.1 neste capítulo. Também pode telefonar para o Serviço de Apoio a Associados 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 Maximum, será encaminhado a hospitais contratantes 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.

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

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. Você ou o seu prestador podem perguntar ao plano antes de um serviço ser prestado se o plano irá cobri-lo. Você 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, você ou o seu prestador, têm o direito de recorrer da nossa decisão de não cobrirmos os seus cuidados. Capítulo 8 (**O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**) contém mais informações sobre o que fazer se quiser uma decisão de cobertura nossa ou quiser recorrer de uma decisão que já tomamos.

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

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

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

- Mesmo que a nossa rede de prestadores mude durante o ano, o Medicare exige que lhe forneçamos acesso ininterrupto a prestadores de cuidados de saúde e especialistas qualificados.
- 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 submetido a tratamento médico ou a terapias com o seu atual prestador, tem o direito de solicitar que o tratamento ou terapias medicamente necessários que está a receber continuem.
- Iremos fornecer-lhe informações sobre os diferentes períodos de inscrição disponíveis e opções que possa ter para alterar planos.
- Iremos providenciar qualquer benefício coberto clinicamente necessário fora da nossa rede de prestadores, mas com partilha de custos dentro da rede, quando um prestador ou benefício dentro da rede estiver indisponível ou inadequado para satisfazer as suas necessidades médicas.
- Se souber que o seu prestador de cuidados de saúde ou especialista vai deixar o plano, entre em contacto connosco para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo prestador para gerir os seus cuidados.
- Se considerar que não lhe disponibilizámos um prestador qualificado para substituir o seu prestador anterior ou que o seu atendimento não está a ser administrado de forma adequada, tem o direito de registar uma reclamação sobre cuidados ao QIO, uma queixa sobre a qualidade dos cuidados ao plano ou ambos. Consulte o Capítulo 8.

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

Os cuidados que receber de prestadores fora da rede não serão cobertos a menos que os cuidados cumpram uma das três exceções descritas na Secção 1.2 deste capítulo. Para obter informações sobre como obter cuidados fora da rede quando tiver uma necessidade médica de emergência ou de cuidados urgentes, consulte a Secção 3 neste capítulo.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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 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 lugar nos Estados Unidos ou nos seus territórios, e de qualquer prestador com uma licença estadual adequada, mesmo que não faça parte da nossa rede. O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios. 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. Para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4 desta brochura.
- **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. Você ou outra pessoa deve contactar-nos para nos informar sobre o seu atendimento de emergência, geralmente dentro de 48 horas. O Serviços de Apoio a Associados podem ser contactados através do número 833-346-9222 (**TTY 711**), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

O que está coberto se tiver uma emergência médica?

Pode obter atendimento médico de emergência coberto sempre que precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou nos seus territórios. O nosso plano também cobre serviços de emergência mundiais, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios.

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

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

Após o término da emergência, tem direito a serviços de acompanhamento para ter a certeza de que a sua condição permanece estável. Os seus prestadores de cuidados de saúde continuarão a tratá-lo até que nos contactem e façam planos para cuidados adicionais. Os seus cuidados de seguimento serão cobertos pelo nosso plano. Se o seu atendimento de emergência for fornecido por prestadores fora da rede, tentaremos que os prestadores da rede assumam os seus cuidados assim que a sua condição médica e as circunstâncias o permitirem.

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 você acreditar que a sua saúde corria sério risco, cobriremos o seu atendimento.

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

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

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos**Secção 3.2 Receber atendimento em caso de necessidade urgente****O que é um serviço de necessidade urgente?**

Um serviço de necessidade urgente é uma situação de não emergência que requer cuidados médicos imediatos, mas, dadas as suas circunstâncias, não é possível ou não razoável obter estes serviços de um prestador 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.

Incentivamo-lo a contactar o Serviço de Atendimento a Membros através do 833-346-9222 (TTY 711) e a seleccionar 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 a nível global, incluindo transporte de emergência e cuidados necessários com urgência, fora dos Estados Unidos e os seus territórios. Para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4.

Secção 3.3 Obter cuidados durante um desastre

Se o Governador de Rhode Island, 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.

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

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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 por serviços cobertos

Se pagou pelos seus serviços cobertos, ou se recebeu uma conta por serviços médicos cobertos, consulte o Capítulo 7 (*Solicitar que paguemos uma conta que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos*) para obter informações sobre o que fazer.

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

O CCA Medicare Maximum 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. Quaisquer montantes que pague depois de ter atingido a limitação de benefícios não contam para o seu desembolso máximo anual. (Consulte o Capítulo 4 para obter mais informações sobre o desembolso máximo do seu plano.)

Se tiver alguma dúvida sobre se pagaremos por algum serviço ou cuidado médico que esteja a considerar, tem o direito de nos perguntar se o cobriremos antes de o obter. Também tem o direito de solicitar essa informação por escrito. Se informarmos que não cobriremos os seus serviços, tem o direito de recorrer da nossa decisão de não cobrirmos os seus cuidados. Capítulo 8 (**O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**) contém mais informações sobre o que fazer se quiser uma decisão de cobertura nossa ou quiser recorrer de uma decisão que já tomamos. Também pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros para obter mais informações.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

Também recebe alguns serviços cobertos através do programa Rhode Island Medicaid. Deverá verificar se um serviço está coberto pela Medicaid se não estiver coberto pelo nosso plano.

Se tiver pago serviços cobertos pela Medicaid, ou se tiver recebido uma fatura por serviços médicos cobertos pela Medicaid, consulte o Capítulo 2 (**Números de telefone e recursos importantes**) para obter informações sobre como contactar a Rhode Island Medicaid.

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 você 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.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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** precisam de fazer parte da rede de prestadores do nosso 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 em caso de um internamento hospitalar que o Medicare pagaria mesmo se não estivesse num estudo
- Uma operação ou outro procedimento médico se fizer parte do estudo de investigação
- Tratamento de efeitos colaterais e complicações do novo cuidado

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

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

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

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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 você 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.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

- 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 prévia do nosso plano antes de ser admitido nas instalações ou a sua estadia não será coberta.

Não há limite de cobertura para este benefício. Você não paga pelos seus serviços autorizados. Para obter mais informações, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4.

SECÇÃO 7 Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis

Secção 7.1	Você ficará com o equipamento médico durável depois de fazer um certo número de pagamentos de acordo com o nosso 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 Maximum, no entanto, normalmente não adquirirá a propriedade de itens de EMD 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 EMD 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 Atendimento a Associados.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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.

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 a cobertura de equipamento de administração de oxigénio do Medicare:

- 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 deixar o CCA Medicare Maximum ou deixar de precisar de equipamento de administração de oxigénio do ponto de vista médico, o equipamento de administração de oxigénio terá de ser devolvido.

Capítulo 3 Usar o plano para obter os seus serviços médicos e outros serviços cobertos

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 coparticipação 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)

SECÇÃO 1 Compreender os serviços cobertos

Este capítulo fornece uma Tabela de Benefícios Médicos que lista os seus serviços cobertos a que tem direito como associado do CCA Medicare Maximum. Mais adiante neste capítulo, pode encontrar informações sobre serviços médicos que não são cobertos. Também explica os limites de determinados serviços.

Secção 1.1 Você não paga pelos seus serviços cobertos

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

Secção 1.2 Qual é o máximo que irá pagar pelos serviços médicos cobertos Medicare Parte A e Parte B?
--

Nota: Uma vez que os nossos membros também obtêm assistência da Medicaid, muito poucos membros chegam a este montante máximo. Você não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos de desembolso para o montante máximo de desembolso para serviços cobertos da Parte A e Parte B.

Como está inscrito num Plano Medicare Advantage, existe um limite para o montante de custos de desembolso que tem de pagar anualmente pelos serviços médicos que são cobertos pelo nosso plano. Este limite é designado por montante máximo de desembolso (MOOP) para serviços médicos. Para o ano civil de 2024, este montante é de \$0.

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

Secção 2.1 Os seus benefícios médicos enquanto membro do plano
--

A Tabela de Benefícios Médicos nas páginas a seguir lista os serviços que o CCA Medicare Maximum cobre. A cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D encontra-se 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.

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

- Os seus serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, produtos, equipamento e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B) *têm* de ser medicamento necessários. Medicamento necessário significa que os serviços, produtos ou medicamentos são necessários para a prevenção, o diagnóstico ou o tratamento da sua condição médica e satisfazem os padrões aceites da prática médica.
- Você recebe os seus cuidados de um prestador da rede. Na maioria dos casos, os cuidados que recebe de um prestador fora da rede não serão cobertos, a menos que sejam cuidados emergentes ou urgentes ou que o seu plano ou um prestador da rede lhe tenha indicado um encaminhamento. Isto significa que terá de pagar ao prestador na totalidade pelos serviços prestados.
- Você tem um prestador de cuidados primários (um PCP) que fornece e supervisiona os seus cuidados.
- Alguns dos serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos *apenas* são cobertos se o seu prestador ou outro prestador da rede obtiver a nossa aprovação prévia (por vezes chamada autorização prévia). Os serviços cobertos que precisam de aprovação prévia estão marcados na Tabela de Benefícios Médicos em itálico.

Outras coisas importantes a saber sobre a nossa cobertura:

- Você está coberto pelo Medicare e pelo Medicaid. O Medicare cobre cuidados de saúde e medicamentos sujeitos a receita médica. A Medicaid cobre a sua partilha de custos de serviços Medicare, incluindo serviços hospitalares de internamento, instituições de enfermagem qualificadas e muito mais. A Medicaid também cobre serviços que a Medicare não cobre, como a saúde diária de adultos.
- Como todos os planos de saúde Medicare, cobrimos tudo o que o Original Medicare cobre. (Se quiser saber mais sobre a cobertura e custos do Original Medicare, procure no seu manual *Medicare & You 2024*. Consulte-o online em www.medicare.gov ou peça uma cópia telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048.)
- Também cobrimos sem nenhum custo para si todos os serviços preventivos cobertos sem custos pelo Original Medicare.
- Se o Medicare adicionar cobertura para novos serviços durante 2024, o Medicare ou o nosso plano cobrirá esses serviços.

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

- Se estiver dentro do período de 3 meses de elegibilidade considerado continuado do nosso plano, continuaremos a fornecer todos os benefícios do Medicare cobertos pelo plano Medicare Advantage. Durante este período, coordene-se, por favor, com o escritório do Medicaid de Rhode Island para garantir a sua elegibilidade contínua no Medicaid. Os valores de partilha de custos do Medicare para benefícios básicos e suplementares do não mudam durante este período.

Se não for elegível para a assistência de partilha de custos ao abrigo do medicaid, não paga pelos serviços listados na Tabela de Benefícios, desde que satisfaça os requisitos de cobertura descritos acima.

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 Pessoas com Doenças Crónicas” 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 tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio de aneurisma da aorta abdominal Um único rastreio por ultrassons para pessoas em risco. O plano cobre apenas este rastreio se tiver determinados fatores de risco e se obtiver um encaminhamento para tal do seu médico, médico assistente, enfermeiro-chefe ou enfermeiro especializado.	Você paga \$0. Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para este rastreio de prevenção.
Acupuntura para dor lombar crónica Os serviços cobertos incluem: 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: • Com duração de 12 semanas ou mais; • não específica, pois não tem causa sistémica identificável (ou seja, não está associada a doença metastática, inflamatória, infecciosa, etc.); • não está associada a cirurgia; e • não associada à gravidez. Serão cobertas oito sessões adicionais para os pacientes que demonstrem uma melhoria. Não podem ser administrados anualmente mais do que 20 tratamentos de acupuntura.	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
O tratamento tem de ser interrompido se o paciente 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. Assistentes médicos (AM), enfermeiras (ENF)/especialistas em enfermagem clínica (EEC) (conforme identificados em 1861(aa)(5) 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. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
A CCA cobre consultas adicionais de acupuntura como um benefício suplementar. O plano cobre até 12 consultas suplementares de acupuntura no total por ano civil, a menos que autorizado de forma diferente pelo plano. As 12 sessões não são adicionais às 20 sessões cobertas acima se estiver a receber serviços de acupuntura para dor lombar. Os serviços cobertos são oferecidos através da American Specialty Health (ASH). Máximo de 20 consultas por ano com prestadores da rede ASH. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador 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 apenas se forem fornecidos a um membro cuja condição médica seja tal que outros meios de transporte possam colocar em perigo a saúde da pessoa ou se autorizado pelo plano. Se os serviços de ambulância cobertos não se destinarem a uma situação de emergência, 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.	Serviços terrestres de ambulância: Você paga \$0. Serviços aéreos de ambulância: Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia para transporte de ambulância não coberto pela Medicare e para viagens não urgentes que excedam as 50 milhas</i>

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Exame físico anual Cobertos uma vez por ano. Um exame realizado por um prestador de cuidados primários, enfermeiro ou assistente clínico. 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 de bem-estar anual. Recompensa na forma de consulta anual de bem-estar Uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual qualificam-se para uma recompensa de \$25 por ano após a conclusão da consulta. Consultas rotineiras com o PCP, como seguimento ou consulta médica, não se qualificam para a recompensa. As recompensas ganhas serão adicionadas ao seu cartão Healthy Savings para utilização em retalhistas de rede de medicamentos sem receita médica (over-the-counter, VSRM) aprovados. Isto pode demorar vários meses a ser carregado. Para ganhar esta recompensa, deve fazer uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual. Qualquer tipo de consulta anual é mais longo do que as consultas de rotina do PCP. Durante uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual, você e o seu prestador farão uma revisão detalhada da sua saúde geral. O seu prestador tem de faturar à CCA o seu exame para que a sua recompensa seja processada e aplicada ao seu 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. Cobertura uma vez por ano.	Você paga \$0. Se tiver recebido um exame de qualificação do seu PCP, pode receber até \$25 de recompensa no seu cartão Healthy Savings por ano civil após o prestador faturar ao CCA pelo serviço.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Consulta anual de bem-estar Se beneficiou da Parte B por mais de 12 meses, pode fazer uma consulta anual de bem-estar para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base na sua saúde atual e 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 Medicare 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.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da consulta anual de bem-estar.
 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.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso da medição da massa óssea coberta pelo Medicare.

Os serviços cobertos incluem:

- Você paga \$0.

Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de mamografias de rastreio cobertas.

Os programas abrangentes de serviços de reabilitação cardíaca que incluem exercícios, educação e aconselhamento são cobertos para associados que satisfaçam a determinadas condições mediante pedido de um prestador de cuidados de saúde. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca que são normalmente mais rigorosos ou mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca.

Paga \$0 para serviços cardíacos e de reabilitação cardíaca intensiva.

É necessária autorização prévia.



Cobrimos uma consulta por ano com o seu prestador de cuidados primários para ajudar a reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Durante esta consulta, o seu prestador de cuidados primários 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.

Você paga \$0.

Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do benefício de terapia preventiva intensiva de doenças cardiovasculares.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Exames de doença cardiovascular Exames de sangue para a deteção de doenças cardiovasculares (ou anormalidades associadas a um risco elevado de doenças cardiovasculares) uma vez a cada 5 anos (60 meses).	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de exames de doenças cardiovasculares que são cobertos uma vez a cada 5 anos.
 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	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de exames preventivos de Papanicolau e pélvicos cobertos pelo Medicare.
Serviços de quiropraxia Os serviços cobertos incluem: Cobrimos apenas a manipulação manual da coluna para corrigir a subluxação.	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 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. • 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.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de um exame de rastreio de cancro colorretal coberto pelo Medicare.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços dentários <u>Serviços dentários cobertos pela Medicare</u> 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. 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 <u>dentários preventivos e abrangentes não Medicare:</u> <u>Serviços dentários de prevenção:</u> • Os exames orais e limpezas profiláticas periódicos são pagos duas vezes por ano civil. • Os exames orais completos são pagos uma vez por cada período de 3 anos.	<u>Serviços dentários cobertos pela Medicare:</u> 20% de cosseguro Não medicare: Máximo anual de \$4.000 para cuidados dentários preventivos e abrangentes (não Medicare) \$0 de copagamento para todos os serviços abrangidos dentro da rede Depois de esgotado o máximo anual, o seu prestador de serviços pode submeter ao Rhode Island Medicaid para cobertura adicional, sujeita às diretrizes de cobertura da Medicaid. Quaisquer encargos por serviços ou materiais dentários não cobertos são da sua responsabilidade. <i>É necessária autorização prévia para os seguintes serviços dentários abrangentes:</i> • Não rotineiro • Serviços de Endodontia

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
•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. <u>Serviços dentários abrangentes:</u> • 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. Para mais detalhes sobre os benefícios dentários cobertos, consulte a tabela de Benefícios Dentários Cobertos após esta Tabela de Benefícios Médicos.	• Prostodontia, Outra Cirurgia Oral/Maxilofacial, Outros Serviços incluindo implantes

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreo de depressão Cobrimos um rastreo da depressão por ano. O rastreo tem de ser realizado num ambiente de cuidados primários que possa fornecer tratamento de seguimento e/ou encaminhamentos.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de uma consulta de rastreo de depressão anual.
 Rastreo da diabetes Cobrimos este rastreo (incluindo testes da glicémia em jejum) se tiver qualquer um dos fatores de risco seguintes: pressão arterial elevada (hipertensão), historial de níveis de colesterol e de triglicéridos anormais (dislipidemia), obesidade ou um historial de nível elevado de açúcar no sangue (glicémia). Os exames também podem ser incluídos se satisfizer outros requisitos, como excesso de peso e historial familiar de diabetes. Com base nos resultados destes exames você, pode ser elegível para até dois exames à diabetes a cada 12 meses.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de testes de rastreo da diabetes cobertos pelo Medicare.
 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.	Materiais para diabéticos: Você paga \$0. Calçado/palmilhas para diabéticos: Você paga \$0. Formação em autogestão da diabetes: Você paga \$0. Rastreo do glaucoma: Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
• 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. • Verificação de 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, 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	É necessária autorização prévia para os fabricantes não preferenciais de materiais para testes para diabéticos (monitores de glicose e tiras de teste)

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Formação de autogestão da diabetes, serviços e produtos para diabéticos (continuação) 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.	
Equipamento médico duradouro (DME) e materiais relacionados (Para uma definição de equipamento médico duradouro, consulte o Capítulo 11, bem como o Capítulo 3, Secção 7 deste documento.)	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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 domiciliar, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimento de oxigênio, 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 prestadores está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org.

