1 de janeiro – 31 de dezembro de 2023

Evidência de cobertura:

Benefícios e Serviços de Saúde do seu Medicare e Cobertura de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica como Associado do CCA Medicare Value (PPO)

Este documento informa-o dos detalhes da cobertura Medicare dos seus cuidados de saúde e medicamentos sujeitos a receita médica de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2023. **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 1-833-346-9222 **(os utilizadores de TTY devem ligar para o número 711). O horário é das** 8 am às 8 pm, 7 **dias** por semana, de 1 de outubro a 31 de março. (1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira **e das** 8 am às 6 pm, aos sábados e domingos.)

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

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

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

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

H9876_23_EOC2_C CMS Approved 09272022

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

Os benefícios, prémios, franquia e/ou copagamentos/cosseguro podem sofrer alterações a 1 de janeiro de 2024.

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

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

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos – por exemplo, em impressão de grande formato, braille ou áudio. Contacte através do número 833-346-9222 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. (1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, aos sábados e domingos.) A chamada é gratuita.

Serviços de intérprete em vários idiomas

Inglês: ATENÇÃO: Se fala outro idioma, estão disponíveis para si serviços de assistência linguística, gratuitos. Ligue para o número 1-833-346-9222 (TTY 711).
Espanhol (Español): Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-346-9222 (TTY 711).
Chinês (繁體中文): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-833-346-9222（TTY 711）。
Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-833-346-9222 (TTY 711).
Francês (Français): ATENÇÃO: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-833-346-9222 (ATS 711).
Vietnamita (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-833-346-9222 (TTY 711).
Alemão (Deutsch): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-833-346-9222 (TTY 711).
Coreano (한국어): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-833-346-9222 (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.
Russo (Русский): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-833-346-9222 (телетайп 711).
Árabe (العربية): ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم 1-833-346-9222 (رقم هاتف الصم والبكم 711).
Hindi (हिंदी): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-833-346-9222 (TTY 711) पर कॉल करें।
Italiano (Italiano): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-833-346-9222 (TTY 711).
Português (Português): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-833-346-9222 (TTY 711).
Crioulo francês (Kreyòl Ayisyen): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-833-346-9222 (TTY 711).
Polaco (Polski): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-833-346-9222 (TTY 711).
Grego (Ελληνικά): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-833-346-9222 (TTY 711).
Japonês (日本語): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-833-346-9222（TTY 711）まで、お電話にてご連絡ください。
Khmer (ខ្មែរ): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-833-346-9222 (TTY 711)។
Lao/Laosiano (ພາສາລາວ): ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, **ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-833-346-9222 (TTY 711).**
Gujarati (ગુજરાતી): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-833-346-9222 (TTY 711).

Evidência de cobertura 2023

Índice

CAPÍTULO 1: Começar como membro 5

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

CAPÍTULO 2: Números de telefone e recursos importantes 20

SECÇÃO 1 Contactos do CCA Medicare Value (como entrar em contacto connosco, incluindo como entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Associados) 21
SECÇÃO 2 Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Medicare Federal) 28
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) 31
SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade 32
SECÇÃO 5 Segurança Social 33
SECÇÃO 6 Medicaid 34
SECÇÃO 7 Informações sobre programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos sujeitos a receita médica 35
SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board 38
SECÇÃO 9 Tem “seguro de grupo” ou outro seguro de saúde de um empregador? 39
SECÇÃO 10 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem 40

CAPÍTULO 3: Utilizar o plano para os seus serviços médicos 41

SECÇÃO 1 Coisas a saber sobre obter cuidados médicos como associado do nosso plano 42
SECÇÃO 2 Utilizar prestadores da rede e fora da rede para obter cuidados médicos 43
SECÇÃO 3 Como obter serviços em caso de emergência ou necessidade urgente de atendimento ou durante um desastre 49
SECÇÃO 4 E se for cobrado diretamente pelo custo total dos serviços? 52

SECÇÃO 5 Como é que os seus serviços médicos são cobertos se participar num “estudo de investigação clínica”? ... 53
SECÇÃO 6 Regras para obter atendimento numa “instituição de saúde não médica religiosa" ... 55
SECÇÃO 7 Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis ... 57

CAPÍTULO 4: Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que tem de pagar) ... 59

SECÇÃO 1 Compreender os custos de desembolso por serviços cobertos ... 60
SECÇÃO 2 Utilizar a Tabela de Benefícios Médicos para saber o que está coberto e quanto irá pagar ... 62
SECÇÃO 3 Que serviços não estão cobertos pelo plano? ... 160

CAPÍTULO 5: Usar a cobertura do plano para os medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D ... 163

SECÇÃO 1 Introdução ... 164
SECÇÃO 2 Avie a sua receita numa farmácia da rede ou por meio do serviço de compra pelo correio do plano ... 164
SECÇÃO 3 Os seus medicamentos têm de estar na “Lista de Medicamentos” do plano ... 170
SECÇÃO 4 Existem restrições à cobertura de alguns medicamentos ... 172
SECÇÃO 5 E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da maneira que pretende? ... 174
SECÇÃO 6 E se a sua cobertura mudar no que se refere a um dos seus medicamentos? ... 177
SECÇÃO 7 Que tipos de medicamentos não são cobertos pelo plano? ... 180
SECÇÃO 8 Aviar uma receita ... 182
SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais ... 182
SECÇÃO 10 Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos ... 184

CAPÍTULO 6: O que paga pelos seus medicamentos com receita da Parte D ... 188

SECÇÃO 1 Introdução ... 189
SECÇÃO 2 O que paga por um medicamento depende da “fase de pagamento do medicamento” em que se encontra quando recebe o medicamento ... 192
SECÇÃO 3 Enviamos-lhe relatórios que explicam os pagamentos dos seus medicamentos e em que fase de pagamento se encontra ... 193
SECÇÃO 4 Não existe franquia para o CCA Medicare Value ... 195
SECÇÃO 5 Durante a Fase de Cobertura Inicial, o plano paga a respetiva parte dos custos dos medicamentos e o associado paga a sua parte ... 195

SECÇÃO 6 Custos na Fase de Ausência de Cobertura 200
SECÇÃO 7 Durante a Fase de Cobertura Catastrófica, o plano paga a maior parte do custo dos seus medicamentos 200
SECÇÃO 8 Informação sobre benefícios adicionais 201
SECÇÃO 9 Vacinas da Parte D. O que paga depende de como e onde as recebe 201

CAPÍTULO 7: Solicitar que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos 204

SECÇÃO 1 Situações em que nos deve pedir para pagar a nossa parte do custo dos seus serviços ou medicamentos cobertos 205
SECÇÃO 2 Como pedir-nos para o reembolsar ou pagar uma conta que recebeu 208
SECÇÃO 3 Iremos considerar o seu pedido de pagamento e responder sim ou não 212

CAPÍTULO 8: Os seus direitos e responsabilidades 213

SECÇÃO 1 O nosso plano tem de respeitar os seus direitos e sensibilidades culturais como associado do plano 214
SECÇÃO 2 Você tem algumas responsabilidades como membro do plano 231