Geralmente, o CCA Medicare Maximum cobre qualquer EMD coberto pelo Original Medicare das marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas e fabricantes, a menos que o seu prestador ou outro prestador nos diga que a marca é adequada para as suas necessidades médicas. No entanto, se for novo no CCA Medicare Maximum e estiver a utilizar uma marca de EMD que não esteja na nossa lista, continuaremos a cobrir esta marca por si durante até 90 dias. Durante este período, deve falar com o seu prestador de cuidados de saúde para decidir qual a marca clinicamente apropriada para si após este período de 90 dias. (Se discordar com o seu prestador de cuidados de saúde, pode pedir-lhe que o(a) encaminhe para uma segunda opinião.)

Se você (ou o seu prestador) não concordar com a decisão de cobertura do plano, você ou o seu prestador poderão apresentar um recurso. Também pode apresentar um recurso se não concordar com a decisão do seu prestador sobre que produto ou marca é apropriada para a sua condição médica. (Para obter

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Equipamento médico duradouro (EMD) e materiais relacionados (continuação) mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 8, <i>O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)</i>. Para verificar se um determinado item está coberto, telefone para o Serviço de Apoio a Associados.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Atendimento de emergência Atendimento de emergência refere-se a serviços que são: • Fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência, e • Necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência. Uma emergência Médica é uma situação em que você, ou qualquer outra pessoa leiga prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vida (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. Os serviços de emergência podem ser fornecidos por prestadores da rede ou por prestadores fora da rede quando os prestadores da rede estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis. Pode obter atendimento médico de emergência coberto sempre que precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou nos seus territórios. O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e atendimento urgente fora dos Estados Unidos e seus territórios até cem mil dólares (\$100,000) por ano civil. Este é um benefício complementar coberto pelo nosso plano.	Você paga \$0. Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados de internamento após a estabilização da sua condição de emergência, tem de regressar a um hospital da rede ou obter aprovação do plano para continuar a receber serviços num hospital fora da rede para que os seus cuidados continuem cobertos. Para reembolso de despesas para cobertura de emergência mundial, consulte o Capítulo 6, Secção 1.1.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
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.	
 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 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. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pela CCA Medicare Maximum por um fornecedor da rede.	Você paga \$0. Coberto apenas quando utiliza Silver & Fit.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
<u>Fitness</u> 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 e mais. Para encontrar locais de fitness Silver & Fit e informações adicionais sobre fitness em casa e encomendar o seu kit de fitness, visite www.silverandfit.com. Também pode ligar para 1-877-427-4788 (TTY 711).	
Cartão Healthy Savings para comprar certos equipamentos de venda sem receita médica (VSRM) aprovados pela Medicare e alimentos saudáveis Recebe um cartão Healthy Savings com um subsídio de \$750 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 sem receita médica nos retalhistas da rede OTC. Os associados com doenças crónicas apenas podem utilizar o cartão Healthy Savings para a aquisição de itens aprovados pela CCA em retalhistas da rede OTC. Os associados com doenças crónicas podem usar o seu subsídio trimestral no cartão Healthy Savings para a compra de produtos <u>alimentares</u> aprovados pela CCA. Para associados com doenças crónicas, também pode usar o seu subsídio trimestral OTC no cartão Healthy	Paga \$0 por equipamentos cobertos até \$750 por trimestre. Os montantes não utilizados não podem ser transportados de um trimestre para o seguinte. Se o custo dos equipamentos OTC aprovados pela CCA e/ou alimentos e/ou itens utilitários (para membros com doenças crónicas que se qualifiquem) exceder a limitação de benefício trimestral de \$750 por trimestre, você será responsável por custos adicionais. O seu cartão será automaticamente recarregado com o subsídio trimestral no início de cada trimestre.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Savings para pagamentos de <u>serviços públicos</u>, em prestadores de serviços públicos registados na rede visa que aceitem Visa como forma de pagamento, como gás, eletricidade e Internet/cabo. As condições de qualificação devem ser apresentadas à CCA Health antes de aceder aos Benefícios Suplementares Especiais para Doenças Crónicas. Consulte “Benefícios suplementares especiais para doentes crónicos” na Tabela de benefícios médicos para obter mais informações. As doenças crónicas são geralmente condições que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária. A condição é diagnosticada por um profissional médico licenciado, incluindo o seu médico de cuidados primários e prestadores semelhantes. Entre em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros para perguntas sobre artigos OTC aprovados pela CCA ou aceda a <u>www.mybenefitscenter.com</u> 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.	

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços auditivos <u>Exame de audição não de rotina:</u> As avaliações de audição de diagnóstico e de equilíbrio realizadas pelo seu prestador para determinar se necessita de tratamento médico estão cobertas como cuidados em ambulatório quando fornecidas por um médico, audiologista ou outro prestador qualificado. Além dos benefícios auditivos não rotineiros cobertos pela Medicare, também cobrimos benefícios <u>auditivos de rotina</u> através da NationsHearing: • Exames de audição de rotina: um exame todos os anos. • Aparelhos auditivos: até \$4,000 para o custo de até dois aparelhos auditivos (1 por ano) das NationsHearing todos os anos. Avaliações de aparelhos auditivos: uma avaliação/equipamento de aparelhos auditivos todos os anos. 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)	<u>Exame de audição não de rotina:</u> Exame para diagnosticar e tratar problemas de audição e equilíbrio: \$0 de copagamento na rede por consulta. <u>Exame de audição de rotina:</u> Exame (1 exame por ano): \$0 de copagamento na rede por consulta. Aparelhos auditivos: Benefício máximo de \$4,000 para a compra de até 2 aparelhos auditivos (1 por ano) de benefício. É responsável por quaisquer custos de aparelhos auditivos após o benefício máximo do plano de \$4,000 ter sido esgotado e não estar coberto pela Medicaid Rhode Island.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
• 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. Deve obter os seus aparelhos auditivos através da NationsHearing. Para mais informações ou para agendar uma reunião, contacte a NationsHearing por telefone através do número 877-277-9196 (TTY 711).	
 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	Você paga \$0. Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para rastreio do VIH de prevenção, coberto pelo Medicare.
Assistência domiciliar 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:	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
• Serviços de enfermagem e auxiliar de saúde domiciliar especializados a tempo parcial ou intermitente (para serem cobertos pelo benefício de serviços de saúde ao domicílio, os serviços de enfermagem qualificados e auxiliares de saúde combinados têm de totalizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços médicos e sociais • Equipamentos e produtos médicos	
Terapia de perfusão ao domicílio A terapia de perfusão domiciliar 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 paciente não cobertos pelo benefício de equipamento médico durável • Monitorização remota • Serviços de monitorização para o fornecimento de terapêutica de perfusão domiciliar e medicamentos de perfusão domiciliar fornecidos por um prestador de terapêutica de perfusão domiciliar qualificado	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
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. Você pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare. O seu plano é obrigado a ajudá-lo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados pela Medicare na área de serviço do plano, incluindo aqueles em que a organização MA detém, controla ou tem um interesse financeiro. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou um prestador fora da rede. Os serviços cobertos incluem: • Medicamentos para controlo dos sintomas e alívio da dor • Cuidados temporários de curta duração • Cuidados ao domicílio <u>Para serviços de cuidados paliativos e serviços que são cobertos pelo Medicare Parte A ou B e estão relacionados com o seu prognóstico terminal:</u> O Original Medicare (em vez do nosso plano) pagará ao prestador de cuidados paliativos pelos seus serviços de cuidados paliativos relacionados com o seu prognóstico terminal. Enquanto estiver no programa de cuidados paliativos, o seu prestador de cuidados paliativos cobrará ao Original Medicare pelos serviços pelos quais o Original Medicare paga. Ser-lhe-á faturada a partilha de custos do Original Medicare.	Quando se inscreve num programa de cuidados de pacientes em estado terminal certificado pela Medicare, os seus serviços de cuidados paliativos e os serviços da Parte A e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal são pagos pela Original Medicare, não pela CCA Medicare Maximum. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados por um prestador da rede ou pela organização de cuidados paliativos escolhida pelo membro.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados paliativos (continuação) <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 \$0 por serviços dentro da rede • Se receber os serviços cobertos de um prestador fora da rede, você paga a partilha de custos nos termos da taxa por serviço Medicare (Original Medicare) <u>No caso de serviços cobertos pelo CCA Medicare Maximum, mas não cobertos pelo Medicare Parte A ou B:</u> O CCA Medicare Maximum continuará a cobrir os serviços cobertos pelo plano que não são cobertos pela Parte A ou B, estejam ou não relacionados com o seu prognóstico terminal. Paga o montante da partilha de custos do seu plano por estes serviços. <u>No caso de medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício da Parte D do plano:</u> 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, o associado paga a partilha de custos do Original Medicare. Os medicamentos nunca são cobertos pela unidade de cuidados paliativos e pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para obter mais informações, consulte o Capítulo 5, Secção 9.4 (<i>E se você estiver a receber cuidados paliativos certificados pelo Medicare?</i>)	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados paliativos (continuação) 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.	
 Imunizações Os serviços cobertos do Medicare Parte B incluem: • Vacina contra a pneumonia • Vacinas contra a gripe, uma vez a cada temporada de gripe no outono e inverno, com vacinas contra a gripe adicionais se medicamento necessário • Vacina contra a hepatite B se 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.	Você paga zero dólares. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso das vacinas contra a pneumonia, gripe, hepatite B e COVID-19.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados de internamento hospitalar Inclui internamento agudo, reabilitação de internamento, hospitais de cuidados de longo prazo e outros tipos de serviços de internamento hospitalar. Os cuidados hospitalares de internamento começam no dia em você que é formalmente admitido no hospital por ordem do prestador de cuidados de saúde. Um dia antes de receber alta é o seu último dia de internamento. 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 • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços para pacientes internados que usam drogas	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i> Se for autorizado para internamento num hospital fora da rede depois de a sua condição de emergência estar estabilizada, o seu custo é \$0.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados hospitalares de internamento (continuação) Sob determinadas condições, os seguintes tipos de transplantes são cobertos: córnea, rim, rim-pancreático, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células-tronco e intestinal/multivisceral. Se precisar de um transplante, providenciaremos para que o seu caso seja analisado por um centro de transplante aprovado pelo Medicare, que decidirá se você é um candidato a um transplante. Os prestadores de serviços de transplante 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 Maximum prestar serviços de transplante num local fora do habitual no que se refere a tratamento para transplantes na sua comunidade e optar por obter os serviços de transplante nesse local distante, providenciaremos hospedagem e transporte adequados a si e a uma pessoa acompanhante ou pagaremos os respetivos custos. • Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue integral e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. • Serviços médicos Nota: Para você ser um paciente internado, o seu prestador tem de redigir uma ordem para admiti-lo formalmente como paciente internado no hospital.	Se for autorizado para internamento num hospital fora da rede depois de a sua condição de emergência estar estabilizada, o seu custo é \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados hospitalares de internamento (continuação) Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um paciente de ambulatório. Se não tem a certeza se é um paciente internado ou ambulatorial, pergunte à equipa do hospital. Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada É um paciente 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 telefonar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	
Serviços de internamento num hospital psiquiátrico Os serviços cobertos incluem serviços de saúde comportamental que requerem internamento hospitalar.	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
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 paciente e são injetados ou perfundidos enquanto estiver a receber serviços médicos, em ambulatório de hospital ou num centro cirúrgico ambulatorial • Insulina fornecida através de um item de equipamento médico durável (como 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 você 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 anticâncer e medicamentos anti-náuseas • 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.	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Medicamentos prescritos do Medicare Parte B (continuação) Alguns medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B da Medicare têm requisitos terapêuticos faseados. Parte B – Categorias de medicamentos da terapêutica por etapas: (Observação: as classes de medicamentos indicadas abaixo geralmente não são autoadministradas pelo paciente) • Anti-inflamatório • Agentes antineoplásicos (cancro) • Produtos biológicos • Fatores estimuladores de colónias • Derivados do ácido hialurónico • Agentes eritropoietinas • Fatores de crescimento endotelial vascular A seguinte ligação irá redirecioná-lo para uma lista de Medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos a terapêutica por etapas: www.ccahealthri.org 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). 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 você 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.	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Rastreio de obesidade e terapia para promover uma perda de peso sustentada Se tem um índice de massa corporal de 30 ou mais, cobrimos aconselhamento intensivo para o ajudar a perder peso. Este aconselhamento é coberto se o obtiver num ambiente de cuidados primários, onde pode ser coordenado com o seu plano geral de prevenção. Fale com o seu prestador de cuidados primários ou médico para saber mais.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do rastreio preventivo de obesidade e terapia.
Serviços do programa de tratamento de opioides Os membros do nosso plano de transtorno por uso de 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	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Exames de diagnóstico ambulatoriais e serviços e produtos terapêuticos Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Radiografias • Terapia de radiação (rádio e isótopo), incluindo equipamentos e produtos técnicos • Produtos cirúrgicos, como pensos • Talas, gesso e outros dispositivos usados para reduzir fraturas e luxações • Exames laboratoriais • Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue integral e concentrado de glóbulos vermelhos começa no primeiro litro de sangue de que precisar. • Outros exames de diagnóstico ambulatoriais	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Observação hospitalar ambulatorial Os serviços de observação são serviços ambulatoriais de hospitais fornecidos para determinar se precisa de ser internado ou se pode receber alta. Para que os serviços de observação hospitalar ambulatorial sejam cobertos, têm de satisfazer os critérios do Medicare e serem considerados razoáveis e necessários. Os serviços de observação são cobertos apenas quando fornecidos por ordem de um médico ou outro indivíduo autorizado pela lei de licenciamento estadual e pelos estatutos do pessoal do hospital no que se refere à admissão de pacientes no hospital ou a solicitar exames ambulatoriais. Nota: A menos que o médico tenha escrito uma ordem para admiti-lo como paciente internado no hospital, você é um paciente ambulatorial e paga os valores de	Paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
partilha de custos de serviços hospitalares ambulatoriais. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um paciente de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um paciente ambulatorial, pergunte à equipa do hospital. Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada <i>É um paciente em regime de internamento ou em ambulatório? Se tem Medicare – pergunte!</i> Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode telefonar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	
Serviços hospitalares em ambulatório Cobrimos os serviços medicamente necessários que você obtenha no departamento ambulatorial de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços num departamento de emergência ou clínica ambulatorial, como serviços de observação ou cirurgia ambulatorial • Exames laboratoriais e diagnósticos cobrados pelo hospital • Saúde comportamental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um prestador de cuidados de saúde certificar que o	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
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 paciente internado no hospital, você é um paciente ambulatorial e paga os valores de partilha de custos de serviços hospitalares ambulatoriais. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um paciente de ambulatório. Se não tiver a certeza se é um paciente em ambulatório, pergunte à equipa do hospital Também pode encontrar mais informações numa folha de informação do Medicare designada <i>É um paciente em regime de internamento ou em ambulatório? Se tem Medicare – pergunte!</i> Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode telefonar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados de saúde mental em ambulatório Os serviços cobertos incluem: Serviços de saúde mental prestados por um psiquiatra ou prestador de cuidados de saúde licenciado pelo estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, especialista em enfermagem clínica, enfermeiro, conselheiro profissional licenciado (CPL), terapeuta matrimonial e de família licenciado (TMFL), enfermeiro, assistente médico ou outro profissional de saúde comportamental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis. Também cobrimos sessões individuais e de grupo. Você tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina.	Você paga \$0. <i>Não é necessária autorização prévia para testes neuropsicológicos, testes psicológicos, terapêutica eletroconvulsiva, estimulação magnética transcraniana (repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS) e escetamina.</i>
Serviços de reabilitação ambulatorial Os serviços cobertos incluem fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. Os serviços de reabilitação ambulatorial são prestados em vários ambientes ambulatoriais, como departamentos ambulatoriais de hospitais, consultórios de terapeutas independentes e Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities [Instalações de Reabilitação Ambulatorial Abrangentes, CORF].	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Serviços ambulatoriais de uso de drogas Os serviços cobertos incluem sessões de uso de substâncias individuais e em grupo.	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cirurgia em ambulatório, incluindo serviços prestados em instalações de ambulatório de hospitais e centros cirúrgicos em ambulatório Nota: Se for fazer uma cirurgia numa instalação hospitalar, deve verificar com o seu médico se será um paciente internado ou ambulatorial. A menos que o médico escreva uma ordem para admiti-lo como um paciente internado no hospital, você é um paciente ambulatorial e paga os montantes de partilha de custos para cirurgia ambulatorial. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um paciente de ambulatório.	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
Cuidados paliativos Os cuidados paliativos são direcionados para o alívio dos sintomas e do stress de uma doença grave. Ao receber cuidados paliativos, pode continuar a receber tratamento e terapias destinadas a melhorar ou mesmo curar os seus problemas médicos. Os cuidados paliativos podem 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.	Você paga \$0. Não é necessária autorização prévia para serviços fornecidos por um prestador da rede.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços parciais de hospitalização e serviços intensivos de ambulatório Hospitalização parcial é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo oferecido como serviço ambulatório de hospital ou por centro comunitário de saúde comportamental, mais intenso do que o atendimento recebido no consultório do prestador de cuidados de saúde ou de um terapeuta e uma alternativa ao internamento hospitalar. Serviço ambulatorial intensivo é um programa estruturado de tratamento de terapia de saúde comportamental (mental) ativo fornecido em um departamento ambulatorial 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.	Você paga \$0.
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 de ambulatório certificado, departamento de ambulatório de hospital ou qualquer outro local • Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • Exames de audição e equilíbrio básicos realizados pelo seu PCP ou especialista, se o seu prestador o solicitar para ver se precisa de tratamento médico • Certos serviços de telessaúde (virtual), incluindo: Serviços de Necessidade Urgente; Serviços de	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
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 ○ Você tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina. Se optar por obter um destes serviços por telemedicina, terá de recorrer a um prestador da rede que ofereça o serviço por telemedicina. ○ A telemedicina inclui acesso à Teladoc para serviços de saúde urgentes e comportamentais. ● 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 centro, instalação de diálise renal ou casa do membro ● Serviços de telemedicina para diagnosticar, avaliar ou tratar os sintomas de um acidente vascular cerebral, 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	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços de 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, por telefone ou conversa por vídeo) com o seu prestador de cuidados de saúde durante 5 a 10 minutos se: ○ Não for um novo paciente e ○ O exame geral não estiver relacionado com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias e ○ O exame geral não gerar uma consulta no consultório no prazo de 24 horas ou de acordo com agendamento mais rápido disponível • Avaliação do vídeo e/ou imagens que enviar ao seu prestador de cuidados pessoais e interpretação e acompanhamento pelo seu prestador de cuidados pessoais em 24 horas se: ○ Não for um novo paciente 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	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
acordo com agendamento mais rápido disponível • Consulta que o seu prestador de cuidados de saúde tenha com outros prestadores de cuidados de saúde por telefone, internet ou registo médico eletrónico • Segunda opinião por outro prestador da rede antes da 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 prestados por um médico),	
Serviços de podologia Os serviços cobertos incluem: • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças dos pés (como dedo em martelo ou esporão calcâneo) • Cuidados de rotina com os pés para associados com determinadas condições médicas que afetam os membros inferiores O plano cobre quatro (4) consultas de cuidados dos pés de rotina por ano.	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Exames de rastreio de cancro da próstata Para homens com 50 anos ou mais, os serviços cobertos incluem o seguinte, uma vez a cada 12 meses: • Exame retal digital • Teste de antígeno específico da próstata (PSA)	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso de um exame anual de PSA.
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.	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>
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.	Paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 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.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do rastreio coberto pelo Medicare e benefício de aconselhamento preventivo para reduzir o abuso de álcool.
 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. <i>Para rastreios de cancro do pulmão com TCBD após o rastreio inicial com TCBD:</i> o associado tem de receber uma indicação por escrito para rastreio de cancro do pulmão com TCBD, que pode ser fornecido durante qualquer consulta adequada com um médico ou	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento ou franquia no caso do aconselhamento coberto pelo Medicare e da consulta de tomada de decisão partilhada ou para o TCBD.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
profissional não clínico qualificado. Se um médico ou profissional não-médico qualificado optar por fornecer um aconselhamento de rastreio do cancro do pulmão e consulta de tomada de decisão partilhada para subsequentes rastreios do cancro do pulmão com TCBD, a consulta deve satisfazer os critérios do Medicare para tais consultas.	
 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 do prestador de cuidados de saúde.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para os benefícios preventivos do rastreio de DST e aconselhamento para DST cobertos pelo Medicare.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
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 pacientes internados (se for internado num hospital para cuidados especiais) • Formação em autodiálise (inclui formação para si e qualquer pessoa que o ajude a realizar os seus tratamentos de diálise em casa) • Equipamentos e produtos de diálise domiciliar • Certos serviços de apoio domiciliar (como, quando necessário, visitas de profissionais de diálise formados para verificarem a sua diálise em casa, para ajudarem em emergências e verificarem o seu equipamento de diálise e abastecimento de água) Certos medicamentos para diálise são cobertos pelo seu benefício de medicamentos da Parte B do Medicare. Para obter informações sobre a cobertura de Medicamentos da Parte B, consulte a secção, Medicamentos prescritos do Medicare Parte B.	Você paga zero dólares.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados em enfermarias especializadas (CEE) (Para obter uma definição de enfermarias especializadas, consulte o Capítulo 11 deste documento. As enfermarias especializadas são por vezes denominadas EE.) Nenhuma internação prévia é necessária. 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. • Produtos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por EE • 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	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados em enfermarias especializadas (EE) (continuação) - Serviços de médico/profissional de saúde Geralmente, receberá o seu cuidado EE nas instalações da rede. No entanto, sob determinadas condições listadas abaixo, pode obter os seus cuidados de uma instituição que não seja um prestador da rede, se a instituição aceitar os valores para pagamento. - Um lar de idosos ou comunidade de reformados com assistência continuada onde estava a viver logo antes de você 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	
 Parar de fumar e cessação do tabagismo (aconselhamento para parar de fumar ou abandono do tabagismo) <u>Se fuma, mas não tem sinais ou sintomas de doença relacionada com o tabaco:</u> Cobrimos duas consultas de aconselhamento para tentativas de cessação num período de 12 meses como um serviço preventivo sem nenhum custo. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais. <u>Se usar tabaco e foi-lhe diagnosticada uma doença relacionada com o tabaco ou se estiver a tomar medicamentos que possam ser afetados pelo tabaco:</u> Cobrimos serviços de aconselhamento de cessação. Cobrimos duas tentativas de 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.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para os benefícios preventivos do abandono do tabagismo e do uso do tabaco cobertos pelo Medicare.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Benefícios Suplementares Especiais para Doenças Crônicas O CCA Medicare Maximum inclui os seguintes benefícios adicionais para associados com uma condição crônica elegível: • Subsídio de Alimentos e Produtos: Os associados que se qualificam terão acesso a este subsídio através do seu cartão Healthy Savings com um subsídio OTC trimestral partilhado de \$750 para produtos e alimentos aprovados pela CCA em retalhistas da rede OTC. Consulte Cartão Healthy Savings para comprar alimentos saudáveis e determinados itens de venda livre (OTC) aprovados pela Medicare para informações detalhadas. • Subsídio de pagamento de serviços públicos: Os associados que se qualificam terão acesso a este subsídio através do seu cartão CCA Healthy Savings como parte do subsídio trimestral OTC de \$750 nos retalhistas da rede OTC. • 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. • Transporte: 50 viagens combinadas de ida para fins não médicos e médicos. Isto é combinado com o benefício de transporte médico. O limite de benefício total (não médico e médico) é de 50 viagens de ida por ano num raio de 50 milhas do local de recolha. ○ O plano recorre à Coordinated Transportation Solutions (CTS) para o transporte. ○ As viagens devem ser reservadas com, pelo menos, 72 horas de antecedência.	Paga \$0. Os associados com uma condição crônica qualificada receberão: • Um subsídio trimestral OTC partilhado de de \$750 para comprar alimentos e produtos e serviços públicos aprovados pela CCA cp, p carHealthy Savings em retalhistas da rede OTC. • Um subsídio de \$100 por ano no cartão Healthy Savings para usar na compra de ténis em lojas de calçado registadas que aceitam Visa. • A proteção contra roubo de identidade de ID Watchdog (Equifax) e transporte não médico é gratuita para associados com uma condição crônica qualificada.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
○ Para entrar em contacto com a STC, telefone para 866-444-7350. ○ Para ser coberto pelo CCA Medicare Maximum, o transporte tem de ser providenciado antecipadamente pelas STC. Proteção contra roubo de identidade: Para membros qualificados, 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 que se qualificam poderão aderir ao Seguro Antirroubo de Identidade através do nosso parceiro, ID Watchdog (Equifax). Os membros têm de usar o ID Watchdog (Equifax) para serem cobertos por este benefício. Depois de se inscrever, você 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. As condições crónicas incluem: 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 O diagnóstico de doença crónica tem de estar em arquivo e registado na CCA antes de receber benefícios suplementares especiais para doentes crónicos	