CAPÍTULO 9: O que fazer se tiver um problema ou reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações) 233

SECÇÃO 1 Introdução 234
SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada 235
SECÇÃO 3 Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar? 235
SECÇÃO 4 Um guia para os fundamentos das decisões de cobertura e recursos 236
SECÇÃO 5 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura 240
SECÇÃO 6 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso 249
SECÇÃO 7 Como pedir-nos para cobrir uma hospitalização mais prolongada se achar que o prestador lhe está a dar alta demasiado cedo 261
SECÇÃO 8 Como pedir-nos que continuemos a cobrir certos serviços médicos se acha que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo 270
SECÇÃO 9 Levar o seu recurso ao Nível 3 e mais além 277

SECÇÃO 10 Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente, ou outras preocupações 281

CAPÍTULO 10: Encerrar a sua associação ao plano 288

SECÇÃO 1 Introdução para rescindir a sua adesão ao nosso plano 289
SECÇÃO 2 Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano? 289
SECÇÃO 3 Como encerra a sua associação ao nosso plano? 292
SECÇÃO 4 Até ao fim da sua associação, tem de continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano 293
SECÇÃO 5 O CCA Medicare Value tem de rescindir a sua adesão no plano em determinadas circunstâncias 294

CAPÍTULO 11: Avisos legais 296

SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável 297
SECÇÃO 2 Aviso sobre não discriminação 297
SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Pagador Secundário do Medicare 299
SECÇÃO 4 Nova tecnologia 299
SECÇÃO 5 Informações a pedido 299

CAPÍTULO 12: Definições de palavras importantes 301

CAPÍTULO 1:
Começar como membro

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 Está inscrito no CCA Medicare Value, que é uma PPO do Medicare

Está coberto pelo Medicare, e optou por obter a cobertura dos seus cuidados de saúde Medicare e dos medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano, CCA Medicare Value. 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.

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

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

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

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

As palavras “cobertura” e “serviços cobertos” referem-se aos cuidados e serviços médicos e aos medicamentos sujeitos a receita médica à sua disposição como associado do CCA Medicare Value.

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 **Evidência de Cobertura**.

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

Secção 1.3 Informações legais sobre a Evidência de Cobertura

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

O contrato está em vigor durante os meses em que estiver inscrito no **CCA Medicare Value**, entre 1 de janeiro de 2023 e 31 de dezembro de 2023.

A cada ano civil, o Medicare permite-nos fazer alterações aos planos que oferecemos. Isto significa que podemos alterar os custos e benefícios do **CCA Medicare Value** depois de 31 de dezembro de 2023. Também podemos, a partir de 31 de dezembro de 2023, optar por deixar de oferecer o plano, ou oferecê-lo numa área de serviço diferente.

Medicare (os Centros de Medicare & Medicaid Services) têm de aprovar anualmente o **CCA Medicare Value**. 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

Você é elegível para se inscrever no 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** -- é cidadão dos Estados Unidos ou vive legal e presencialmente nos Estados Unidos.

Secção 2.2 Aqui encontra a área de serviço do plano para o CCA Medicare Value

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

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

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

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

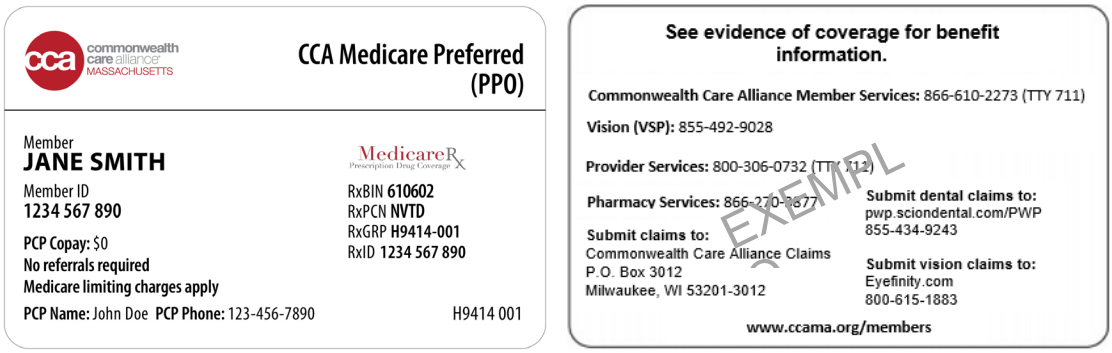
Secção 2.3 Cidadão dos Estados Unidos ou a residir legalmente

Um membro de um plano de saúde Medicare tem de ser cidadão americano ou ter residência legal nos Estados Unidos. O Medicare (the Centers for Medicare & Medicaid Services) (Centros para Serviços Medicare e Medicaid) irão notificar o CCA Medicare Value se não for elegível para continuar a ser associado com base neste fundamento. O CCA Medicare Value tem de cancelar a sua inscrição se não satisfazer este requisito.

SECÇÃO 3 Materiais importantes de adesão que irá receber

Secção 3.1 O seu cartão de associado do plano

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



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

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

Secção 3.2 Diretório de Prestadores e Farmácias

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

Tem de utilizar prestadores e farmácias 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 Value autoriza o uso de prestadores fora da rede.

A lista de prestadores e farmácias mais recente está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org.

Se não tiver a sua cópia do **Diretório de Prestadores e Farmácias**, pode solicitar uma cópia ao Serviço de Atendimento a Associados.

Secção 3.3 A Lista de Medicamentos cobertos do plano (Formulário)

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

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

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

SECÇÃO 4 Os seus custos mensais para o CCA Medicare Value

Os seus custos podem incluir o seguinte:

- Prémio do Plano (Secção 4.1)
- Prémio mensal Medicare Parte B (Secção 4.2)
- Prémio de benefício suplementar opcional (Secção 4.3)
- Penalização por inscrição tardia na Parte D (Secção 4.4)
- Montante do ajuste mensal relacionado como rendimento (Secção 4.5)

Em algumas situações, o prémio do plano pode ser inferior

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

Se **já se inscreveu** e recebe ajuda de um destes programas, **a informação sobre prémios nesta Evidência de Cobertura poderá não se aplicar a si**. Iremos enviar-

lhe uma parte separada chamada “Prova de Cobertura – Cláusula Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra para Pagar Medicamentos Sujeitos a Receita Médica” (também conhecido como “Cláusula Adicional de Subsídio de Baixo Rendimento” ou “LIS Rider”), que contém informações sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver esta parte, contacte o Serviço de Atendimento a Associados e peça o “LIS Rider.”

Os prémios do Medicare Parte B e D são diferentes para pessoas com diferentes rendimentos. Se tiver dúvidas sobre estes prémios, reveja a sua cópia do manual **Medicare & You 2023**, a secção intitulada “Custos Medicare 2023.” Se precisar de uma cópia, pode descarregá-la no website do Medicare (www.medicare.gov). Ou pode solicitar uma cópia impressa pelo telefone através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Secção 4.1 Prémio do plano

Como associado do nosso plano, paga um prémio mensal do plano. Para 2023, o prémio mensal do CCA Medicare Value é de $29.00.

Secção 4.2 Prémio mensal Medicare Parte B

Muitos associados têm de pagar outros prémios Medicare

Além de pagar o prémio mensal do plano,

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

Secção 4.3 Penalização por inscrição tardia na Parte D

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

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

A penalidade de inscrição tardia da Parte D é adicionada ao seu prémio mensal. Quando se inscrever pela primeira vez no CCA Medicare Value, informá-lo-emos do montante da penalidade. Se não pagar a penalização por inscrição tardia da Parte D, pode perder os seus benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica.

Não terá de pagar se:

- Receber “Ajuda Extra” do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica.
- Passou menos de 63 dias consecutivos sem cobertura creditável.
- Teve cobertura creditável de medicamentos através de outra fonte, como um ex-empregador, sindicato, TRICARE ou Departamento de Assuntos de Veteranos. A sua seguradora ou departamento de recursos humanos irá informar todos os anos se a sua cobertura de medicamentos é uma cobertura creditável. Esta informação poderá ser-lhe enviada por carta ou incluída numa newsletter do plano. Mantenha esta informação, pois poderá necessitar desta se aderir a um plano de medicamentos Medicare mais tarde.

    - **Nota:** Qualquer aviso tem de indicar que tinha cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica “creditável” que previa que pagasse tanto quanto paga com o plano de medicamentos sujeitos a receita médica normal do Medicare.
    - **Nota:** Os seguintes *não* são uma cobertura creditável de medicamentos sujeitos a receita médica: cartões de desconto de medicamentos sujeitos a receita médica, clínicas gratuitas, e websites de desconto para medicamentos.

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

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

mês em que não teve cobertura creditável. Por exemplo, se passar 14 meses sem cobertura, a penalização será de 14%.

- Em seguida, o Medicare determina o montante do prémio mensal médio para os planos de medicamentos Medicare no país, desde o ano anterior. Para 2023, este montante médio de prémio é de $32.74.
- 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 $32.74, o que totaliza $4,583. Que arredondado fica em $4.60. 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.

Importante: não deixe de pagar a penalização por inscrição tardia da Parte D enquanto aguarda a revisão da decisão sobre a sua penalização por inscrição tardia. Caso o faça, a sua inscrição poderá ser cancelada por falta de pagamento dos prémios do plano.

Secção 4.5 Montante do ajuste mensal relacionado com o rendimento

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

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

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

SECÇÃO 5 Mais informações sobre o prémio mensal

Secção 5.1 Existem várias formas de pagar o prémio do plano

Há três (3) formas de pagar o prémio do seu plano.

Opção 1: Pagar por cheque

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

Opção 2: Cartão de crédito ou levantamento automático

Vá a www.ccahealthri.com/pay-my-bill**.** Siga as instruções de início de sessão e selecione o método de pagamento preferencial. As suas opções são cartão de crédito ou pagamento automático da sua conta. Tem opções para selecionar o montante e a frequência dos pagamentos.

Opção 3: Retirar o seu prémio do plano do seu cheque mensal da Segurança Social

O prémio pode ser retirado do seu cheque mensal da Segurança Social. Contacte o Serviço de Atendimento a Associados para mais informações sobre como pagar o prémio desta forma. Teremos satisfação em ajudá-lo.

Alterar a forma como paga o seu prémio. Se decidir alterar a forma de pagamento do seu prémio, pode levar até três meses para que o seu novo método de pagamento entre em vigor. Enquanto processamos o seu pedido de um novo método de pagamento, é responsável por garantir que o prémio do seu plano é pago a tempo. Para alterar a forma como paga o seu prémio, contacte o Serviço de Atendimento a Associados. Teremos todo o gosto em ajudá-lo a mudar a forma como paga o seu prémio.

O que fazer se tiver problemas em pagar o prémio do plano

O prémio do plano deve chegar aos nossos escritórios até ao dia 5 de cada mês. Se não recebermos o pagamento até ao dia 5 do mês, iremos enviar-lhe um aviso a informar que a sua adesão ao plano irá terminar se não recebermos o prémio do plano no prazo de 90 dias. A penalização por inscrição tardia da Parte D é obrigatória, tem de pagar a penalização para manter a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.

Se tiver problemas a pagar o prémio a tempo, contacte o Serviço de Atendimento ao Associado para ver se podemos encaminhá-lo para programas que irá ajudá-lo a pagar os seus custos.

Se rescindirmos a sua adesão porque não pagou o prémio do plano, terá cobertura de saúde ao abrigo do Original Medicare. Além disso, poderá não conseguir receber a cobertura da Parte D até ao ano seguinte se se inscrever num novo plano durante o período de inscrição anual. (Se passar mais de 63 dias sem cobertura de medicamentos “creditável”, poderá ter de pagar a penalização por inscrição tardia da Parte D enquanto tiver cobertura da Parte D.)

No momento em que rescindirmos a sua adesão, poderá ainda estar a dever-nos os prémios que não pagou. No futuro, se quiser inscrever-se novamente no nosso plano (ou noutro plano que disponibilizarmos), terá de pagar o montante em dívida antes de poder inscrever-se.

Se acha que encerrámos erradamente a sua adesão, pode apresentar uma reclamação (também chamada reclamação); consulte o Capítulo 9 para saber como apresentar uma reclamação. Se teve uma circunstância de emergência fora do seu controlo e fez com que não pudesse pagar o prémio do seu plano dentro do nosso período de carência, pode fazer uma reclamação. Para reclamações, iremos rever novamente a nossa decisão. O Capítulo 9, Secção 10 deste documento informa como fazer uma reclamação, ou pode ligar-nos para o número 1-833-346-9222 entre *as* 8 am e as 8 pm, 7 dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. (1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira, e das 8 am às 6 pm, aos sábados e domingos.) Os utilizadores TTY devem contactar o número 711. Tem de fazer o seu pedido, o mais tardar, 60 dias após a data do fim da sua adesão.

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

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

No entanto, em alguns casos, a parte do prémio que tem de pagar pode mudar durante o ano. Isto acontece se se tornar elegível para o programa “Ajuda Extra” ou se perder a sua elegibilidade para o “Ajuda Extra” durante o ano. Se um associado se qualificar para “Ajuda Extra” com os seus custos de medicamentos receitados, o programa “Ajuda Extra” pagará parte do prémio do plano mensal do associado. Um membro que perca a sua elegibilidade durante o ano terá de começar a pagar o seu prémio mensal integral. Pode encontrar mais informações sobre o programa “Ajuda Extra” no Capítulo 2, Secção 7..