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
As doenças crônicas 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.	
Terapia de exercício supervisionado (TES) A TES está coberta para os associados que têm doença arterial periférica sintomática (DAP). São cobertas até 36 sessões durante um período de 12 semanas, se os requisitos do programa TES 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 pacientes com claudicação • Ser conduzido num ambiente ambulatorial de hospital ou consultório médico • Ser fornecido por pessoal auxiliar qualificado necessário para garantir que os benefícios excedam os danos e que sejam formadas em terapia com exercícios para 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.	Você paga \$0. <i>É necessária autorização prévia.</i>

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Transporte (médico não urgente) O plano cobre cinquenta (50) viagens de ida por ano 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. Consulte Transporte (finalidades não médicas) para obter detalhes adicionais. Os associados com doença crónica podem usar o transporte para fins médicos e não médicos. Nem todos os membros se qualificam, consulte a secção Benefícios suplementares especiais para doentes crónicos para obter detalhes. Os associados sem doença crónica só podem usar o transporte para fins médicos. As cinquenta (50) viagens só de ida são um benefício combinado. Uma viagem médica ou não médica contará para o seu benefício total de transporte.	Você paga \$0.
Transporte (fins não médicos) Se não puder fazer uma viagem programada, deverá cancelar a viagem pelo menos 2 horas antes do horário programado de recolha. Se não cancelar a viagem e não comparecer ou cancelar com menos de 2 horas de antecedência, a viagem programada será contabilizada nas suas 50 viagens só de ida por mês. O plano recorre à Coordinated Transportes Solutions (CTS) em todas as viagens de transporte não emergencial. Para entrar em contacto com a CTS, telefone para 866-444-7350 (TTY 711). Para ser coberto pelo CCA Medicare Maximum, o transporte tem de ser providenciado pelas STC.	Você paga \$0.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Serviços 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. Se não for razoável, dadas as suas circunstâncias, obter imediatamente os cuidados médicos de um prestador da rede, o seu plano cobrirá os serviços de necessidade urgente de um prestador fora da rede. Os serviços devem ser imediatos e medicamente necessários. Exemplos de serviços urgentes que o plano deve cobrir fora da rede ocorrem se: Está temporariamente fora da área de serviço do plano e necessita de serviços imediatos clinicamente necessários para uma condição imprevista, mas não é uma emergência médica; ou não é razoável dadas as suas circunstâncias para obter imediatamente os cuidados médicos de um prestador da rede. A partilha de custos para os serviços necessários e urgentes fornecidos fora da rede é a mesma que para esses serviços fornecidos na rede. Existe um limite de \$100,000 para serviços de emergência ou de necessidade urgente prestados fora dos Estados Unidos. Deve informar o seu PCP/equipa de atendimento, sempre que possível, se receber cuidados urgentes.	Você paga \$0.

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
 Cuidados oftalmológicos Os serviços cobertos incluem: <u>Visão coberta pela Medicare (não rotineira):</u> Serviços médicos ambulatoriais para diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares, incluindo tratamento para degeneração macular relacionada com a idade. O Original Medicare não cobre exames de visão de rotina (refrações oculares) para óculos/lentes de contacto • 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 da catarata que inclui inserção de uma lente intraocular (Se tiver duas operações às cataratas separadas, não poderá reservar o benefício após a primeira cirurgia e comprar dois óculos após a segunda cirurgia.) <u>Visão de rotina:</u> • Cobrimos um exame oftalmológico por ano • Cobrimos um par de óculos graduados, incluindo armações, lentes, lentes de contacto visualmente necessárias e/ou atualizações até \$350 por ano.	Visão (não rotineira) coberta pela Medicare: Você paga \$0. Exame para diagnosticar e tratar doenças e condições da visão: \$0 copagamento Óculos após cirurgia às cataratas: \$0 de copagamento na rede para materiais cobertos pela Medicare. <u>Oftalmologia de rotina</u> Exame oftalmológico de rotina: Óculos de \$0 (armações, lentes, lentes de contacto e atualizações): \$0 até \$350 por ano de benefício Depois de esgotado o máximo anual de (\$350), o seu prestador de serviços pode submeter ao Rhode Island Medicaid para cobertura adicional, sujeita às diretrizes de cobertura da Medicaid.

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

Serviços que são cobertos	O que tem de pagar quando obtém estes serviços
Cuidados oftalmológicos (continuação) Óculos e outros recursos óticos, incluindo lentes de contacto, apenas podem ser dispensados mediante prescrição escrita e datada. A receita tem de ser baseada nos resultados de um exame de visão realizado pelo médico. A VSP é a administradora de benefícios dos serviços de cuidados oftalmológicos de rotina do plano, incluindo exames e óculos. Deve utilizar um prestador da rede. Para contactar a VSP, telefone para o número 855-492-9028, de segunda a domingo, das 8 am às 8 pm.	
 Consulta preventiva Boas-vindas ao Medicare O plano cobre uma única consulta preventiva de Boas-vindas ao Medicare. A consulta inclui uma revisão da sua saúde, bem como educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos de que precisa (incluindo alguns exames e injeções) e encaminhamentos para outros cuidados, se necessário. Importante: Cobrimos a consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i> apenas nos primeiros 12 meses em que tenha o Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu prestador de cuidados de saúde que pretende agendar a sua consulta preventiva <i>Boas-vindas ao Medicare</i>.	Você paga \$0. Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para a consulta preventiva de Boas-vindas ao Medicare.

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: \$4,000**
- Depois de esgotado o máximo anual, quaisquer encargos restantes são da sua responsabilidade.
- Poderá ser 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.

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

Exames dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
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.	\$0 de coparticipação
D0140	Exame limitado para avaliar um problema	Um (1) por ano de plano		\$0 de coparticipação
D0150	Exame completo (para um novo paciente ou para um paciente estabelecido após 3 ou mais anos de inatividade do tratamento dentário)	Um (1) a cada três (3) anos do plano	Não cobre exames periodontais separados de exames periódicos, limitados ou abrangentes. Apenas um (1) código de exame coberto por consulta.	\$0 de coparticipação
D0160	Exame centrado no problema detalhado e extenso	Um (1) por ano do plano		\$0 de copagamento

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

Radiografias dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios 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 coparticipação
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 coparticipação
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 coparticipação
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

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

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 crônicas 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 coparticipação
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

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

Outros serviços dentários de prevenção				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
D1206, D1208	Tratamento com flúor	Dois (2) por ano do plano	Cobre a aplicação tópica de fluoreto (quer verniz quer excluindo verniz).	\$0 de coparticipação
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 coparticipação
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

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

Enchimentos dentários e enchimentos médicos				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
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

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

Coroas dentárias, inlays e onlays				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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

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

Outros serviços dentários de restauração				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
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 coparticipação
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 coparticipação

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

Canais dentários radiculares (serviços endodônticos)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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

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

Raspagem dentária e alisamento radicular				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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	\$0 de coparticipação
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.	registada e presença de bolsas nas gengivas, suficiente para justificar uma limpeza profunda.	\$0 de coparticipação
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

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

Raspagem dentária e alisamento radicular (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
Próteses completas				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
D5120	Prótese dentária inferior completa	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		\$0 de coparticipação
D5130	Remoção completa da prótese superior no momento da extração dos dentes superiores restantes	Um (1) por vida do membro		\$0 de coparticipação
D5140	Dentadura inferior completa entregue no momento da extração dos dentes inferiores restantes	Um (1) por vida do membro		\$0 de coparticipação

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

Parciais (Dentaduras parciais amovíveis)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	CrITÉrios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
D5212	Prótese dentária parcial inferior - base de resina	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		\$0 de coparticipação
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 coparticipação
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 coparticipação
D5221	Dentadura parcial superior à base de resina entregue no momento das extrações.	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		\$0 de coparticipação
D5222	Base de resina - Dentadura parcial inferior fornecida no momento das extrações	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		\$0 de coparticipação

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

Parciais (Dentaduras parciais amovíveis) (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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.	\$0 de coparticipação
D5226	Placa dentária parcial inferior - base flexível	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano	Inclui materiais de retenção/contenção, descansos e dentes.	\$0 de coparticipação

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

Correções e ajustes de próteses completas				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
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 coparticipação

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

Ajustes e reparações para próteses parciais				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação

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

Ajustes e reparações para próteses parciais (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação

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

Implantes dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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, um por dente durante a vida).	Só pode ser utilizado para substituir um dente em falta. A área tem de ser suficientemente saudável para suportar um implante e de doença das gengivas ativa	\$0 de coparticipação

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

Pontes dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
DD6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte da ponte que é o dente falso que substitui o dente em falta (o pântico)	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 coparticipação
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 coparticipação
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 coparticipação

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

Extrações dentárias e procedimentos cirúrgicos orais				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
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 coparticipação

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

Extrações dentárias e procedimentos cirúrgicos orais (cont.)				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
D7510, D7511	Drenagem cirúrgica de um abscesso	Ilimitado por ano do plano	Cobre a incisão e a drenagem de um abscesso através de tecido mole na boca (intraoral). Não cobre a incisão e drenagem através da pele fora da boca (extraoral).	\$0 de coparticipação
Tratamento de emergência da dor e outras condições dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
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 coparticipação

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

Óxido nitroso e sedação para procedimentos dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Crítérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
D9222, D9223	Sedação profunda/ Anestesia geral	Ilimitado por ano do plano		\$0 de coparticipação
D9230	Óxido nitroso	Ilimitado por ano do plano		\$0 de coparticipação
D9239, D9243	Sedação IV	Ilimitado por ano do plano		\$0 de copagamento

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

Talas dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento
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 coparticipação
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 coparticipação
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 coparticipação

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

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 estão cobertos fora do CCA Medicare Maximum?

Secção 3.1 Serviços *não* cobertos pelo CCA Medicare Maximum

Tem benefícios cobertos fora do CCA Medicare Maximum. Para serviços que não estão cobertos pelo CCA Medicare Maximum (PPO), mas estão disponíveis através do Medicaid, ligue para o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347), das 8:30 am às 3 pm, de segunda a sexta-feira.

SECÇÃO 4 Que serviços não estão cobertos pelo plano?

Secção 4.1 Serviços *não* cobertos pelo plano (exclusões)

Esta secção informa que serviços estão excluídos.

A tabela abaixo descreve alguns serviços e equipamentos que não são cobertos pelo plano em nenhuma condição ou são cobertos pelo plano apenas em condições específicas.

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 8, Secção 6.3 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.

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

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. (Cuidados que ajudam nas atividades do cotidiano que não requerem competências profissionais ou formação, por exemplo, tomar banho e vestir-se.) 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	

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

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		O plano cobre refeições pós-alta. Refeições adicionais podem ser cobertas pelo Medicaid.
Serviços de assistente para serviços domésticos, incluindo assistência doméstica básica, como tarefas domésticas leves ou preparação de refeições leves.		Coberto pelo Medicaid.
Serviços de naturopatia (usa tratamentos naturais ou alternativos).	Não cobertos sob nenhuma condição	

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

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Cuidados odontológicos não rotineiros		Os cuidados odontológicos necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos como cuidados de internamento ou ambulatoriais.
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 anticoncepcionais 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*

Capítulo 5 Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D**Como pode obter informações sobre os custos dos medicamentos**

Por ser elegível para o Medicaid, você qualifica-se e está a receber a “Ajuda Extra” do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Uma vez que está no programa “Ajuda Extra”, **algumas informações nesta Evidência de Cobertura sobre os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D não se aplicam 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 números de telefone do Serviço de Apoio a Associados estão impressos na contracapa desta brochura.)

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.

Além dos medicamentos cobertos pelo Medicare, alguns medicamentos sujeitos a receita médica são cobertos pelos seus benefícios do Medicaid. Para medicamentos que não estão cobertos pelo CCA Medicare Maximum (PPO), mas estão disponíveis através do Medicaid, ligue para o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347), das 8:30 am às 3 pm, de segunda a sexta-feira.

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 prestador de cuidados de saúde, dentista ou outro prescritor) lhe prescreva uma receita que tem de ser válida segundo a legislação estadual aplicável.

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

- 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*, visitar o nosso website (www.ccahealthri.org) e/ou ligar para o Serviço de Atendimento a Associados.

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

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 domiciliar.
- 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 certos tipos de medicamentos, pode utilizar os serviços de encomenda por correio 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.

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

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

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

1. Telefone para o Serviço de Atendimento a Associados.
2. Visite o nosso website www.ccahealthri.org e veja as informações em “Formulários de Associado”.
3. Falar com a sua equipa de atendimento.

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

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

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 solicitar a entrega automática de todas as novas prescrições a qualquer momento, inscrevendo-se no reabastecimento automático através do programa de encomenda por correio. Visite a página dos Serviços Farmacêuticos no nosso website em <https://www.commonwealthcarealliance.org/ri/members/pharmacy-benefits/> para saber mais sobre a recarga automática.

Se utilizou a encomenda por correio no passado e não quer que a farmácia avie e envie automaticamente cada nova receita, contacte-nos ligando para o Serviço de Atendimento a Membros.

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

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 reabastecimentos dos seus medicamentos, tem a opção de subscrever um programa de reabastecimento automático. Neste programa, começaremos a tratar o seu próximo reabastecimento automaticamente, quando os nossos registos mostrarem que o seu medicamento está prestes a esgotar. A farmácia irá contactá-lo antes de enviar cada reabastecimento para garantir que necessita de mais medicação, e 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 cancelar o nosso programa que prepara automaticamente recargas de encomendas por correio, contacte-nos ligando para o Serviço de Atendimento a Membros.

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?
-------------------	--

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 você toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo.)

1. Algumas farmácias de retalho na nossa rede permitem que obtenha um fornecimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. O seu *Diretório de Prestador e Farmácias* informa-o sobre que farmácias na nossa rede podem fornecer medicamentos de manutenção de longo prazo. Também pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados para obter mais informações

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

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. **Confirme primeiro junto do Serviço de Apoio a Associados** se existe uma farmácia da rede nas proximidades.

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 comprar a sua receita numa farmácia fora da rede, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados para saber se existe uma farmácia da rede na área para onde vai viajar.
 - Se não houver farmácias credenciadas nessa área, o Serviço de Atendimento a Membros pode providenciar para que avie as suas receitas numa farmácia fora da rede. Caso contrário, pode ter que pagar o custo total ao aviar a sua receita.
 - Pode pedir-nos o reembolso dos custos enviando-nos uma solicitação de reembolso. Para saber como enviar uma reclamação em papel, consulte o processo de solicitação de reembolso em papel descrito no Capítulo 6.
 - Não podemos pagar por nenhuma receita aviada em farmácias fora dos Estados Unidos e seus territórios, mesmo em caso de emergência médica.
- 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.

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

- 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, **verifique primeiro junto do Serviço de Atendimento a Membros** para verificar se existe uma farmácia da rede nas proximidades. (Os números de telefone do Serviço de Atendimento a Membros estão impressos na contracapa desta brochura.)

Como pode pedir o reembolso do plano?

Se precisar de usar uma farmácia fora da rede, geralmente terá de pagar o custo total no momento em que aviar a receita. Pode pedir-nos para o reembolsar. (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.

A “Lista de Medicamentos” inclui os medicamentos abrangidos ao abrigo do Medicare Parte D. Além dos medicamentos cobertos pelo Medicare, alguns medicamentos sujeitos a receita médica são cobertos pelos seus benefícios do Medicaid. Para medicamentos que não estão cobertos pelo CCA Medicare Maximum (DSNP), mas estão disponíveis através do Medicaid, ligue para o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347), das 8:30 am às 3 pm, de segunda a sexta-feira.

Capítulo 5 Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da 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 que se num dos seguintes casos:

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

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

Um medicamento de marca é um medicamento sujeito a receita médica que é vendido sob um nome comercial de 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.

Medicamentos de venda livre

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

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

O que *não* está na “Lista de Medicamentos”?

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

- Em alguns casos, a lei não permite que nenhum plano do Medicare cubra certos tipos de medicamentos (para obter mais informações sobre esta matéria, consulte a Secção 7.1 neste capítulo).
- Noutros casos, decidimos não incluir um determinado medicamento na nossa “Lista de Medicamentos.” Nalguns casos, poderá conseguir obter um medicamento que não está na “Lista de Medicamentos.” Consulte o Capítulo 9 para obter mais informações.

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

Tem quatro maneiras de saber:

1. Verificar a “Lista de Medicamentos” mais recente que lhe fornecemos eletronicamente. (Nota: a “Lista de Medicamentos” que fornecemos inclui informações para os medicamentos cobertos que são mais frequentemente utilizados pelos nossos associados. No entanto, cobrimos medicamentos adicionais que não estão incluídos na “Lista de Medicamentos” fornecida. Se um dos seus medicamentos não estiver listado na Lista de Medicamentos, deve contactar o Serviço de Apoio a Associados para saber se o cobrimos.)
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>) ligando para 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.

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

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 você 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 você 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 abrimos uma exceção. Podemos ou não concordar em dispensar a restrição. (Consulte o Capítulo 9)

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

Restrição de medicamentos de marca ou produtos biológicos originais quando uma versão genérica 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. **Quando estiver disponível uma versão genérica ou intercambiável de biossimilar de um medicamento de marca ou produto biológico original, as farmácias da nossa rede fornecer-lhe-ão a versão genérica ou intercambiável de biossimilar 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 ou o biossimilar intercambiável OU nos disse o motivo médico pelo qual nem o medicamento genérico, o biossimilar intercambiável nem outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição irão funcionar para si, então iremos cobrir o medicamento de marca ou produto biológico original.

Obter a aprovação do plano com antecedência

Para certos medicamentos, você 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 e o medicamento A é mais barato, o plano pode requerer que experimente o medicamento A primeiro. Se o medicamento A não funcionar para si, o plano cobrirá o medicamento B. Este requisito de experimentar um medicamento diferente primeiro é denominado **terapia por etapas**.

Limites de quantidade

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.

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

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

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

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

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

Pode obter fornecimento temporário

Em determinadas circunstâncias, o plano tem de 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.

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

Para ser elegível para um fornecimento temporário, o medicamento que tem estado a tomar **não pode 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. Se a sua receita tiver menos dias, permitiremos vários reabastecimentos para fornecer até um máximo de 31 dias de medicação. A receita tem de ser aviadada numa farmácia da rede. (Note que a farmácia de cuidados continuados 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.
- **Para os associados que têm um nível de transição de cuidados.** Iremos disponibilizar um fornecimento de emergência de pelo menos 31 dias (a não ser que a receita tenha sido passada para menos dias) para toda a medicação não incluída no formulário incluindo aqueles que possam ter requisitos de tratamento escalonado ou de autorização prévia. Uma transição não planeada 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.

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

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 você 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 você e o seu prestador quiserem pedir uma exceção, o Capítulo 9, Secção 7.4 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.

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

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.”**
- **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)**

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

- 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. Você pode não receber tal aviso antes de fazermos a alteração.
 - Você ou o seu médico podem pedir-nos para abriremos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento de marca. Para informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 8.
- **Medicamentos inseguros e outros medicamentos da “Lista de Medicamentos” retirados do mercado**
 - Por vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou ser retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, poderemos retirar imediatamente o medicamento da “Lista de Medicamentos.” Se estiver a tomar esse medicamento, informá-lo-emos imediatamente.
 - O seu prescritor também saberá desta alteração, e pode trabalhar consigo para encontrar outro medicamento para a sua doença.
 - **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.

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

- 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 prescritor 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 abrimos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento. Para informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 8.

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

Podemos 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:

- 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, você provavelmente não observará qualquer aumento nos seus pagamentos ou quaisquer restrições adicionais ao uso do medicamento.

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

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

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 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 8.)

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 listadas abaixo não são cobertas pelo Medicare. No entanto, alguns destes medicamentos podem ser cobertos para si sob a sua cobertura de medicamentos Medicaid. Para medicamentos que não estão cobertos pelo CCA Medicare Maximum (PPO), mas estão disponíveis através do Medicaid, ligue para o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347), das 8:30 am às 3 pm, de segunda a sexta-feira.

- Medicamentos não sujeitos a receita médica (também denominados medicamentos de venda sem receita médica)
 - Medicamentos utilizados para promover a fertilidade

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

- Medicamentos utilizados para o alívio de sintomas de tosse ou resfriado
- Medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo
- Vitaminas e produtos minerais prescritos, 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 ganho de peso
- Medicamentos ambulatoriais para os quais o fabricante procura exigir que os testes ou serviços de monitorização associados sejam adquiridos exclusivamente ao fabricante como condição de venda

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 o seu medicamento ao plano.

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, você ou farmácia pode telefonar para o plano para obter as informações necessárias, ou pode pedir à farmácia que procure a informação de inscrição no seu plano.

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

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

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 você for residente num estabelecimento de cuidados de longo prazo?

Normalmente, uma instalação de cuidados continuados (como um lar de idosos) tem a sua própria farmácia ou usa uma farmácia que fornece medicamentos a todos os seus residentes. Se for residente de numa instituição de cuidados prolongados, poderá obter os seus medicamentos sujeitos a receita médica na farmácia da instituição ou na que 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 parceiro) ou grupo de reformados, entre em contacto com o **administrador de benefícios desse grupo**. Essa pessoa

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

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 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 deste aviso 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 plano 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 pacientes em estado terminal Medicare terminar, traga a documentação para a farmácia para verificar a sua revogação ou alta.

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

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 você avia uma receita. Também analisamos os nossos registos regularmente. Durante estas análises, procuramos problemas potenciais, tais como:

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

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

Secção 10.2 Programa de Gestão de Medicamentos (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 de cuidados de

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

saúde para nos certificarmos de que o seu uso de opioides é apropriado e medicamento necessário. Se, em colaboração com os seus prestadores de cuidados de saúde, decidirmos que o uso de medicamentos opioides ou benzodiazepinas sujeitos a receita médica pode não ser 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)
- Limitar 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 dir-lhe-á se limitaremos a cobertura destes medicamentos para si, ou se terá de obter as receitas para estes medicamentos apenas de um prestador de cuidados de saúde ou farmácia específicos. Terá a oportunidade de nos informar sobre que prestadores de cuidados de saúde ou farmácias prefere usar, e qualquer outra informação que considere importante que saibamos. Depois de ter a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos, enviaremos outra carta a confirmar a limitação. Se lhe parecer que cometemos um erro ou discordar da nossa determinação ou da limitação, você e o seu médico têm o direito de solicitar um recurso. Se recorrer, iremos rever o seu caso e 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 8 para obter 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 Terapia de Medicamentos (GTM) para ajudar os membros a administrar os seus medicamentos
--------------------	--

Temos um programa que pode ajudar os nossos membros com necessidades de saúde complexas. O nosso programa é denominado programa de Gestão de Terapia de Medicamentos (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.

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

Alguns membros que tomam medicamentos para diferentes condições médicas e têm custos elevados com medicamentos ou estão num PGM para ajudar membros a usar os seus opioides com segurança podem obter serviços por meio de um programa de GTM. Se se qualificar para o programa, 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 prestadores de cuidados de saúde, 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.

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*

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D



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

Por ser elegível para o Medicaid, você qualifica-se e está a receber a “Ajuda Extra” do Medicare para pagar os custos do seu plano de medicamentos sujeitos a receita médica. Porque está no programa “Ajuda Extra”, **algumas informações nesta Prova de Cobertura sobre os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D podem 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.

CAPÍTULO 7:

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

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

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

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

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

Pode também haver alturas em que recebe uma fatura de um prestador pelo custo total dos cuidados médicos que recebeu ou possivelmente 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 recebe atendimento médico de emergência ou urgentemente necessário de um prestador que não faz parte da rede do nosso plano

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

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- Se você mesmo pagar o valor total no momento em que recebe os cuidados, solicite-nos o reembolso. 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 algo a pagar ao prestador, pagaremos diretamente ao prestador.
 - Se já tiver pago pelo serviço, reembolsá-lo-emos.

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

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

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

3. Se for inscrito retroativamente no nosso plano

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

Se se inscreveu retroativamente no nosso plano e pagou do próprio bolso por qualquer um dos seus serviços ou medicamentos após a sua data de inscrição, pode pedir-nos um reembolso. Precisarás de enviar documentos, como recibos e contas, para que possamos lidar com o 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.

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir o reembolso. 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 você pagar o custo total da receita. Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir o reembolso.

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

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

- Por exemplo, o medicamento pode não constar na “Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário) do plano; ou pode ter um requisito ou restrição que você não conhecia ou que lhe parece que não deveria aplicar-se a si. Se decidir obter o medicamento imediatamente, pode ser necessário pagar o custo total do mesmo.
- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir o reembolso. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu prestador de cuidados de saúde para o reembolsarmos pelo medicamento.

Quando nos enviar uma solicitação de pagamento, analisaremos a sua solicitação e decidiremos se o serviço ou medicamento deve ser coberto. A isso chama-se tomar uma **decisão de cobertura**. Se decidirmos que o serviço ou medicamento deve ser coberto, pagaremos pelo mesmo. Se negarmos a sua solicitação de pagamento, pode recorrer da nossa decisão. O Capítulo 8 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:**

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

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

Para ter a certeza de que 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 fizer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita e assinada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. São necessárias as seguintes informações para processar o seu pedido:
 - Nome e sobrenome
 - ID de membro ou a sua data de nascimento
 - O nome do prestador de serviços/fornecimento e o seu Número Identificador de Prestador (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 ou cartões-presente. A CCA não reembolsará os cupões.
 - Seria útil que indicasse o tipo de serviço:
 - Médico/saúde comportamental
 - Dentário
 - Equipamento/materiais

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- 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:

CCA Health Rhode Island
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 fizer irá ajudar-nos a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita, assinada e datada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
 - Nome e sobrenome
 - Número de telefone
 - Data de nascimento
 - Sexo
 - ID de associado
 - Endereço postal

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- 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 este endereço:

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

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

Reembolso de visão

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

Para ter a certeza de que está a fornecer-nos todas as informações de que precisamos para tomar uma decisão, pode preencher o nosso formulário de reembolso VSP para fazer a sua solicitação de pagamento. Em algumas situações, podemos necessitar de obter mais informações do seu médico para o reembolsarmos.

- Não é necessário usar o formulário de reembolso, mas se o fizer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita, assinada e datada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
 - Data de nascimento do associado
 - Nome e sobrenome
 - Sexo
 - Endereço do associado
 - Últimos quatro dígitos do número de segurança social do membro
 - Data do serviço
 - Tipo de lente
 - Informações do fornecedor (nome, endereço, cidade e estado)
 - Recibo detalhado incluindo serviços pagos por código, data do serviço e método de pagamento
 - O recibo ou fatura deve incluir códigos de diagnóstico e procedimento. Se uma fatura detalhada não estiver disponível, pode enviar uma declaração do prestador/fornecedor em papel timbrado. Tanto o seu recibo

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

como a sua fatura detalhada devem ser fáceis de ler. Não podemos honrar pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. Não iremos reembolsar cupões.

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

VSP

PO Box 385018

Birmingham, AL 35238-5018

Reembolso de benefícios auditivos

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

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

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

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

- 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 honrar pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente ou cartões-presente. A CCA não reembolsará os 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.

Capítulo 6 O que paga pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D

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

Secção 3.1 Verificamos se devemos cobrir o serviço ou medicamento

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

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

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

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

CAPÍTULO 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, mas não estão limitados à prestação de serviços de tradutor, 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 de associados que não falam inglês. 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 você 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 1.3	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. Você 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.