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

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

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

Informe-nos sobre as seguintes alterações:

- Alterações ao seu nome, endereço ou número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde que tenha (como do seu empregador, do empregador do seu cônjuge, indemnização de trabalhador ou Medicaid)
- Se tiver quaisquer sinistros com responsabilidade, como sinistro de um acidente de automóvel
- Se for internado num lar de idosos
- Se receber atendimento num hospital ou hospital fora da área, ou fora da rede
- Se a parte responsável designada (como um cuidador) mudar
- Se participar num estudo de investigação clínica. (**Nota:** não é obrigado a informar o seu plano sobre os estudos de investigação clínica em que pretende participar, mas encorajamo-lo a fazê-lo)

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

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

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

Outros seguros

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

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

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

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

- Se tiver cobertura para reformados, o Medicare paga primeiro.
- Se a cobertura do seu plano de saúde de grupo for baseada no seu emprego atual ou de um membro da sua família, quem paga primeiro depende da sua idade, do número de pessoas empregadas pelo seu empregador e se possui Medicare com base em idade, deficiência ou doença renal em estado terminal (DRET):

Se tem menos de 65 anos e está incapacitado e 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
- Compensação de trabalhadores

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

CAPÍTULO 2:
Números de telefone e recursos importantes

SECÇÃO 1 Contactos do CCA Medicare Value

(como entrar em contacto connosco, incluindo como

entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Associados)

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

Para assistência com reclamações, faturação, ou perguntas sobre cartões de associado, por favor ligue ou escreva para CCA Medicare Value Member Services. Teremos satisfação em ajudá-lo.

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE PARA	833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: 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. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: 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

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	833-346-9222 As ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: 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. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: das 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 ligações para este número são gratuitas. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: 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. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana.
FAX	1-857-453-4517
ESCREVER	Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC Recursos e Reclamações 30 Winter Street Boston, MA 02108
SÍTIO WEB MEDICARE	Pode apresentar uma queixa sobre o CCA Medicare Value diretamente ao Medicare. Para enviar uma reclamação online ao Medicare, aceda a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

Tenha em atenção: Se nos enviar uma solicitação de pagamento e negarmos qualquer parte da sua solicitação, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o Capítulo 9 **(O que fazer se tiver um problema ou 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. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: 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. **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: 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 ligações para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número são gratuitas.

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 Medicare:** Fornece informações sobre o estado de elegibilidade ao Medicare.
- **Localizador de plano Medicare:** Fornece informações personalizadas sobre planos de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, planos de saúde Medicare e apólices Medigap (Medicare Supplement Insurance) na sua área. Estas ferramentas disponibilizam uma **estimativa** de quais poderão ser os seus custos de desembolso em diferentes planos Medicare.

Também pode utilizar o website para informar a Medicare sobre quaisquer reclamações que tenha sobre o CCA Medicare Value:

- **Informe o Medicare sobre a sua reclamação:** Pode apresentar uma queixa sobre o CCA Medicare Value 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 telefonar para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.

SECÇÃO 3 State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Assistência ao Seguro de Saúde)

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

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

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

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

MÉTODO PARA ACEDER AO SHIP e A OUTROS RECURSOS:

- Consulte www.medicare.gov
- Clique em "**Falar com alguém**" (Talk to Someone) no meio da página inicial
- Agora tem as seguintes opções
  - Opção 1: Pode ter um **chat ao vivo com um representante da 1-800-MEDICARE**
  - Opção 2: Pode selecionar o **Rhode Island** no menu suspenso e clicar em IR. Fazê-lo irá abrir uma página com números de telefone e recursos específicos para Rhode Island.

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program – Informações de Contacto
TELEFONE PARA	1-888-884-8721
TTY	1-401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program – Informações de Contacto
ESCREVER	25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	https://oha.ri.gov/Medicare

SECÇÃO 4 Organização de Melhoria da Qualidade

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

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

Deverá contactar a KEPRO em qualquer uma das seguintes situações:

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

Método	KEPRO *(*Rhode Island's Quality Improvement Organization) – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-888-319-8452 Segunda a sexta-feira das 9 am às 5 pm Fins de semana e feriados: das 11 am às 3 pm, está disponível atendimento por voicemail permanente. Estão disponíveis serviços de tradução para beneficiários e cuidadores que não falem inglês.

Método	KEPRO *(*Rhode Island's Quality Improvement Organization) – Informações de contacto
TTY	1-855-843-4776 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
ESCREVER	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
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 am às 7 pm, de segunda a sexta-feira. Pode usar os serviços telefónicos automatizados da Segurança Social para obter informações gravadas e realizar algumas interações 24 horas por dia.
TTY	1-800-325-0778 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar. As ligações para este número são gratuitas. Disponível das 8 am às 7 pm, de segunda a sexta-feira.
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. Algumas pessoas com Medicare também são elegíveis para o Medicaid. Os programas oferecidos pela Medicaid ajudam pessoas com Medicare a pagar os seus custos da Medicare, como os prémios da Medicare. Estes “Programas de Poupança Medicare” incluem:

- **Qualified Medicare Beneficiary (Beneficiário Qualificado Medicare) (QMB):** Ajuda a pagar os prémios do Medicare Parte A e Parte B e outros custos partilhados (como franquias, participações e copagamentos). (Algumas pessoas com QMB também são elegíveis para benefícios receber completos do Medicaid (QMB+).)
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (Beneficiário de Baixo Rendimento especificado Medicare) (SLMB):** Ajuda a pagar os prémios da Parte B. (Algumas pessoas com SLMB também são elegíveis para benefícios completos do Medicaid (SLMB+).)
- **Indivíduo que se qualifica (Qualifying Individual, QI):** Ajuda a pagar os prémios da Parte B.
- **Indivíduos com incapacidade e trabalhadores qualificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ajuda a pagar prémios da Parte A.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E se tiver cobertura de um Programa de Ajuda para Medicamentos contra a SIDA (ADAP)?

O que é o Programa de Assistência a Medicamentos para a SIDA (ADAP)?

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

Nota: Para serem elegíveis para o ADAP a operar em Rhode Island, os indivíduos têm de satisfazer certos critérios, incluindo comprovativo de residência no estado e situação em termos de VIH, baixo rendimento conforme definido pelo estado e situação de segurado/subsegurado. Se alterar planos, notifique o seu trabalhador de inscrição ADAP local para que possa continuar a receber assistência. Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, telefone para o Programa de Assistência para Medicamentos para o VIH em Rhode Island através do 1-401-222-5960.

Programas Estatais de Assistência Farmacêutica

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

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

Método	Rhode Island Office of Health and Aging (Programa Estatal de Assistência Farmacêutica de Rhode Island) – Informações de Contacto
TELEFONE PARA	1-401-642-3000 Das 8 am às 4 pm, de segunda a sexta-feira
TTY	1-401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades em ouvir ou falar.
ESCREVER	25 Howard Avenue, Building 57 Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	https://oha.ri.gov/what-we-do

SECÇÃO 8 Como entrar em contacto com o Railroad Retirement Board

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

Método	Railroad Retirement Board – Informações de contacto
TELEFONE PARA	1-877-772-5772 As ligações para este número são gratuitas. Se pressionar “0”, poderá falar com um representante do RRB das 9:00 am às 3:30 pm, segunda, terça, quinta e sexta-feira, e das 9:00 am às 12:00 pm, quarta-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 *não* 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) obtiver benefícios do seu empregador (ou do seu cônjuge) ou grupo de reformados como parte deste plano, pode telefonar para o administrador de benefícios do empregador/sindicato ou para o Serviço de Atendimento a Membros se tiver alguma dúvida. Pode perguntar sobre os benefícios de saúde, prémios ou período de inscrição da sua entidade patronal (ou da do seu cônjuge) ou de reformado. (Os números de telefone do Serviço de Apoio a Associados estão impressos na contracapa desta brochura.) Também pode telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) com perguntas sobre a sua cobertura Medicare ao abrigo deste plano.

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

SECÇÃO 10 Pode obter assistência da Linha de Aconselhamento de Enfermagem

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

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

CAPÍTULO 3:
Utilizar o plano para os seus serviços médicos

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

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

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

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

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

Secção 1.2 Regras básicas para obter cuidados médicos cobertos pelo plano

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

CCA Medicare Value 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.
- **Receba os cuidados de um prestador que seja elegível para prestar serviços ao abrigo do Original Medicare.** Como associado do nosso plano, pode receber os seus cuidados de qualquer prestador da rede ou de um prestador fora da rede (para mais informações, consulte a Secção 2 neste capítulo).

Os fornecedores na nossa rede estão listados no **Diretório de Prestadores e Farmácias**.

Se utilizar um prestador fora da rede, a sua parte dos custos pelos serviços cobertos poderá ser mais elevada.

Tenha em atenção: Embora possa obter cuidados de um prestador fora da rede, o prestador tem de ser elegível para participação no Medicare. Exceto em casos de emergência, não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare. Se consultar um prestador que não seja elegível para participação no Medicare, terá de pagar o custo total dos serviços que receber. Confirme junto do seu prestador antes de receber serviços para confirmar que o prestador é elegível para participação no Medicare.

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

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

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

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

Que tipos de prestadores podem ser PCP?

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

Qual é a função do meu PCP?

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

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

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

Como escolhe o seu PCP?

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

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

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

Mudar de PCP

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

consultar um PCP que não esteja na nossa rede, poderá pagar mais por serviços cobertos.

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

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

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

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

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

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

- Os oncologistas cuidam de doentes com cancro.
- Os cardiologistas cuidam de doentes com problemas cardíacos.
- Os ortopedistas cuidam de doentes com determinados problemas ósseos, articulares ou musculares.

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

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

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

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

Pode ser necessária autorização prévia para determinados serviços (consulte o Capítulo 4 ou informações que serviços requerem autorização prévia). A autorização

pode ser obtida a partir do plano. Você ou o seu prestador, incluindo um prestador não contratado, podem perguntar ao plano antes de um serviço ser fornecido se o plano irá cubra. 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. O Capítulo 9 (**O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações**)) contém mais informações sobre o que fazer se quiser uma decisão de cobertura da nossa parte ou se quiser recorrer de uma decisão que já tenhamos tomado.

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

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

- Mesmo que a nossa rede de prestadores mude durante o ano, o Medicare exige que lhe forneçamos acesso ininterrupto a médicos e especialistas qualificados.
- Faremos um esforço de boa fé para avisá-lo com pelo menos 30 dias de antecedência de que o seu prestador vai deixar o nosso plano, para que tenha tempo de selecionar um novo prestador.
- Vamos ajudá-lo a selecionar um novo prestador qualificado para continuar a gerir as suas necessidades de saúde.
- Se estiver a receber tratamento médico, tem o direito de solicitar que o tratamento medicamente necessário que recebe não seja interrompido e trabalharemos consigo para garantir isso.
- Se a nossa rede não tiver um especialista qualificado para um serviço coberto pelo plano, temos de cobrir esse serviço à partilha de custos na rede. É necessária autorização prévia para que os serviços sejam cobertos às taxas de partilha de custos na rede.
- Se souber que o seu médico ou especialista vai sair do plano, contacte-nos para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo prestador para gerir os seus cuidados.
- Se considerar que não lhe disponibilizámos um prestador qualificado para substituir o seu prestador anterior ou que o seu atendimento não está a ser administrado de forma adequada, tem o direito de registar uma reclamação

sobre cuidados ao QIO, uma queixa sobre a qualidade dos cuidados ao plano ou ambos. Consulte o Capítulo 9.

Secção 2.4 Como obter atendimento de prestadores fora da rede

Como associado do nosso plano, pode optar por receber cuidados de prestadores fora da rede. No entanto, tenha em atenção que os prestadores que não fizerem contrato connosco não têm qualquer obrigação de o tratar, exceto em situações de emergência. O nosso plano cobre os serviços de prestadores da rede e fora da rede, desde que os serviços sejam serviços cobertos e necessários sob o ponto de vista clínico. No entanto, **se utilizar um prestador fora da rede, a sua parte dos custos pelos serviços cobertos poderá ser mais elevada.** A seguir encontra outras coisas importantes a saber sobre utilizar prestadores fora da rede:

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

fatura que acha que devemos pagar, pode enviar-nos a fatura para pagamento. Consulte o **Capítulo 7 (Solicitar-nos o pagamento da nossa parte de uma fatura que recebeu para serviços médicos ou medicamentos cobertos)** para informações sobre o que fazer se receber uma fatura ou se tiver de pedir um reembolso.

- Se estiver a utilizar um prestador de fora da rede para cuidados de emergência, serviços necessários com urgência ou diálise fora da rede, poderá não ter de pagar um montante de partilha de custos mais elevado. Consulte a Secção 3 para mais informações sobre estas situações.

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

Secção 3.1 Receber atendimento em caso de emergência médica

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

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

Se tiver uma emergência médica:

- **Obtenha ajuda o mais rapidamente possível.** Telefone para o 911 para obter ajuda ou acorra às as urgências ou hospital mais próximo. Chame uma ambulância se precisar. **Não** precisa de obter previamente aprovação ou encaminhamento do seu PCP. Não precisa de utilizar um prestador de cuidados de saúde da rede. Pode obter cuidados médicos de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer parte dos Estados Unidos ou dos seus territórios, e de qualquer prestador com uma licença estatal adequada, mesmo que não faça parte da nossa rede
- **Assim que possível, certifique-se de que o nosso plano foi informado sobre a sua emergência.** Precisamos de fazer o seguimento do seu atendimento de emergência. Você ou outra pessoa deve contactar-nos para nos informar sobre o seu atendimento de emergência, geralmente dentro de 48

horas. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número 833-346-9222 (TTY 711), das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. De 1 de abril a 30 de setembro, o Serviço de Atendimento a Membros está disponível das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira, e das 8 am às 6 pm, aos sábados e domingos.

O que está coberto se tiver uma emergência médica?

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

Os 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.