Se lhe parecer que não está a receber atendimento médico ou medicamentos da Parte D num prazo razoável, o Capítulo 9 informa o que pode fazer. Todos os atendimentos urgentes e consultas sintomáticas ou domiciliárias 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 8 da sua Prova de Cobertura informa o que pode fazer.

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.

Você pode ver as informações nos seus registos e saber como foram partilhadas com outras pessoas

Você tem o direito de consultar os seus registos médicos conservados pelo plano e de obter uma cópia dos seus registos. Poderemos cobrar uma taxa por fazer cópias. Você 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.

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

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

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

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.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

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.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

Atividades conjuntas. A Commonwealth Care Alliance, Inc. e as respectivas subsidiárias têm um acordo para trabalhar em conjunto para melhorar a saúde e reduzir os custos. Podemos envolver-nos em acordos semelhantes com outros prestadores de cuidados de saúde e planos de saúde. Podemos trocar as suas Informações Médicas com outros participantes nestes acordos para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde relacionadas com as atividades conjuntas destes “acordos de cuidados de saúde organizados.”

Pessoas envolvidas nos seus cuidados: Podemos divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, amigo próximo ou qualquer outra pessoa que você identificar como estando envolvida nos seus cuidados. Por exemplo, se nos pedir para partilharmos as suas Informações Médicas com o seu cônjuge, divulgaremos as suas Informações Médicas ao seu cônjuge. Também podemos divulgar as suas Informações Médicas a estas pessoas se não estiver disponível para concordar e determinarmos que é do seu melhor interesse. Numa emergência, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, a outra pessoa envolvida nos seus cuidados ou a possivelmente uma organização de ajuda humanitária (como a Cruz Vermelha), se precisarmos de notificar alguém sobre a sua localização ou condição.

Requerido por lei: utilizaremos e divulgaremos as suas Informações Médicas sempre que formos obrigados por lei a fazê-lo. 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.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

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.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

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: Você tem direitos no que se refere às suas informações médicas

O associado tem determinados direitos no que se refere às suas informações médicas. Para exercer qualquer um destes direitos, pode contactar-nos utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso.

Direito a uma cópia deste aviso: o associado tem o direito de receber uma cópia impressa do nosso Aviso de Práticas de Privacidade a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em receber o Aviso eletronicamente.

Direito de acesso para inspecionar e copiar: o associado tem o direito de inspecionar (ver ou rever) e receber uma cópia ou resumo das suas Informações Médicas que guardamos num “conjunto de registos designado.” Se mantivermos estas informações em formato eletrónico, poderá obter uma cópia eletrónica destes registos. Também pode instruir os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde a enviar uma cópia eletrónica das informações que mantemos sobre si num Registo Clínico Eletrónico a terceiros. Deverá fornecer-nos um pedido por escrito para este acesso. Poderemos cobrar-lhe uma taxa 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).

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

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: tem o direito de solicitar que limitemos a forma como utilizamos e divulgamos as suas Informações Médicas (i) para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde ou (ii) a pessoas envolvidas nos seus cuidados. Exceto conforme descrito abaixo, não temos de concordar com a restrição solicitada. Se concordarmos com a sua solicitação, iremos cumprir as suas restrições, exceto se as informações forem necessárias para tratamento de emergência.

Os nossos Prestadores de Cuidados de Saúde têm de concordar com o seu pedido para restringir divulgações de Informações Médicas se (i) as divulgações forem para pagamento ou operações de cuidados de saúde (e não forem exigidas por lei) e (ii) as informações se referirem apenas a itens ou serviços de cuidados de saúde pelos quais você, ou outra pessoa em seu nome (que não os Nossos Planos de Saúde) tenha pago na íntegra.

Direito de solicitar um método alternativo de contacto: o associado tem o direito de solicitar por escrito que entremos em contacto consigo num local diferente ou utilizando um método diferente. Por exemplo, poderá preferir que todas as informações escritas sejam enviadas para o seu endereço comercial, em vez de para o seu endereço residencial ou e-mail. Os Nossos Prestadores de Cuidados de saúde irão concordar com qualquer pedido razoável relativamente a métodos alternativos de contacto.

SECÇÃO 6: o associado pode registar uma reclamação sobre 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 um membro do CCA Medicare Maximum, tem o direito de obter vários tipos de informações através de nós.

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 fornecem informações sobre serviços médicos. O Capítulo 5 fornece informações sobre a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Informação sobre os motivos pelos quais algo não está coberto e o que pode fazer em relação a isso.** O Capítulo 8 fornece informações sobre como solicitar uma explicação por escrito sobre o motivo pelo qual um serviço médico ou medicamento da Parte D não está coberto ou se a sua cobertura está restrita. O Capítulo 8 também fornece informações sobre como nos pedir para alterar uma decisão, também chamada recurso.

Secção 1.6	Devemos apoiar o seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados
-------------------	--

Você tem o direito de conhecer as suas opções de tratamento e de participar nas decisões sobre os seus cuidados de saúde

Ao receber os serviços, você tem o direito de obter informações completas dos seus prestadores 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*.

Você também tem o direito de participar plenamente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde. Para ajudá-lo a tomar decisões com os seus prestadores de cuidados de saúde sobre que tratamento é melhor para si, os seus direitos incluem o seguinte:

- **Conhecer todas as suas escolhas.** Tem o direito de discutir as opções de tratamento apropriadas ou medicamento necessárias que são recomendadas para a sua condição, independentemente do custo ou de estarem ou não cobertas pelo nosso plano. Também inclui ser informado sobre os programas que o nosso plano oferece para ajudar os membros a administrarem os seus medicamentos e a usarem medicamentos com segurança.
- **Conhecer os riscos.** Você tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos nos seus cuidados. Você tem de ser informado com antecedência caso algum cuidado ou tratamento médico proposto fizer parte de uma experiência de investigação. Você tem sempre a opção de recusar qualquer tratamento experimental.
- **Direito de dizer “não.”** Você tem o direito de recusar qualquer tratamento recomendado. Tal inclui o direito de sair de um hospital ou de outra instalação médica, mesmo que o seu prestador de cuidados de saúde o aconselhe a não sair. Você 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.
- **Estar livre de qualquer forma de restrição.** Tem o direito de estar livre de restrições ou isolamento usados como meio de coerção, disciplina, conveniência ou retaliação.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

- **Receber uma explicação caso seja negada a cobertura de cuidados.** Você tem o direito de receber uma explicação nossa se um prestador negar os cuidados lhe parece que deveria receber. Para receber esta explicação, terá de nos solicitar uma decisão de cobertura. O Capítulo 9 deste folheto explica como solicitar uma decisão de cobertura ao plano.

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. Em Rhode Island, uma **procuração durável para a saúde** é um exemplo de uma diretiva antecipada. Noutros estados, documentos chamados **testamento vital** e **procuração para cuidados de saúde**. 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. **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 prestador de cuidados de saúde e à pessoa que nomear no formulário como a pessoa que pode tomar decisões por si se não puder. Pode querer facultar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

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 prestador 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 9 deste documento 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 1.8	Você tem o direito de fazer recomendações sobre a nossa política de direitos e responsabilidades dos membros
-------------------	---

Se tiver alguma recomendação a fazer sobre a nossa política de direitos e responsabilidades dos associados, pode partilhar a sua sugestão telefonando para o Serviço de Apoio a Associados.

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 **Gabinete de Direitos Civis** através do 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.
- 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, Secção 3.
- 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 Você 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 fornecem os detalhes sobre os seus serviços médicos.
 - O Capítulo 5 fornece 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 nos informar.** O Capítulo 1 informa-o sobre a coordenação destes benefícios.
- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde que está inscrito no nosso plano.** Mostre o seu cartão de adesão do plano e o seu cartão Medicaid sempre que receber os seus cuidados médicos ou receitas para medicamentos da Parte D.
- **Ajude os seus médicos e outros prestadores a ajudá-lo, facultando-lhes informações, fazendo perguntas e acompanhando os seus cuidados.**
 - Para ajudar a obter os melhores cuidados, informe os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde sobre os seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento 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 conhecem todos os medicamentos que está a tomar, incluindo medicamentos de venda sem 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 pacientes. Também esperamos que de você que aja de forma a ajudar ao bom funcionamento do consultório do prestador, hospitais e outras instalações.

Capítulo 8 Os seus direitos e responsabilidades

- **Pague o que deve.** Como associado do plano, você é responsável pelos seguintes pagamentos:
 - Para ser elegível para o nosso plano, tem de ter o Medicare Parte A e o Medicare Parte B. Para a maioria dos membros do CCA Medicare Maximum, o Rhode Island Medicaid paga pelo prémio da Parte A (se não se qualificar automaticamente) e pelo prémio da Parte B. Se o Rhode Island Medicaid não estiver a pagar os seus prémios do Medicare, tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare para permanecer membro do plano.

Se receber quaisquer serviços médicos ou medicamentos que não estejam cobertos pelo nosso plano, terá de pagar o custo total respetivo.
 - Se for obrigado a pagar o montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos mais altos (conforme informado na sua última declaração fiscal), deverá 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 membro atualizado e saber como entrar em contacto consigo.
- **Caso se mude *para fora* da área de serviço do nosso plano, não poderá permanecer membro do nosso plano.**
- Caso mude de residência, também é importante avisar a Segurança Social (ou o Railroad Retirement Board).

CAPÍTULO 9:

*O que fazer se tiver um problema ou
uma reclamação a apresentar
(decisões de cobertura, recursos e
reclamações)*

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**SECÇÃO 1 Introdução****Secção 1.1 O que fazer se tiver um problema ou preocupação**

Este capítulo explica os processos para lidar com problemas e preocupações. O processo que utiliza para lidar com o seu problema depende de duas coisas:

1. Quer o seu problema esteja relacionado com benefícios cobertos pela **Medicare** ou pela **Medicaid**. Se quiser ajudar a decidir se quer usar o processo Medicare ou o processo Medicaid, ou ambos, contacte o Serviço de Atendimento a Membros.
2. O tipo de problema que está a ter:
 - 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.

Estes 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 o ajudar a saber que termos usar, incluímos termos legais quando fornecemos os detalhes para lidar com tipos específicos de situações.

SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada

Estamos sempre disponíveis para o ajudar. Mesmo que tenha uma reclamação sobre o nosso tratamento, somos obrigados a 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 websites 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 TTY devem contactar o número 1-877-486-2048.
- Pode também aceder ao website do Medicare (www.medicare.gov).

Pode obter ajuda e informações junto do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) para o Rhode Island Medicaid

Para mais informações e ajuda na resolução de um problema, pode também contactar o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) para o Rhode Island Medicaid. Aqui estão duas formas de obter informações diretamente do Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) para o Rhode Island Medicaid:

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Pode ligar para 1-401-462-5274. Os utilizadores TTY devem contactar o número 711.
- Pode visitar o website do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) do Rhode Island Medicaid (<http://www.eohhs.ri.gov/>).

SECÇÃO 3 Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar?

Dado que tem Medicare e obtém assistência do Medicaid, tem processos diferentes que pode utilizar para lidar com o seu problema ou reclamação. O processo a utilizar depende se o problema é sobre os benefícios do Medicare ou benefícios do Medicaid. Se o seu problema for sobre um benefício coberto pelo Medicare, então deve usar o processo Medicare. Se o seu problema for sobre um benefício coberto pelo Medicaid, deve utilizar o processo do Medicaid. Se quiser ajudar a decidir se quer usar o processo Medicare ou o processo Medicaid, contacte o Serviço de Atendimento a Associados.

O processo Medicare e o processo Medicaid são descritos em diferentes partes deste capítulo. Para saber que parte deve ler, utilize o gráfico abaixo.

O seu problema é sobre os benefícios da Medicare ou benefícios da Medicaid?

Se quiser ajuda para decidir se o seu problema é sobre os benefícios da Medicare ou benefícios da Medicaid, contacte o Serviço de Atendimento a Associados.

O meu problema é sobre os benefícios **da Medicare**.

Avance para a secção seguinte deste capítulo, **Secção 4, W**Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios Medicare.

O meu problema é sobre a cobertura do **Medicaid**.

Avance para a **Secção 12** deste capítulo, **Lidar com problemas relacionados com os seus benefícios Medicaid**.

PROBLEMAS RELATIVOS AOS SEUS BENEFÍCIOS MEDICARE

SECÇÃO 4 Lidar com problemas relativos aos seus benefícios Medicare

Secção 4.1	Terá de seguir o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou deve utilizar o processo para fazer queixas?
-------------------	---

Se tiver um problema ou preocupação, basta ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. As informações abaixo ajudá-lo-ão a encontrar a secção certa deste capítulo sobre problemas ou reclamações relativamente a **benefícios cobertos pelo Medicare**.

Para saber que parte deste capítulo ajudará a resolver o seu problema ou preocupação no que se refere aos seus benefícios do **Medicare**, use esta tabela:

O seu problema ou preocupação é sobre os seus benefícios ou a sua cobertura?

Tal inclui problemas sobre se cuidados médicos (itens médicos, serviços e/ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B) estão cobertos ou não e problemas relacionados com o pagamento de cuidados médicos.

Sim.

Consulte para a próxima secção deste capítulo, **Secção 5, Um guia das noções básicas de decisões e recursos relativamente a cobertura**.

Não.

Avance para a **Secção 11** no fim deste capítulo: **Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempo de espera, atendimento ao cliente ou outras questões**.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

SECÇÃO 5 Guia de noções básicas sobre decisões de cobertura e recursos

Secção 5.1 Solicitar decisões de cobertura e recursos: o panorama geral

As decisões de cobertura e recursos tratam de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para os cuidados médicos (serviços, itens e medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B, incluindo pagamento). Para simplificar, geralmente referimo-nos a itens médicos, serviços e medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare Parte B como **cuidados médicos**. Utiliza o 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 pagaremos pelos seus cuidados médicos. Por exemplo, se o seu prestador de cuidados de saúde da rede do plano o encaminhar para um especialista médico fora da rede, este encaminhamento é considerado uma decisão de cobertura (favorável), a menos que o seu prestador de cuidados de saúde da rede possa mostrar que recebeu um aviso de recusa padrão deste especialista médico, ou a Prova de Cobertura deixe claro que o referido serviço nunca está coberto sob qualquer condição. O associado ou o 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 você acha que precisa. Por outras palavras, se quiser saber se iremos cobrir um cuidado médico antes de o receber, poderá pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura para si. Em circunstâncias limitadas, uma solicitação de decisão de cobertura será recusada imediatamente, o que significa que não analisaremos a solicitação. Tal acontece, por exemplo, se a solicitação estiver incompleta, se alguém fizer a solicitação em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo ou se você 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 cuidado médico não está coberto ou já não está coberto pelo Medicare no seu caso. Se discordar desta decisão de cobertura, poderá apresentar um recurso.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Apresentar um recurso

Se tomarmos uma decisão de cobertura, quer antes ou depois de ser recebido um benefício, 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, você 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 você solicitar que a sua solicitação seja retirada. Se rejeitarmos imediatamente um recurso de Nível 1, enviaremos um aviso a explicar porque tal ocorreu e como solicitar uma revisão da rejeição.

Se recusarmos a totalidade ou parte do seu recurso de Nível 1, o seu recurso irá automaticamente para o Nível 2. O recurso de Nível 2 é tratado por organizações de revisão independentes que não estão ligadas a nós.

- Não precisa de fazer nada para iniciar um recurso de Nível 2. As regras da Medicare exigem que enviemos automaticamente o seu recurso 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.
- Para 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 10 neste capítulo explica os processos de recurso de Nível 3, 4 e 5).

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Secção 5.2 Como obter ajuda ao solicitar uma decisão de cobertura ou ao apresentar um recurso**

Seguem-se os recursos se decidir solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão:

- Pode **telefonar-nos para o Serviço de Apoio a Associados**.
- **Pode obter assistência** do Rhode Island State Health Insurance Assistance Program [Programa Estadual de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island].
- **O seu médico ou outro profissional de saúde pode fazer uma solicitação para si.** Se o seu prestador de cuidados de saúde ajudar com um recurso que ultrapasse o Nível 2, terá de ser nomeado como seu representante. Ligue para o Serviço de Apoio 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, o seu outro prestador de cuidados de saúde pode solicitar uma decisão em termos de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso for recusado no Nível 1, será automaticamente encaminhado para o Nível 2.
 - Se o seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde solicitar que um serviço ou produto que já esteja a receber seja continuado durante o recurso, você pode nomear o seu médico ou outro prescritor como seu representante para agir em seu nome.
 - Para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, o seu prestador de cuidados de saúde 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 prestador de cuidados de saúde ou prescritor pode solicitar um recurso de Nível 2.
- **Você pode pedir a alguém para agir no seu nome.** Se pretender, você 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

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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. Você 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 entrar em contacto com o seu próprio advogado ou obter o nome de um advogado na sua ordem de advogados local ou noutro serviço de referência. Existem também grupos que lhe prestarão serviços jurídicos gratuitos, caso se qualifique. Contudo, **você não é obrigado a contratar um advogado** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão.

Secção 5.3 Que secção deste capítulo fornece os detalhes 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 6** deste capítulo, “Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso”
- **Secção 7** deste capítulo, “Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D”: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso”
- **Secção 8** deste capítulo, “Como pedir-nos para cobrirmos um internamento hospitalar mais longo, se lhe parecer que o prestador de cuidados de saúde lhe está a dar alta demasiado cedo”
- **Secção 9** deste capítulo, “Como solicitar-nos para continuarmos a cobrir determinados serviços médicos se lhe parecer que a sua cobertura está a

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

terminar demasiado cedo” (*Aplica-se apenas a estes serviços*: assistência médica ao domicílio, cuidados em enfermaria especializada e Instalações de Reabilitação em Ambulatório Abrangente (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 Programa Estatal de Assistência de Seguros de Saúde de Rhode Island.