Pode receber cuidados médicos de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer local nos Estados Unidos ou nos respetivos territórios. O nosso plano também cobre serviços de emergência, incluindo transporte de emergência e cuidados necessários com urgência, fora dos Estados Unidos e os 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.

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 desta brochura.

Se tiver uma emergência, falaremos com os prestadores de cuidados de saúde que estejam a prestar atendimento de emergência para ajudar a gerir e a acompanhar o seu atendimento. 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, você tem direito a serviços de seguimento para garantir 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 obtiver cuidados de seguimento de prestadores fora da rede, irá pagar a partilha de custos fora da rede mais elevada.

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

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

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

Secção 3.2 Receber atendimento em caso de necessidade urgente

O que é um “serviço de necessidade urgente”?

Um serviço urgente é uma situação de não emergência que requer cuidados médicos imediatos, mas dadas as suas circunstâncias, não é possível ou não 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.

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

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

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

Comportamental que irão ajudá-lo com as suas necessidades de cuidados médicos ou de saúde comportamental urgentes.

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

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

Secção 3.3 Obter cuidados durante um desastre

Se o Governador 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Secção 5.1 O que é um “estudo de investigação clínica”?

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

Assim que a Medicare aprovar o estudo, e 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.

Se quiser participar em qualquer estudo de investigação clínica aprovado pela Medicare, **não** precisa de nos informar ou obter aprovação da nossa parte. Os prestadores que prestam os seus cuidados como parte do estudo de investigação clínica **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, **você será responsável por pagar todos os custos da sua participação no estudo**.

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

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

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

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

Eis um exemplo de como funciona a partilha de custos: Digamos que faz uma análise laboratorial que custa $100 como parte do estudo de investigação. Digamos também que a sua parte dos custos para este exame é de $20 ao

abrigo do Original Medicare, mas o exame seria de $10 ao abrigo dos benefícios do nosso plano. Neste caso, o Original Medicare pagaria $80 pelo teste e pagaria o copagamento de $20 exigido ao abrigo do Original Medicare. Em seguida, notificará o seu plano de que recebeu um serviço qualificado de ensaios clínicos e enviará documentação, tal como uma fatura de prestador, ao plano. O plano pagar-lhe-ia então diretamente $10. Por conseguinte, o seu pagamento líquido é de $10, o mesmo montante que pagaria ao abrigo dos benefícios do nosso plano. Tenha em atenção que, para receber o pagamento do seu plano, tem de enviar documentação para o seu plano, como uma fatura de prestador.

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

- Geralmente, o Medicare **não** irá pagar pelo novo material ou serviço que o estudo estiver a testar, a menos que o Medicare cobrisse o material ou o serviço se 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.

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

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

SECÇÃO 7 Regras de propriedade de equipamentos médicos duráveis

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

O equipamento médico durável (Durable Medical Equipment, DME) 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 DME que deve alugar.

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

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

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

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

Exemplo 2: fez 12 ou menos pagamentos consecutivos para o item no Original Medicare e depois aderiu ao nosso plano. Estava no nosso plano, mas não obteve propriedade enquanto estava no nosso plano. Depois, volta ao Original Medicare. Terá

de fazer 13 novos pagamentos consecutivos para ser proprietário do item após aderir ao Original Medicare novamente. Todos os pagamentos anteriores (quer ao nosso plano quer ao Original Medicare) não contam.

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

A que benefícios de toma de oxigénio tem direito?

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

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

Se sair do CCA Medicare Value ou já não necessitar de equipamento de oxigénio, então o equipamento de oxigénio tem de ser devolvido.

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

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

CAPÍTULO 4:
Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que tem de pagar)

SECÇÃO 1 Compreender os custos de desembolso por serviços cobertos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta proteção funciona da seguinte forma.

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

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

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

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

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

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

- Alguns dos serviços listados na Tabela de Benefícios Médicos só cobertos como serviços em rede **apenas** se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver aprovação prévia (por vezes denominada “autorização prévia”) da CCA Medicare Value.
    - Os serviços cobertos que precisam de aprovação para serem cobertos como serviços da rede estão assinalados a ***negrito e a itálico*** na Tabela de Benefícios Médicos.
    - Nunca necessita de aprovação antecipadamente para serviços fora da rede de prestadores de serviços fora da rede.
- Embora não precise de aprovação antecipadamente para serviços fora da rede, o associado ou o respetivo prestador de cuidados de saúde pode pedir-nos para tomar uma decisão de cobertura antecipadamente.

Outras coisas importantes a saber sobre a nossa cobertura:

- Para benefícios em que a sua partilha de custos é uma percentagem do cosseguro, o montante que paga dependente do tipo de prestador do qual recebe os cuidados:
- Se receber serviços cobertos de um prestador da rede, paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de reembolso do plano (conforme determinado no contacto entre o prestador e o plano).
- Se receber serviços cobertos de um prestador fora da rede e que participa com o Medicare, o associado paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de pagamento do Medicare para prestadores participantes.
- Se receber serviços cobertos de um prestador fora da rede e que não participa com a Medicare, o associado paga a percentagem do cosseguro multiplicada pela taxa de pagamento do Medicare para prestadores não participantes.
- Tal como todos os planos de saúde Medicare, cobrimos tudo o que o Original Medicare cobre. Para alguns destes benefícios, o associado paga **mais** no nosso plano do que pagaria no Original Medicare. Para outros, paga **menos**. (Se quiser saber mais sobre a cobertura e custos do Original Medicare, consulte o manual **Medicare & You 2023**. Consulte-o online em www.medicare.gov ou peça um exemplar, telefonando 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.
- 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 2023, o Medicare ou o nosso plano cobrirá esses serviços.
- 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
- 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 o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Rastreio de aneurisma da aorta abdominal Um único rastreio por ultrassons para pessoas em risco. O plano cobre apenas este rastreio se tiver determinados fatores de risco e se obtiver um encaminhamento para tal do seu médico, assistente clínico, enfermeiro ou enfermeiro clínico especialista.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para este rastreio de prevenção.	20% de cosseguro fora da rede para associados elegíveis para este rastreio de prevenção O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
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: • 12 semanas ou mais; • não específica, na que medida em que não tenha causa sistémica identificável (ou seja, não está associada a doença metastática, inflamatória, infeciosa.) • não está associada a cirurgia; e • não associada à gravidez. Serão cobertas oito sessões adicionais para os pacientes que demonstrem uma melhoria. Não podem ser administrados anualmente mais do que 20 tratamentos de acupuntura. 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) do Social Security Act (Lei da Segurança Social) (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	$30 de copagamento na rede por consulta Máximo de 20 consultas por ano com prestadores da rede ASH. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Continua na página seguinte

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Acupuntura para dor lombar crónica (continuação) 1861(aa5) da Lei) e o pessoal auxiliar podem fornecer serviços de acupuntura se satisfizerem todos os requisitos estaduais aplicáveis e tiverem: • Mestrado ou doutoramento em acupuntura ou Medicina Oriental obtido numa escola credenciada pela Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (Comissão de Credenciamento em Acupuntura e Medicina Oriental, ACAOM); e, • Uma licença atual, total, ativa e irrestrita para praticar acupuntura num estado, território ou Commonwealth (ou seja, Puerto Rico) dos Estados Unidos ou no distrito de Colúmbia. O pessoal auxiliar que fornece acupuntura tem de ter supervisão adequada de um médico, AP ou ENF/EEC exigido pelos nossos regulamentos em 42 CFR §§ 410.26 e 410.27. A acupuntura coberta pela Medicare para dor lombar crónica será administrada pela American Specialty Health (ASH) para prestadores da rede. **É necessária autorização prévia após 12 consultas.**		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços de ambulância • Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de ambulância por avião, por helicóptero e terrestres para a instalação apropriada mais próxima que possa fornecer cuidados 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. • O transporte não emergencial por ambulância é apropriado se for documentado que a condição do associado é tal que outros meios de transporte podem colocar em risco a saúde da pessoa e que o transporte por ambulância é medicamente necessário. ***É necessária autorização prévia para transporte de não emergência.***	Serviços de ambulância terrestre: $250 de copagamento Serviços aéreos de ambulância: $250 Os copagamentos não são dispensados em caso de internamento. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
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 anual de bem-estar. **Recompensa por consulta anual de bem-estar** Um exame físico anual qualifica-se para uma recompensa de $25 por ano após a conclusão da consulta. Consultas rotineiras com o PCP, como seguimento ou consulta médica, não se qualificam para a recompensa. As recompensas ganhas serão adicionadas ao seu cartão Healthy Savings para utilização em retalhistas de rede de medicamentos sem receita médica (over-the-counter, OTC). Para ganhar essa recompensa, tem de fazer uma consulta anual de bem-estar ou um exame anual. Qualquer dos tipos de consultas anuais é mais longo do que as consultas de rotina do PCP. Durante uma consulta anual de bem-estar ou um exame físico anual, o associado e o seu prestador de cuidados de saúde farão uma revisão detalhada da sua saúde geral. O seu prestador tem de faturar à CCA o seu exame para que a sua recompensa seja processada e aplicada ao seu cartão Healthy Savings. **A sua recompensa pode ser utilizada em retalhistas de venda livre da rede (não farmácias independentes) para comprar itens permitidos, excluindo armas de fogo, álcool ou tabaco.** **Cobertura uma vez por ano.**	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para o exame físico anual. 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.	20% de cosseguro O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Consulta anual de bem-estar Se beneficiou a Parte B por mais de 12 meses, pode fazer uma consulta anual de bem-estar para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base na sua saúde atual e fatores de risco. Esta é coberta uma vez a cada 12 meses. **Nota:** A sua primeira consulta anual de bem-estar não pode ocorrer no prazo de 12 meses a contar da sua consulta preventiva "Boas-vindas ao Medicare". No entanto, não precisa de ter uma consulta de "Boas-vindas ao 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. **Cobertura uma vez por ano.**	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para a consulta anual de bem-estar.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Medição de massa óssea No caso de indivíduos qualificados (geralmente, isto significa pessoas em risco de perder massa óssea ou em risco de osteoporose), os seguintes serviços são cobertos a cada 24 meses ou mais frequentemente, se necessário do ponto de vista médico: procedimentos para identificar a massa óssea, detetar perda óssea ou determinar a qualidade óssea, incluindo a interpretação dos resultados por um médico.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para medicação de massa óssea coberta pelo Medicare.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Rastreio do cancro da mama (mamografias) Os serviços cobertos incluem: • Uma mamografia inicial entre as idades de 35 e 39 anos • Uma mamografia de rastreio a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais • Exames clínicos da mama uma vez a cada 24 meses	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para mamografias de rastreio cobertas.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Serviços de reabilitação cardíaca Os programas abrangentes de serviços de reabilitação cardíaca que incluem exercícios, educação e aconselhamento são cobertos para membros que satisfaçam a certas condições mediante pedido de um médico. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca que são normalmente mais rigorosos ou mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca. ***É necessária autorização prévia.***	$0 de copagamento na rede para serviços de reabilitação cardíaca e serviços intensivos de reabilitação cardíaca O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede para serviços de reabilitação cardíaca e cardíaca intensiva O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Consulta de redução de risco de doença cardiovascular (terapia para doença cardiovascular) Cobrimos uma consulta por ano com o seu prestador de cuidados primários (PCP) para ajudar a reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Durante esta consulta, o seu PCP pode discutir o uso de aspirina (se adequado), verificar a sua pressão arterial e dar-lhe sugestões para garantir que se alimenta de forma saudável.	Não existem cosseguro, copagamento ou franquia para benefício de prevenção de doença cardiovascular de terapia comportamental intensiva.	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
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).	Não existem cosseguro, copagamento ou franquia para exames de deteção de doença cardiovascular cobertos uma vez a cada 5 anos.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal Os serviços cobertos incluem: • Para todas as mulheres: Os testes de Papanicolau e exames pélvicos estão cobertos uma vez a cada 24 meses • Se estiver em risco elevado de cancro do colo do útero ou vaginal ou se tiver potencial estiver em idade fértil e tiver realizado um teste de Papanicolau nos 3 anos antes: um teste de Papanicolau a cada 12 meses	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para testes de Papanicolau e exames pélvicos de prevenção cobertos pelo Medicare.