SECÇÃO 6 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura

Secção 6.1	Esta secção informa o que fazer se tiver problemas para obter cobertura para cuidados médicos ou se quiser que o reembolsemos pelo seu atendimento
-------------------	---

Esta secção trata dos seus benefícios relativamente a serviços e cuidados médicos. Estes benefícios são descritos no Capítulo 4 deste documento: *Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto)*. Em alguns casos, aplicam-se regras diferentes a uma solicitação de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B. Nestes casos, explicaremos como as regras para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B são diferentes das regras para itens e serviços médicos.

Esta secção informa o que você pode fazer se estiver em qualquer uma das cinco situações a seguir:

1. Não 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 6.2.**
2. O nosso plano não aprova os cuidados médicos que o seu médico ou outro profissional de saúde pretende oferecer-lhe e a você parece-lhe que esses cuidados são cobertos pelo plano. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 6.2.**
3. Recebeu cuidados médicos que lhe parece serem cobertos pelo nosso plano, mas dissemos que não pagamos por tais cuidados. **Pedir um recurso. Secção 6.3.**

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

4. Recebeu e pagou por cuidados médicos que acha que o nosso plano deve cobrir e pretende solicitar ao nosso plano o reembolso por tais cuidados. **Envie-nos a fatura. Secção 6.5.**
5. Está a ser informado de que a cobertura de determinados cuidados médicos que tem recebido (que aprovámos anteriormente) será reduzida ou interrompida e parece-lhe que a redução ou a interrupção desses cuidados pode prejudicar a sua saúde. **Pedir um recurso. Secção 6.3.**

Nota: se a cobertura que será interrompida for relativa a cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de 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 6.2	Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura rápida
-------------------	--

Termos legais

Quando uma decisão de cobertura envolve os seus cuidados médicos, chama-se uma **determinação da organização integrada**.

Uma decisão de cobertura rápida é denominada **determinação acelerada**.

Passo 1: 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*.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **Se o seu prestador de cuidados de saúde ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma decisão de cobertura rápida, concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu prestador de cuidados de saúde, decidiremos se o seu plano de saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:
 - Explica que vamos 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

Passo 2: Peça ao nosso plano para tomar uma decisão de cobertura ou uma decisão de cobertura rápida.

- Comece por telefonar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano para fazer a sua solicitação para que autorizemos ou forneçamos cobertura para os cuidados médicos que pretende. O associado, o seu prestador de cuidados de saúde ou o seu representante podem fazê-lo. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Passo 3: Consideramos a sua solicitação de cobertura de cuidados médicos e daremos a nossa resposta.

Para decisões de cobertura 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

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 11 deste capítulo.)

Para decisões de cobertura rápidas, 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 11 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.

Passo 4: 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Secção 6.3 Passo a passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1****Termos legais**

Um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de cuidados médicos é chamado **reconsideração** do plano.

Um recurso rápido é também chamado de **reconsideração acelerada**.

Passo 1: Decida se precisa de um recurso padrão ou de um recurso rápido.

Um recurso padrão é geralmente feito dentro de 30 dias ou 7 dias para medicamentos da Parte B. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas.

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura de cuidados que ainda não tenha recebido, você e/ou o seu prestador de cuidados de saúde terão de decidir se necessita de um recurso rápido. Se o seu prestador de cuidados de saúde nos declarar que a sua saúde requer um recurso rápido, forneceremos um recurso rápido.
- Os requisitos para obter um recurso rápido são os mesmos que para obter uma “decisão de cobertura rápida”, conforme a Secção 6.2 deste capítulo.

Passo 2: Peça ao nosso plano um recurso ou um recurso rápido

- **Se estiver a solicitar um recurso 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **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 analisamos 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 demormos 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 6.4 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 padrão, temos de responder **até 30 dias** após a receção do recurso. Se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

do Medicare Parte B que ainda não tenha recebido, apresentar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 7 dias de calendário** após recebermos 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. (Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 11 deste capítulo.)
- Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo (ou até ao final do período de tempo prolongado), enviaremos o seu pedido para um recurso de Nível 2, onde uma organização de revisão independente analisará o recurso. A Secção 6.4 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**, ou, **no prazo de 7 dias** se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B, depois de recebermos o seu recurso.
- **Se o nosso plano recusar parte ou a totalidade do seu recurso, você tem direitos adicionais de recurso.**
- Se recusarmos a parte ou à totalidade do que pediu, enviaremos uma carta.
 - Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do Medicare, a carta informará que enviamos o seu caso para a organização de revisão independente para um recurso de Nível 2.
 - Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do MassHealth (Medicaid), a carta informará como o associado pode apresentar um recurso de Nível 2 por si mesmo.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Secção 6.4 Passo a passo: Como é efetuado um Recurso de Nível 2****Termo legal**

O nome formal da organização de revisão independente é **Entidade de Revisão Independente**. Por vezes é denominada **IRE**.

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.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que geralmente é coberto pelo Medicare, enviaremos automaticamente o seu caso para o Nível 2 do processo de recurso assim que o recurso de Nível 1 for concluído.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que geralmente é coberto pelo Medicaid, você mesmo pode apresentar um recurso de Nível 2. A carta irá dizer-lhe como fazê-lo. As informações também estão abaixo.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que possa ser coberto pelo Medicare e pelo Medicaid, receberá automaticamente um recurso de Nível 2 junto da organização de revisão independente. Também pode solicitar uma Audiência Justa perante o estado.

Se você se qualificou para a continuação dos benefícios quando apresentou o seu recurso de Nível 1, os seus benefícios para o serviço, produto ou medicamento sob recurso também podem continuar durante o Nível 2. Consulte a página 209 para obter informações sobre a continuação dos seus benefícios durante Recursos de Nível 1.

- Se o seu problema for sobre um serviço que geralmente está coberto apenas pelo Medicare, os seus benefícios para este serviço não continuarão durante o processo de recurso de Nível 2 com a organização de revisão independente.
- Se o seu problema for sobre um serviço que geralmente está coberto pelo Medicaid, os seus benefícios para este serviço continuarão se enviar um recurso de Nível 2 no prazo de 10 dias após receber a carta de decisão do plano.

Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que o Medicare geralmente cobre:

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**. **Você tem o direito de nos solicitar uma cópia do arquivo do seu processo.**

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Você 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.
- Se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico e a Organização de Revisão Independente precisar de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **pode demorar até mais de 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

- Para o recurso padrão, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico, a organização de revisão tem de dar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 30 dias** a partir do momento em que recebe o seu recurso. Se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B, a organização de revisão tem de lhe apresentar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias de calendário** a partir da data em que receber o seu recurso.
- Contudo, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico e a organização de revisão independente precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, **pode demorar até mais 14 dias**. 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **Se a organização de revisão independente 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** após termos recebido a decisão da organização de revisão independente para **pedidos normais** ou fornecer o serviço **no prazo de 72 horas** a partir da data em que o plano recebe a decisão da organização de revisão independente para **pedidos acelerados**.
- **Se a organização de revisão independente disser sim a uma parte ou à totalidade de um pedido de um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B**, temos de autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B **no prazo de 72 horas** após termos recebido a decisão da organização de revisão independente para **pedidos normais** ou **no prazo de 24 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão independente para **pedidos acelerados**.
- **Se esta organização responder negativamente a parte ou à totalidade do seu recurso**, significa que concorda com o nosso plano, ou seja, que a sua solicitação (ou parte da sua solicitação) de cobertura de cuidados médicos não deve ser aprovada. (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 informará o valor em dólares que tem de pagar para continuar com o processo de recurso.
 - Informá-lo sobre como apresentar um recurso de Nível 3.

Passo 3: 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 10 neste capítulo detalha os processos de recurso dos Níveis 3, 4 e 5.

Secção 6.5**E se estiver a solicitar-nos que paguemos uma conta que recebeu por cuidados médicos?**

Não podemos reembolsá-lo diretamente por um serviço ou equipamento Medicaid. Se receber uma fatura por serviços e produtos cobertos pelo Medicaid, envie-nos essa fatura. **Não deve pagar a fatura.** Contactaremos o prestador diretamente e trataremos do problema. Mas, se pagar a fatura, poderá obter um reembolso desse prestador de cuidados de saúde se tiver seguido as regras para obtenção do serviço ou produto.

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 quiser que o reembolsemos por um serviço ou produto **Medicare**, ou se estiver a solicitar-nos para pagarmos a um prestador de cuidados de saúde por um serviço ou produto do Medicaid pelo qual tenha pago, solicitará que tomemos esta decisão de cobertura. Verificaremos se os cuidados médicos pelos quais pagou correspondem a um serviço coberto. Iremos também verificar se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos.

- **Se respondermos afirmativamente ao seu pedido:** se os cuidados médicos estiverem cobertos e seguir todas as regras, enviaremos o pagamento no prazo de 60 dias após recebermos o seu pedido.
- **Se respondermos negativamente ao seu pedido:** Se os cuidados médicos **não** forem cobertos, ou você **não** tiver seguido todas as regras, não enviaremos o pagamento. Em vez disso, enviaremos uma carta a informá-lo que não pagaremos pelos serviços e os motivos.

Se não concordar com a nossa decisão de recusa do seu pedido, **pode apresentar um recurso**. Se apresentar um recurso, significa que nos está a solicitar para alterarmos a decisão de cobertura que tomámos quando recusámos a sua solicitação de pagamento.

Para apresentar esse recurso, siga o processo de recurso que descrevemos na Secção 5.3. Para recursos relativos ao reembolso, tenha em atenção:

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- 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 7 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Secção 7.1	Esta secção informa o que fazer se tiver problemas para obter um medicamento da Parte D ou se quiser que o reembolsemos por um medicamento da Parte D
-------------------	--

Os seus benefícios incluem cobertura para muitos medicamentos sujeitos a receita médica. Para ser coberto, o medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. (Consulte o Capítulo 5 para mais informações sobre uma indicação medicamente aceite.) Para obter detalhes sobre medicamentos, regras e restrições da Parte D, consulte o Capítulo 5. **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 e ambulatório coberto*. 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Recursos e decisões de cobertura da Parte D**

Termo legal
Uma decisão de cobertura inicial sobre os seus medicamentos da Parte D é denominada determinação de cobertura .

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus medicamentos. Esta secção informa o que você pode fazer se estiver em qualquer uma das situações a seguir:

- Pedido para cobrir um medicamento da Parte D que não consta na *Lista de Medicamentos (Formulário)* cobertos do plano. **Peça uma exceção. Secção 7.2.**
- Pedido 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 7.2.**
- Pedido para pré-aprovação de um medicamento. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 7.4.**
- Pagamento por um medicamento sujeito a receita médica que já comprou. **Peça-nos um reembolso. Secção 7.4.**

Se discordar de uma decisão de cobertura que tomámos, pode recorrer da nossa decisão.

Esta secção explica como solicitar decisões de cobertura e como solicitar um recurso.

Secção 7.2 O que é uma exceção?

Termos legais
O pedido de cobertura de um medicamento que não está na Lista de Medicamentos por vezes é denominado pedido de exceção ao formulário .
Pedir a remoção de uma restrição na cobertura de um medicamento por vezes é denominado solicitar uma exceção ao formulário .
Pedir para pagar um preço mais baixo por um medicamento não-preferido coberto é por vezes chamado pedir uma exceção por níveis .

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Se um medicamento não for coberto da maneira que pretende, pode solicitar-nos para abrimos uma **exceção**. Uma exceção é um tipo de decisão de cobertura.

Para que possamos considerar o seu pedido de exceção, o seu prestador de cuidados de saúde ou outro prescritor terá de explicar os motivos médicos pelos quais precisa da exceção aprovada. Seguem-se dois exemplos de exceções que você ou o seu prestador ou outro prescritor nos podem solicitar que abramos:

- 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”, irá pagar \$0 pela medicação coberta.
- 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, paga \$0 pela medicação coberta.

Secção 7.3	Coisas importantes a saber sobre como solicitar exceções
-------------------	---

O seu prestador de cuidados de saúde tem de nos informar dos motivos médicos

O seu prestador ou outro prescritor tem de nos fornecer uma declaração a explicar os motivos médicos para solicitar uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua essas informações médicas do seu prestador ou de outro prescritor ao solicitar a exceção.

Normalmente, a nossa “Lista de Medicamentos” inclui mais de um medicamento para o tratamento de uma condição específica. Estas diferentes possibilidades são denominadas medicamentos **alternativos**. Se um medicamento alternativo for tão eficaz como o medicamento que está a solicitar e não causar mais efeitos secundários ou outros problemas de saúde, geralmente **não** aprovaremos o seu pedido de exceção.

Podemos responder 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 aplica-se desde que o seu prestador de cuidados de saúde continue a prescrever o medicamento e esse medicamento continue a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.
- Se respondermos negativamente ao seu pedido, você pode solicitar outra revisão da nossa decisão apresentando um recurso.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Secção 7.4 Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção****Termo legal**

Uma decisão de cobertura rápida é denominada **determinação de cobertura acelerada**.

Passo 1: Decida se precisa de uma decisão de cobertura 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 de cuidados de saúde.

Se a sua saúde o exigir, peça-nos para lhe fornecermos uma decisão de cobertura rápida. Para obter uma decisão de cobertura rápida, é necessário cumprir 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 prestador ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma decisão de cobertura rápida, automaticamente dar-lhe-emos uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu prestador de cuidados de saúde 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 prestador 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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. Temos de aceitar qualquer pedido por escrito, incluindo um pedido enviado no CMS Model Coverage Determination Requeste form ou no formulário do nosso plano, que está disponível no nosso website. 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.

Isto pode ser feito por si, pelo seu prestador ou pelo seu representante (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 prestador ou outro prescritor pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. Ou seu prestador ou outro profissional de saúde podem informar-nos por telefone e fazer o acompanhamento 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **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 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 afirmativa para parte ou a totalidade do que solicitou**, teremos de **fornecer a cobertura** que concordámos fornecer **no prazo de 72 horas** após recebermos a sua solicitação ou uma declaração do prestador de cuidados de saúde a apoiar a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **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. Isto significa pedir novamente para obter a cobertura de medicamentos que pretende. Se apresentar um recurso, isto significa que vai passar para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 7.5	Passo a passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1
-------------------	---

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 padrão ou de um recurso rápido.

Um recurso padrão é normalmente apresentado no prazo de 7 dias. Um recurso rápido é geralmente apresentado no prazo de 72 horas. Se a sua saúde assim o exigir, peça um recurso rápido.

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre um medicamento que ainda não tenha recebido, você e o seu prestador 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, prestador de cuidados de saúde ou outro prescritor devem contactar-nos e apresentar o seu recurso de Nível 1. Se a sua saúde exigir uma resposta rápida, você tem de solicitar um **recurso rápido**.

- **Para recursos padrão, envie um pedido por escrito ou ligue-nos.** O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **Para recursos rápidos, envie o seu recurso por escrito ou telefonemos para o número 833-346-9222.** 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.
- **Você 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 prestador 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou**, teremos de fornecer a cobertura que concordámos no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu recurso, você decide se pretende continuar com o processo de recurso ou apresentar um novo recurso.

- Se decidir apresentar outro recurso, significa que o mesmo segue para o Nível 2 do processo de recurso.

Secção 7.6	Passo a passo: Como apresentar um Recurso de Nível 2
-------------------	---

Termo legal

O nome formal da organização de revisão independente é Entidade de Revisão Independente . Por vezes é denominada IRE .
--

A organização 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 (o seu representante, prestador 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 você tem de seguir e como entrar em contacto com a organização revisora. Se, no entanto, não concluirmos a nossa revisão dentro do prazo aplicável, ou tomarmos uma decisão desfavorável relativamente à determinação de **em risco** no âmbito do nosso programa de gestão de medicamentos, encaminharemos automaticamente a sua reclamação para a organização de revisão independente (ORI).
- Enviaremos as informações sobre o seu recurso a esta organização. Estas informações são denominadas arquivo do processo. **Você tem o direito de nos solicitar uma cópia do arquivo do seu processo.**
- Você tem o direito de fornecer à Organização de Revisão Independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 revisora tem de apresentar-lhe uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 14 dias de calendário** depois de receber o seu pedido.

Passo 3: A Organização 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 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

E se a organização revisora 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 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre os níveis 3, 4 e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 8 Como solicitar cobertura de um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o médico lhe está a dar alta cedo demais

Quando é admitido num hospital, você tem o direito de receber todos os serviços hospitalares cobertos necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante o seu internamento hospitalar coberto, o seu prestador de cuidados de saúde e a equipa do hospital irão coordenar-se consigo para o preparar para o dia em que irá deixar o hospital. Ajudá-lo-ão a providenciar os cuidados de que poderá precisar após a sua saída.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- O dia em que sai do hospital é denominado **data da alta**.
- Quando a sua data de alta for decidida, o seu prestador de cuidados de saúde ou a equipa do hospital informá-lo-ão.
- Se considerar que lhe está a ser pedido que saia do hospital demasiado cedo, poderá solicitar um internamento hospitalar mais longo, e o seu pedido será considerado.

Secção 8.1	Durante o internamento hospitalar, receberá uma notificação por escrito do Medicare que trata dos seus direitos
-------------------	--

Nos dois dias após ter sido internado num hospital, ser-lhe-á dada uma notificação por escrito chamada *Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos*. Todas as pessoas com Medicare recebem uma cópia deste aviso.

Se não receber o aviso de alguém no hospital (por exemplo, um assistente ou enfermeiro), peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, ligue para o Serviço de Atendimento 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 por escrito para mostrar que o recebeu e que compreende os seus direitos.

- Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- 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, você 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 8.2**Passo a passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1 para alterar a sua data de alta hospitalar**

Se pretende solicitar que os seus serviços de internamento hospitalar sejam cobertos por nós por mais tempo, terá de 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 planeada é medicamente apropriada para si.

A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de prestadores 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 apresentar o seu recurso, tem de entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade **antes** de sair do hospital e **o mais tardar à meia-noite do dia da sua alta**.
 - **Se cumprir este prazo**, poderá ficar no hospital *depois* da sua data de alta *sem pagar por isso* enquanto espera para obter a decisão da Organização de Melhoria da Qualidade.
 - **Se não cumprir este prazo** e decidir ficar no hospital após a data de alta agendada, *poderá ter de pagar todos os custos* dos cuidados hospitalares que receber após a sua data de alta agendada.
- Se não cumprir o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade e ainda pretender recorrer, tem de apresentar um recurso diretamente ao nosso plano. Para obter os detalhes sobre essa outra maneira de apresentar o seu recurso, consulte a Secção 8.4 deste capítulo.

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 (cl 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 um exemplo de aviso online em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade conduz uma revisão independente do seu caso.

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntar-lhe-ão (ou ao seu representante) porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. Você não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se quiser.
- Os revisores também examinarão as suas informações médicas, falarão com seu prestador de cuidados de saúde e analisarão as informações que o hospital e nós lhe fornecermos.
- Até ao meio-dia do dia após os revisores nos informarem sobre o seu recurso, receberá uma notificação por escrito que indica a sua data de alta 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 (cl clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

Passo 3: No prazo de um dia inteiro após ter todas as informações necessárias, a Organização de Melhoria da Qualidade dar-lhe-á a resposta ao seu recurso.

O que acontece se a resposta for positiva?

- Se a organização de revisão responder *afirmativamente*, **teremos de continuar a cobrir os seus serviços hospitalares de internamento cobertos durante o tempo que forem medicamente necessários.**
- Você 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 revisora responder negativamente ao seu recurso e você se decidir ficar no hospital, **poderá ter de pagar o custo total** de atendimento hospitalar que receber após o meio-dia do dia seguinte à Organização de Melhoria da Qualidade dar resposta ao seu recurso.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, você decide se pretende apresentar outro recurso.

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade *recusar o seu recurso* e 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 8.3**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, você pode ter que pagar o custo total da sua permanência após a data de alta planeada.

Passo 1: Contacte a Organização de Melhoria da Qualidade novamente e pede outra revisão.

- Tem de solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias de calendário** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu **Não** ao seu Recurso de Nível 1. Pode solicitar essa revisão apenas se permanecer no hospital após a data em que a cobertura do atendimento tiver terminado.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias após a receção de um recurso de Nível 2, os revisores decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

Se a organização revisora responder positivamente:

- **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.**

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e podem ser aplicadas limitações de cobertura.

Se a organização revisora responder negativamente:

- Significa que concordam com a decisão que tomaram em relação ao seu recurso de Nível 1.
- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão.

Passo 4: Se a resposta for negativa, você terá de decidir se pretende levar o recurso adiante, passando para o Nível 3.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Os detalhes sobre como pedir um recurso de Nível 3 estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A Secção 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre os níveis 3, 4 e 5 do processo de recurso.

Secção 8.4	E se não cumprir o prazo para apresentar o seu Recurso de Nível 1 para alterar a sua data de alta do hospital?
-------------------	---

Termo legal

Uma revisão rápida (ou recurso rápido) também é denominada recurso acelerado .

Você 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 seguir essa outra maneira de apresentar o seu recurso, *os primeiros dois níveis de recurso são diferentes*.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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.

Passo 2: 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.

Passo 3: Informá-lo-emos da nossa decisão no prazo de 72 horas após solicitar uma revisão rápida.

- **Se respondermos afirmativamente ao recurso**, significa que concordámos consigo 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. (você 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Passo 4: 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 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: 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 11 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

Passo 2: A organização de revisão independente 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. Temos de também continuar a cobertura do plano dos seus serviços hospitalares como doente internado enquanto for medicamente necessária. Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, as mesmas podem limitar quanto reembolsamos ou por quanto tempo continuamos a cobrir os seus serviços.
- Se esta organização responder *negativamente* ao seu recurso**, isso significa que concorda que a data de alta hospitalar agendada foi medicamente apropriada.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- A notificação por escrito que receber da organização de revisão independente dir-lhe-á como iniciar um recurso de Nível 3, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou advogado adjudicatário.

Passo 3: Se a Organização de Revisão Independente recusar o seu recurso, você decide se pretende levá-lo adiante.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Se os revisores responderem negativamente ao seu recurso de Nível 2, você decide se aceita a decisão ou se passa para o Nível 3.
- A Secção 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre os níveis 3, 4 e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 9 Como solicitar-nos para continuarmos a cobrir certos serviços médicos se lhe parecer que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo

Secção 9.1	<i>Esta Secção trata apenas de três serviços:</i> Cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados e Serviços de Instalações de Reabilitação Ambulatorial 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 este cuidado terminar, **deixamos parar de pagar** pelo seu serviço.

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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Secção 9.2 Avisaremos com antecedência quando a sua cobertura terminar****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 não significa que concorda** com o plano de que é o momento de parar de receber o atendimento.

Secção 9.3 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Se nos quiser solicitar para cobrirmos os seus cuidados durante um período mais longo, terá de 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 melhorar 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 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 Organização de Melhoria da Qualidade para iniciar o seu recurso até ao **meio-dia do dia anterior à data de vigência** no *Aviso de Não Cobertura da Medicare*.
- Se você não cumprir o prazo para entrar em contacto com Organização de Melhoria da Qualidade e ainda quiser apresentar um recurso, tem de apresentar um recurso diretamente a nós. Para obter detalhes sobre a outra maneira de apresentar o seu recurso, consulte a Secção 9.5 deste capítulo.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade conduz uma revisão independente do seu caso.

Termo legal
Explicação detalhada da não cobertura. Aviso que fornece detalhes sobre os motivos para terminar a cobertura.

O que acontece durante esta revisão?

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade (os revisores) perguntar-lhe-ão a si, ou ao seu representante, porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. Você não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se quiser.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- 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.**
- Você 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 obter os serviços de cuidados de saúde domiciliários, cuidados prestados por uma unidade de enfermagem especializada ou serviços em instalação abrangente de reabilitação em ambulatório (CORF) **depois** da data em que a sua cobertura termina, **terá de pagar o custo total destes cuidados.**

Passo 4: Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, você decide se pretende apresentar outro recurso.

- Se os revisores responderem negativamente ao seu recurso de Nível 1 e se optar por continuar a receber o atendimento após o término da sua cobertura, poderá apresentar um recurso de Nível 2.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Secção 9.4	Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo
-------------------	--

Durante um recurso de Nível 2, você pede à Organização de Melhoria da Qualidade que analise novamente a decisão tomada no seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, você pode ter que pagar pelo custo total dos seus cuidados de saúde domiciliares, cuidados em enfermaria especializada ou serviços de Instalações de Reabilitação Ambulatorial Abrangentes (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 pedir esta revisão **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu Não ao seu recurso de Nível 1. Você apenas pode solicitar esta revisão se continuar a receber cuidados após a data em que a sua cobertura de cuidados tiver terminado.

Passo 2: A Organização de Melhoria da Qualidade faz uma segunda revisão da sua situação.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade examinarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias após a receção da sua solicitação de recurso, os revisores decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.***o que acontece se a organização 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.
- Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos e poderá haver limitações de cobertura aplicáveis.

O que acontece se a organização revisora responder negativamente?

- Isto significa que concorda com a decisão tomada no seu recurso de Nível 1.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecerá os detalhes sobre como avançar para a próxima instância de recurso, que é tratada por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.

Passo 4: Se a resposta for negativa, você terá de decidir se pretende levar o recurso adiante.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, 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 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre os níveis 3, 4 e 5 do processo de recurso.

Secção 9.5	E se você não cumprir o prazo para apresentar o seu recurso de Nível 1?
-------------------	--

Você pode recorrer perante nós em vez disso

Conforme explicado acima, 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 você não cumprir o prazo para entrar em contacto com esta organização, 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

Termo legal
Uma revisão rápida (ou recurso rápido) também é denominada recurso acelerado .

Passo 1: Contacte-nos e peça uma revisão rápida.

- **Peça uma revisão rápida.** 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Passo 2: Realizamos uma revisão rápida da decisão que tomámos sobre quando encerrar a cobertura dos seus serviços.

- Nesta revisão, examinamos novamente todas as informações sobre o seu caso. Verificamos se 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. (você 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 domiciliares, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de Centro de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF) *depois* da data que declarámos como a data de término da sua cobertura, **terá 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 11 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. Você tem de continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, as mesmas podem limitar quanto reembolsamos ou por quanto tempo continuamos a cobrir os serviços.
- **Se 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 10 deste capítulo apresenta mais informação sobre os níveis 3, 4 e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 10 Encaminhar o seu recurso para o Nível 3 e além

Secção 10.1	Recursos de Nível 3, 4 e 5 para Solicitações de Serviços Médicos
--------------------	---

Esta secção pode ser apropriada para si se apresentar um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 e se ambos os recursos forem rejeitados.

Se o valor em dólares do produto ou serviço médico relativamente ao qual você recorreu satisfazer certos níveis mínimos, você poderá prosseguir para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for menor do que o nível mínimo, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receber ao seu recurso de Nível 2 explicará como solicitar um recurso de Nível 3.

Para a maioria das situações que envolvam recursos, os três últimos níveis de recurso funcionam da mesma maneira. São as seguintes as pessoas que lidam com a revisão do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de nível 3: Um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial que trabalhe para o governo Federal analisará o seu recurso e dará uma resposta.

- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o procurador judicial responderem positivamente ao seu recurso, o processo de recurso *pode ou não* terminar.** Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que seja favorável para si. Se decidirmos recorrer, este irá para um recurso de Nível 4.
 - Se decidirmos *não* recorrer, temos de autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 60 dias após a receção da decisão do Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.
 - Se decidirmos recorrer da decisão, enviaremos uma cópia da solicitação de recurso de Nível 4 com todos os documentos associados. Podemos esperar pela decisão do recurso de Nível 4 antes de autorizar ou fornecer o serviço em litígio.
- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou advogado disser que Não ao seu recurso, o processo de recurso *pode ou não* terminar.**
 - Se você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Se não quiser aceitar a decisão, você 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 **Medicare Appeals Council** (Conselho) irá rever o seu recurso e dar-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 você 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 rever 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 10.2 **Recursos de Nível 3, 4 e 5 para solicitações de medicamentos da Parte D**

Esta secção pode ser apropriada para si se apresentar um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 e se ambos os recursos forem rejeitados.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

Se o valor do medicamento relativamente ao qual você recorreu atingir um determinado valor em dólares, poderá prosseguir para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for menor, não poderá recorrer mais. A resposta por escrito que receber ao seu recurso de Nível 2 explicará com quem entrar em contacto e o que fazer para solicitar um recurso de Nível 3.

Para a maioria das situações que envolvam recursos, os três últimos níveis de recurso funcionam da mesma maneira. São as seguintes as pessoas que lidam com a revisão do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de nível 3: Um Juiz 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 você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.
 - Se não quiser aceitar a decisão, você 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 Medicare Appeals Council (Conselho) irá rever o seu recurso e dar-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 você decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso termina.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- 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 rever 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 11 Como apresentar uma reclamação sobre a qualidade do atendimento, tempo de espera, atendimento ao cliente ou outras questões

Secção 11.1 Que tipo de problemas são tratados pelo processo de reclamação?

O processo de reclamação é utilizado *apenas* para certos tipos de problemas. Tal inclui problemas relacionados com a qualidade do atendimento, tempo de espera e atendimento ao cliente. Seguem-se alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Reclamação	Exemplo
Qualidade do seu atendimento médico	• Está insatisfeito com a qualidade do atendimento que recebeu (incluindo atendimento no hospital)?
Respeito pela sua privacidade	• Alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou 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?

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

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 prestadores, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde? Ou pelo nosso Serviço de Atendimento a Membros ou outra equipa do plano? ○ Os exemplos incluem esperar demasiado tempo ao telefone, na sala de espera, na sala de exames ou para obter uma receita.
Limpeza	• Está insatisfeito com a limpeza ou com as condições de uma clínica, hospital ou consultório prestador de cuidados de saúde?
Informações que obtém de nós	• Não lhe demos o aviso necessário? • A nossa informação escrita é difícil de compreender?
Oportunidade (todos estes tipos de reclamações estão relacionados com a <i>oportunidade</i> 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.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)**Secção 11.2 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 11.3 Passo a passo: Apresentar uma reclamação**Passo 1: Contacte-nos imediatamente, por telefone ou por escrito.**

- **Normalmente, telefonar para o Serviço de Atendimento a Membros é o primeiro passo.** Se houver mais alguma coisa que precise de fazer, o Serviço de Atendimento a Associados informá-lo-ão.
- **Se não quiser telefonar (ou se telefonou e não ficou satisfeito), você pode apresentar uma reclamação por escrito e enviá-la para nós.** Se apresentar a sua reclamação por escrito, responderemos à sua reclamação por escrito.
- O **prazo** para fazer uma reclamação é de 60 dias corridos a partir do momento em que teve o problema que pretende reclamar.
- Quer telefone ou escreva, tem de entrar em contacto com o Serviço de Apoio a Associados imediatamente. O associado pode apresentar a reclamação a qualquer momento depois de ter encontrado o problema relativamente ao qual pretende reclamar.

Passo 2: Analisaremos a sua reclamação e dar-lhe-emos a nossa resposta.

- **Se possível, responderemos imediatamente.** Se nos telefonar por causa de uma reclamação, poderemos responder-lhe durante a própria chamada.
- **A maioria das reclamações são respondidas no prazo de 30 dias de calendário.** Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu melhor interesse ou se solicitar mais tempo, poderemos demorar até 14 dias de calendário adicionais (44 dias de calendário no total) a responder à sua reclamação. Se decidirmos demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- **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 11.4	Você também pode apresentar reclamações sobre a qualidade do atendimento 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 prestadores e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos pacientes da Medicare. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Ou

- **Pode apresentar a sua reclamação à Organização de Melhoria da Qualidade e a nós ao mesmo tempo.**

Secção 11.5	Você também pode informar o Medicare sobre a sua reclamação
--------------------	--

Pode enviar uma reclamação sobre o CCA Medicare Maximum diretamente ao 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.

PROBLEMAS RELATIVOS AOS SEUS BENEFÍCIOS MEDICAID

SECÇÃO 12 Lidar com problemas relativos aos seus benefícios do Medicaid

Para mais informações e ajuda na resolução de um problema, pode também contactar o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) para o Rhode Island Medicaid.

Se tiver Medicare e Medicaid, alguns dos seus serviços do plano também podem ser cobertos pelo programa Rhode Island Medicaid do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS). Portanto, se acreditar que lhe proibimos indevidamente um serviço ou pagamento por um serviço, também pode ter o direito de pedir ao programa Rhode Island Medicaid do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) para pagar o serviço. Também pode ter recursos e reclamações relacionados com os serviços cobertos pela Medicaid. Consulte o seu Manual da Medicaid para obter mais informações ou contacte a agência Rhode Island Medicaid do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) através dos contactos indicados no Capítulo 2, Secção 6 desta brochura.

O plano fornecerá assistência razoável determinada pelas suas necessidades. Isto pode incluir, entre outros, ajudá-lo a preencher formulários, rever o seu benefício Medicaid e resolver questões de reclamações, queixas e/ou recursos.

SECÇÃO 13 Denúncia de fraude, desperdício ou abuso

Se lhe parece que possa ter observado fraude, desperdício ou abuso:

- **Telefone** para a linha direta de Conformidade CCA através do 1-866-457-4953
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 cuidador podem efetuar uma denúncia. Os relatórios são confidenciais. O relatório pode ser anónimo. Isto não afetará os seus serviços.

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

O que são fraude, desperdício e abuso?

São todos os tipos de uso indevido de recursos, dinheiro ou propriedade da Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC, 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!

Capítulo 9 O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

- Leia a documentação da Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC e certifique-se de que recebeu os tratamentos cobrados. Questione tudo o que 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 Rhode Island, LLC 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 adesão ao nosso plano

O encerramento da sua associação ao CCA Medicare Maximum pode ser **voluntário** (é sua escolha) ou **involuntário** (não é 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 você não opta por sair, mas somos obrigados a encerrar a sua associação. A secção 5 informa sobre situações em que temos de encerrar a sua associação.

Se vai deixar o nosso plano, o nosso plano tem de continuar a fornecer os seus cuidados médicos e medicamentos com receita médica e o 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 ter a possibilidade de encerrar a sua associação porque tem Medicare e Medicaid

A maioria das pessoas com Medicare pode encerrar a sua associação apenas durante certas épocas do ano. Por ter o Medicaid, você pode encerrar a sua associação ao nosso plano ou mudar para um plano diferente uma vez durante cada um dos seguintes Períodos Especiais de Inscrição:

- Janeiro a março
- Abril a junho
- Julho a setembro

Caso você se tenha inscrito no nosso plano durante um destes períodos, terá de esperar pelo próximo período para encerrar a sua associação ou mudar para um plano diferente. O associado não pode usar este Período de Inscrição Especial para encerrar a sua associação ao nosso plano entre outubro e dezembro. No entanto, todas as pessoas com Medicare podem fazer alterações de 15 de outubro a 7 de dezembro durante o Período de Inscrição Anual. A secção 2.2 fornece mais informações sobre o Período de Inscrição Anual.

- Escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos Medicare:

Capítulo 10 Rescindir a sua adesão ao plano

- Outro plano de saúde Medicare com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica
- Medicare Original *com* um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare
- Medicare Original 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 você cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por um período contínuo de 63 dias ou mais, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Entre em contacto com o gabinete estadual do Rhode Island Medicaid para saber mais sobre as opções do plano Medicaid (os números de telefone encontram-se no Capítulo 2, Secção 6 deste documento).

- **Quando é que a sua associação terminará?** A sua associação termina geralmente no primeiro dia do mês depois de recebermos a sua solicitação para mudar de plano. A sua inscrição no seu novo plano também começará neste dia.

Secção 2.2**O associado pode encerrar a sua associação durante o Período de Inscrição Anual**

Pode encerrar a sua associação durante o **Período de Inscrição Anual** (também conhecido como Período de Inscrição Aberta Anual). Durante este período, reveja a sua cobertura de saúde e medicamentos e decida sobre a cobertura para o próximo ano.

- O **Período de Inscrição Anual** é de **15 de outubro a 7 de dezembro**.
- 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.
 - Medicare Original *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.

Capítulo 10 Rescindir a sua adesão ao plano

- **A sua adesão terminará no nosso plano** quando a cobertura do seu novo plano começar, a 1 de janeiro.

Se receber “Ajuda Extra” do Medicare para pagar pelos seus medicamentos

sujeitos a receita médica: Se mudar para o 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.

Nota: Se você cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Secção 2.3 Você pode encerrar a sua associação durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage

Você tem a oportunidade de efetuar *uma* alteração à sua cobertura de saúde durante o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage**.

- **O Período de Inscrição Aberta anual do Medicare Advantage** é de 1 de janeiro a 31 de março.
- **Durante Período de Inscrição Anual do Medicare Advantage pode:**
 - Mudar para outro Plano Medicare Advantage com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
 - Cancelar a inscrição no nosso plano e obter cobertura por meio do Original Medicare. Se você 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 você 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 2.4	Em determinadas situações, você pode encerrar a sua associação durante um Período Especial de Inscrição
-------------------	--

Em determinadas situações, você pode ser elegível para encerrar a sua associação noutras épocas do ano. 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, você 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 tiver Rhode Island 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.

Nota: A secção 2.1 fornece mais informações sobre o Período de Inscrição Especial para pessoas com o Medicaid.

Os períodos de inscrição variam dependendo da sua situação.

Para saber se é elegível para um Período de Inscrição Especial, telefone para o Medicare através do 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 você 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.
 - Medicare Original *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.

Capítulo 10 Rescindir a sua adesão ao plano

Nota: Se você cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Se receber “Ajuda Extra” do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica: Se mudar para o 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.

A sua associação termina geralmente no primeiro dia do mês após o recebimento da sua solicitação para alterar o plano.

Nota: As secções 2.1 e 2.2 falam mais sobre o Período de Inscrição Especial para pessoas com Medicaid e “Ajuda Extra”.

Secção 2.5	Onde pode obter mais informações sobre quando poderá encerrar a sua associação?
-------------------	--

Se tiver alguma dúvida sobre como terminar a sua associação, pode:

- **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 Medicare	• Inscreva-se no novo plano de saúde Medicare. A sua nova cobertura começará no primeiro dia do mês seguinte. • A sua inscrição no CCA Medicare Maximum será automaticamente cancelada quando a cobertura do seu novo plano começar.
Medicare Original <i>com</i> um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare	• Inscreva-se no novo plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare. A sua nova cobertura começará no primeiro dia do mês seguinte. • A sua inscrição no CCA Medicare Maximum será automaticamente cancelada quando a cobertura do seu novo plano começar.
Medicare Original <i>sem</i> um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare ○ 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. ○ Se cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos controlados creditável por um período de 63 dias consecutivos ou mais, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia se aderir a um plano de medicamentos Medicare posteriormente.	• 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 TTY devem contactar o número 1-877-486-2048. • A sua inscrição no CCA Medicare Maximum será automaticamente cancelada quando a sua cobertura no Original Medicare começar.

Capítulo 10 Rescindir a sua adesão ao plano

Nota: Se você cancelar a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável por 63 dias ou mais consecutivos, poderá ter que pagar uma multa de inscrição tardia na Parte D se aderir a um plano de medicamentos do Medicare posteriormente.

Para questões sobre os seus benefícios do Rhode Island Medicaid, contacte o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS), através do número 401-462-5274 (TTY 711), das 8 am às 4:30 pm, de segunda a sexta-feira. Pergunte como é que a associação a outro plano ou o regresso ao Original Medicare afeta o modo como você obtém a cobertura do Rhode Island Medicaid.

SECÇÃO 4 Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano

Até a sua adesão CCA Medicare Maximum terminar e a sua nova cobertura Medicare começar, 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 O CCA Medicare Maximum tem de encerrar a sua associação ao plano em certas situações

Secção 5.1	Quando temos de encerrar a sua associação ao plano?
-------------------	--

O CCA Medicare Maximum tem de encerrar a sua associação ao plano se alguma das situações a seguir acontecer:

- Se já não tiver Medicare Parte A e Parte B

Capítulo 10 Rescindir a sua adesão ao plano

- Se já não for elegível para o Rhode Island Medicaid. Conforme referido no Capítulo 1, Secção 2.1, o nosso plano destina-se a pessoas elegíveis para o Medicare e o Medicaid.
 - Se perder a sua elegibilidade, mas puder ser razoavelmente esperado que a recupere no período de três (3) meses, então continuará a ser elegível para se inscrever no nosso plano (o Capítulo 4, Secção 2.1 informa sobre a cobertura e os custos partilhados durante um período de elegibilidade considerado continuado).
- Se sair da nossa área de serviço
- Se estiver fora da nossa área de serviço durante mais de seis meses
 - Caso se mude ou fizer uma viagem longa, telefone para o Serviço de 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 encarcerado (for preso)
- Se já não for um cidadão dos Estados Unidos ou não tiver residência legal nos Estados Unidos
- Se mentir ou omitir informações sobre outro seguro que tenha que forneça cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica
- Se nos fornecer informações incorretas intencionalmente ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade relativamente ao nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se continuamente se comportar de maneira perturbadora e tornar difícil que lhe forneçamos cuidados médicos 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 encerrarmos a sua associação por este motivo, o Inspetor Geral do Medicare poderá investigar o seu caso.
- Se você for obrigado a pagar o valor extra da Parte D devido ao seu rendimento e não pagar, o Medicare irá cancelar a sua associação ao nosso plano.

Onde pode 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 <u>não podemos</u> pedir-lhe que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde
-------------------	---

O CCA Medicare Maximum 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	Você 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. Temos de também explicar como você pode registar uma reclamação ou apresentar uma reclamação sobre a nossa decisão de encerrarmos a sua adesão.

CAPÍTULO 11:

Avisos legais

SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável

A principal lei que se aplica a este documento de *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 que as leis não estejam incluídas ou explicadas neste documento.

SECÇÃO 2 Aviso de 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 Advantage, como o nosso plano, têm de obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI do Civil Rights Act [Lei dos Direitos Cívicos] de 1964, o Rehabilitation Act [Lei de Reabilitação] de 1973, o Age Discrimination Act [Lei de Discriminação por Idade] de 1975, o Americans with Disabilities Act [Lei dos Americanos com Deficiências], Secção 1557 do Affordable Care Act [Lei de Cuidados Acessíveis], e a todas as outras leis que se aplicam a organizações que recebem financiamento federal e quaisquer outras leis e regras que se aplicam por qualquer outro motivo.

Se quiser mais informações ou tiver dúvidas sobre discriminação ou tratamento injusto, telefone para o Department of Health and Human Services [Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos] – **Office for Civil Rights [Escritório de Direitos Cívicos]** através do 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou no seu escritório de direitos cívicos local. Também pode rever informações do Gabinete de Direitos Cívicos do Departamento de Saúde e Serviços Humanos em <https://www.hhs.gov/ocr/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.

A Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumpre as leis federais aplicáveis relativas a direitos cívicos e não discrimina com base em, nem exclui pessoas nem as trata de forma

Capítulo 11 Avisos legais

diferente por causa de condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajuda e serviços gratuitos para que pessoas com deficiência comuniquem de forma eficaz connosco, como:
 - Intérpretes qualificados de linguagem gestual
 - Informações escritas em outros formatos (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 o Serviço 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 comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, pode apresentar uma reclamação junto de:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Telefone: 617-960-0474, extensão. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
E-mail: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Você pode 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 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, pelo portal eletrónico, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponível em: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por e-mail ou telefone em:

Capítulo 11 Avisos legais

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Telefone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Estão disponíveis formulários de reclamação em:
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Se tiver deficiência e precisar de ajuda no acesso a cuidados, telefone para o Serviço de Atendimento a 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 subrogação do Pagador Secundário do Medicare

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos do Medicare para os quais o Medicare não é o pagador principal. De acordo com os regulamentos do CMS nas secções 42 CFR 422.108 e 423.462, o CCA Medicare Maximum, sendo uma organização Medicare Advantage, exercerá os mesmos direitos de recuperação que o secretário exerce nos termos dos regulamentos CMS nas subpartes B a D da parte 411 do 42 CFR e as regras estabelecidas nesta secção substituem quaisquer leis estaduais.

SECÇÃO 4 Quem recebe o pagamento nos termos deste contrato

O CCA Medicare Maximum ou o seu administrador subcontratado fará o pagamento pelos serviços prestados e autorizados pela sua equipa de atendimento nos termos deste contrato diretamente ao prestador do plano. Você não pode ser obrigado a fazer qualquer pagamento que seja devido pela Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC.

SECÇÃO 5 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.

Capítulo 11 Avisos legais

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 6 Informação 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 Rhode Island, LLC ou uma das suas afiliadas

SECÇÃO 7 Notificações

Qualquer aviso que lhe fornecermos nos termos deste contrato será enviado para o seu endereço que constar nos nossos registos. O associado tem de notificar-nos imediatamente sobre qualquer mudança ao seu endereço. Quando precisar de nos notificar, deve fazê-lo para Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC, 30 Winter Street, Boston, MA 02108 ou telefonar diretamente para 833-346-9222 (TTY 711).

SECÇÃO 7 Avisos relativamente a certos eventos

Iremos notificá-lo se tivermos que rescindir um contrato ou deixarmos de poder utilizar um prestador ou serviço do qual você receba serviços. Tal inclui hospitais, médicos ou qualquer outra pessoa com quem tenhamos um contrato para fornecimento de serviços ou benefícios. Providenciaremos uma forma de você receber serviços de outro prestador.

CAPÍTULO 12:

Definições de palavras importantes

Centro Cirúrgico de Ambulatório – Um Centro Cirúrgico de Ambulatório é uma entidade que atua exclusivamente com a finalidade de fornecer atendimento cirúrgico em ambulatório a pacientes que não necessitem de internamento e cuja permanência prevista no centro não ultrapasse 24 horas.

Recurso – Um recurso é uma ação que você empreende se discordar da nossa decisão de negar uma solicitação de cobertura de serviços de saúde ou de medicamentos sujeitos a receita médica ou pagamento para serviços ou medicamentos que já tenha recebido. Você também pode apresentar um recurso se discordar da nossa decisão de interromper os serviços que esteja a receber.

Período de benefício – a maneira como o nosso plano e o Medicare Original medem a sua utilização de serviços hospitalares e de enfermaria especializada (EE). O período de benefício começa no dia em que você ingressar num hospital ou numa enfermaria especializada. O período de benefício termina após 60 dias consecutivos sem você receber qualquer atendimento como doente internado (ou atendimento especializado numa EE). Se você 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 atendimento – Uma equipa que pode ser composta pelo seu prestador de cuidados primários (PCP), um nurse practitioner [pessoal de enfermagem], um registered nurse [pessoal de enfermagem registado] e/ou um médico assistente que são responsáveis por coordenar todos os seus cuidados médicos. Coordenar os seus serviços inclui verificar consigo ou consultá-lo e a outros prestadores do plano sobre os seus cuidados e como estão a correr. Consulte o Capítulo 3, Secção 2.1 para obter informações sobre a sua equipa de atendimento.

Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Serviços Medicare e Medicaid] (CMS) – a agência federal que administra o Medicare.

Agente de saúde comunitário – os agentes de saúde comunitários auxiliam os membros na gestão dos seus determinantes sociais de saúde (DSS), identificando e ligando os membros a serviços e recursos dentro das próprias comunidades; seguindo uma abordagem centrada no membro que visa melhorar a saúde dos membros e fortalecer a sua independência. Os DSS incluem, entre outras possibilidades, habitação, assistência pública [SNAP, SSI Cash Assistance], programas de dia e subsídios para combustível.

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 você 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.

Continuidade de Cuidados (Continuity of Care, COC) – o período durante o qual pode continuar a ter consultas com os seus prestadores de cuidados de saúde e a receber os seus serviços atuais depois de se tornar um associado do CCA Medicare Maximum. O período de Continuidade de Cuidados dura 90 dias ou até que a sua avaliação abrangente e o seu Plano de Cuidados Individualizados sejam concluídos.

Determinação da Cobertura – Uma decisão sobre se um medicamento sujeito a receita médica está coberto pelo plano e o valor, se houver, que tem de pagar pela receita. Em geral, se apresentar a sua receita a uma farmácia e declarar que a receita não está coberta pelo seu plano, não se trata de uma determinação de cobertura. Você

tem de telefonar ou escrever ao seu plano para solicitar uma decisão formal sobre a cobertura. As determinações de cobertura são denominadas decisões de cobertura neste documento.

Medicamentos cobertos – o termo que usamos para todos os medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo nosso plano.

Serviços cobertos – o termo que usamos para todos os serviços e produtos de saúde cobertos pelo nosso plano.

Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável – Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (por exemplo, de um empregador ou sindicato) que 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.

Cancelar a associação ou cancelamento da associação – o processo de encerramento da sua associação ao nosso plano.

Planos de Necessidades Especiais Elegíveis Duplas (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) – os D-SNP inscrevem indivíduos que têm direito ao Medicare (artigo XVIII da Lei da Segurança Social) e assistência médica de um plano estadual sob o Medicaid (artigo XIX). Os estados cobrem alguns custos da Medicare, dependendo do estado e da elegibilidade do indivíduo.

Indivíduo duplamente elegível – Uma pessoa que se qualifica para o Medicare e o Medicaid.

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 oxigênio, 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 você 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 lhe fornecer 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 paciente de ambulatório.

Montante de Ajuste Mensal Relacionado com os Rendimentos (IRMAA) – Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, conforme a sua declaração de IRS de há 2 anos, estiver acima de um determinado valor, você pagará o valor do prémio normal e o 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.

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.

Lista de medicamentos cobertos (formulário ou “Lista de medicamentos”) – Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo plano.

Subsídio de baixo rendimento (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 você 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 (SNP). Na maioria dos casos, os planos Medicare Advantage também oferecem a Parte D do Medicare (cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica). Estes planos são chamados **planos Medicare Advantage com cobertura de medicamentos prescritos**.

Serviços cobertos pelo Medicare – serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Parte B. Todos os planos de saúde Medicare 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 pacientes ambulatoriais, vacinas, produtos biológicos e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Parte a ou Parte B.

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 da rede – Prestador é o termo geral para prestadores de cuidados de saúde, 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 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 associados do nosso plano. Os prestadores da rede também são denominados “prestadores do plano”.

Capítulo 12 Definições de palavras importantes

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.

Medicare Original (Medicare Tradicional ou Medicare com taxa por serviço) – o Medicare Original é oferecido pelo governo e não por um plano de saúde privado como os planos Medicare Advantage e planos de medicamentos sujeitos a receita médica. De acordo com Medicare Original, os serviços do Medicare são cobertos por pagamentos a prestadores de cuidados de saúde, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde estabelecidos pelo Congresso. Você pode consultar qualquer prestador de cuidados de saúde, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. Terá de pagar a franquia. O Medicare paga a sua parte do valor aprovado pelo Medicare e você paga a sua parte. O 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.

Plano PACE – um plano Program of All-inclusive Care for the Elderly [Programa de Cuidados Completos para Idosos, PACE] combina serviços médicos, sociais e cuidados continuados (LTC) 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 da cobertura da 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 prêmio 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. 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.

Prêmio – O pagamento periódico ao Medicare, a uma companhia de seguros, ou a um plano de saúde para cobertura de saúde ou de medicamentos receitados. Os membros do CCA Medicare Maximum não têm um prêmio do plano.

Prestador de cuidados primários (PCP) – o prestador de cuidados de saúde ou outro prestador a quem recorre primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Em muitos planos de saúde Medicare, você tem de consultar o seu prestador de cuidados primários antes de consultar qualquer outro prestador de cuidados de saúde.

Autorização prévia – aprovação prévia para obter serviços ou determinados medicamentos. Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados na Tabela de Benefícios Médicos no Capítulo 4. Os medicamentos cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados no formulário.

Próteses e órteses – dispositivos médicos, incluindo, entre 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 prestadores de cuidados de saúde e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos pacientes 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 (EE) – 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 prestador de cuidados de saúde registado.

Plano de necessidades especiais – Um tipo especial de Plano Medicare Advantage que fornece cuidados de saúde sobretudo direcionados para grupos específicos de pessoas, como pessoas que têm Medicare e 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 medicamento necessários.

Serviço de Atendimento a Membros CCA Medicare Maximum

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

Programa Estatal de Assistência Médica de Rhode Island (SHIP)

O Rhode Island State Health Insurance Assistance Program é um programa estadual que recebe dinheiro do governo federal para fornecer aconselhamento gratuito local sobre seguros de saúde a pessoas com Medicare.

Método	Programa Estadual de Assistência de Seguros de Saúde de Rhode Island (SHIP) – Informações de contacto
TELEFONE para	401-462-3000
TTY	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., BLDG 57, Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	https://oha.ri.gov/Medicare

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.