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Serviços de quiropraxia Os serviços cobertos incluem: • Cobrimos **apenas** a manipulação manual da coluna para corrigir a subluxação	$20 de copagamento na rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Rastreio de cancro colorretal Para pessoas com 50 anos ou mais, está coberto o seguinte: • Sigmoidoscopia flexível (ou rastreio por enema de bário como alternativa) a cada 48 meses • Um dos seguintes a cada 12 meses: • Teste de sangue oculto nas fezes baseado em Guaiac (gFOBT) • Teste imunoquímico fecal (IQF) • Rastreio colorretal baseado no ADN a cada 3 anos. No caso de pessoas com alto risco de cancro colorretal, cobrimos: • Colonoscopia de rastreio (ou clister opaco como alternativa) a cada 24 meses No caso de pessoas que não apresentem alto risco de cancro colorretal, cobrimos: • Colonoscopia de rastreio a cada 10 anos (120 meses), mas não nos 48 meses após uma sigmoidoscopia de rastreio	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para um exame de rastreio do cancro colorretal coberto pela Medicare. **Clister opaco**: $0 de copagamento na rede	20% de cosseguro fora da rede **Clister opaco**: 20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços dentários Em geral, os serviços odontológicos preventivos (como limpeza, exames dentários de rotina e radiografias dentárias) não são cobertos pelo Original Medicare. Cobrimos: Serviços de odontologia de prevenção: •Os exames orais periódicos são pagos duas vezes por ano civil. •Os exames orais completos são pagos uma vez por cada período de 3 anos. •As radiografias bitewing são pagas uma vez por ano civil. •As radiografias panorâmicas ou completas da boca (série completa) (inclui radiografias bitewing) são pagas uma vez por cada período de 3 anos. •As radiografias bitewing não são pagas no mesmo ano que a série completa da boca. Serviços de odontologia abrangentes: • Serviços de diagnóstico adicionais • Serviços de Restauração (coroas, pontes, implantes, próteses parciais e próteses completas) • Endodontia • Periodontia • Extrações • Cirurgia oral/maxilofacial, incluindo sedação • Proteções oclusais Serviços dentários cobertos pela Medicare Os serviços cobertos pela Medicare, também designado atendimento odontológico não rotineiro, são os	**Máximo anual combinado (serviços preventivos e abrangentes)**: $2,500 **Serviços dentários de prevenção:** Duas (2) consultas por ano. Os associados com condições crónicas podem qualificar-se para até 4 (quatro) limpezas por ano. Copagamento de $0 até ao máximo anual permitido, para exames, limpezas, raios X e flúor na rede. **Serviços dentários abrangentes:** $0 de copagamento na rede até ao máximo anual permitido Depois de esgotado o máximo anual, quaisquer encargos restantes são da sua responsabilidade. Para serviços recebidos fora da rede, o plano apenas paga até ao máximo anual permitido. Se optar por consultar um dentista fora da rede, poderá ser-lhe cobrado qualquer montante superior ao que o plano paga. Para obter informações detalhadas sobre os serviços cobertos, consulte a Tabela de Benefícios de Odontologia de Rotina Cobertos após esta Tabela de Benefícios Médicos.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
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. Para saber se o seu dentista é um dentista do CCA Medicare Value ou se precisa de um novo dentista, reveja o Diretório de Prestadores e Farmácias do CCA Medicare Value ou contacte os Serviços de Atendimento a Associados. Para mais detalhes sobre os benefícios dentários cobertos, consulte a tabela de Benefícios Dentários Cobertos após esta Tabela de Benefícios Médicos. ***Pode ser necessária autorização prévia na rede para determinados benefícios dentários.***	**Serviços dentários cobertos pela Medicare** Custos na rede: $0 de copagamento Custos fora da rede: 20% de cosseguro	
Rastreio de depressão Cobrimos um rastreio de depressão por ano. A seleção tem de ser realizada num contexto de cuidados primários que possa proporcionar tratamento de seguimento e/ou encaminhamentos.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para uma consulta anual de rastreio da depressão.	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Rastreio da diabetes Cobrimos este rastreio (incluindo testes da glicémia em jejum) se tiver qualquer um dos fatores de risco seguintes: pressão arterial elevada (hipertensão), historial de níveis de colesterol e de triglicéridos anormais (dislipidemia), obesidade ou um historial de nível elevado de açúcar no sangue (glicémia). Os exames também podem ser incluídos se satisfizer outros requisitos, como excesso de peso e historial familiar de diabetes. Com base nos resultados destes exames você, pode ser elegível para até dois exames à diabetes a cada 12 meses.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para os testes de rastreio da diabetes cobertos pelo Medicare.	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
🍎 **Formação de autogestão da diabetes, serviços e produtos para diabéticos** Para todas as pessoas com diabetes (utilizadores ou não de insulina). Os serviços cobertos incluem: • Produtos para monitorizar a sua glicose no sangue: Monitor de glicose no sangue, tiras de teste de glicose no sangue, dispositivos de lanceta, lancetas e soluções de controlo da glicose para verificar a precisão das tiras de teste e monitores. • Para pessoas com diabetes com doença grave de pé diabético: Um par de sapatos moldados personalizados terapêuticos (incluindo palmilhas fornecidas com tais sapatos) por ano civil e dois pares adicionais de palmilhas, ou um par de sapatos de profundidade e três pares de palmilhas (não incluindo as palmilhas removíveis não personalizadas fornecidas com tais sapatos). A cobertura inclui o encaixe. • A formação sobre autogestão da diabetes está abrangida em determinadas condições. • Rastreio do glaucoma. O nosso plano tem acordo a Abbott Diabetes Care e a LifeScan, fornecedores preferenciais para fornecermos o glicosímetro e as tiras de teste aos nossos associados diabéticos. Estes **Continua na página seguinte**	**Materiais de monitorização de diabéticos:** 0% de cosseguro na rede **Calçado/palmilhas terapêuticos para diabéticos:** 20% de cosseguro na rede **Formação de autogestão da diabetes:** $0 de copagamento na rede **Rastreio de glaucoma:** $0 de copagamento na rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	**Materiais de monitorização de diabéticos:** 20% de cosseguro fora da rede **Sapatos/inserções terapêuticos para diabéticos:** 20% de cosseguro fora da rede **Formação de autogestão da diabetes:** 20% de cosseguro fora da rede **Rastreio de glaucoma:** 20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Formação de autogestão da diabetes, serviços e produtos para diabéticos (continuação) produtos incluem: medidores FreeStyle Lite®, medidores FreeStyle Freedom Lite®, medidores Precision Xtra®, tiras de teste FreeStyle Lite®, tiras de teste Precision Xtra®, tiras de teste Precision Xtra® Beta Ketone, Sistema de glicose OneTouch Ultra2®, Medidor OneTouch Ultra Mini®, Medidor OneTouch Verio Flex®, Medidor OneTouch Verio IQ®, tiras de teste OneTouch Ultra® e tiras de teste OneTouch Verio®. Podem aplicar-se algumas restrições. Pode obter um novo glicosímetro e tiras de teste solicitando uma nova receita ao seu prestador para aviar na sua farmácia local. Também pode ligar para a LifeScan através do número 1-800-227-8862 ou visitar www.lifescan.com. Ou ligar para a Abbott Diabetes Care através do número 1-800-522-5226 ou online em www.AbbottDiabetesCare.com Para obter mais informações, telefone para os Serviços de Atendimento a Associados. ***É necessária autorização prévia para glicosímetros e monitores terapêuticos contínuos de glicose (MCG). Algumas tiras de teste para diabéticos podem exigir uma autorização prévia em circunstâncias específicas.***		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Equipamento médico duradouro (DME) e materiais relacionados (Para uma definição de "equipamento médico duradouro", consulte o Capítulo 12, bem como o Capítulo 3, Secção 7 deste documento.) Os itens cobertos incluem, mas não se limitam a: cadeiras de rodas, muletas, colchões elétricos, consumíveis para diabéticos, camas hospitalares encomendados por um prestador para uso domiciliar, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos e fornecimento de oxigénio, nebulizadores e andarilhos. Cobrimos todo o equipamento médico duradouro medicamente necessário coberto pelo Original Medicare. Se o nosso fornecedor na sua área não dispuser de uma marca ou fabricante em particular, pode perguntar se consegue fazer um pedido especial para si. A lista mais recente de fornecedores também está disponível no nosso website em www.ccahealthri.org. De uma forma geral, o CCA Medicare Value cobre qualquer DME coberto pelo Original Medicare de marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas e fabricantes, a menos que o seu médico ou outro prestador nos diga que a marca é adequada para as suas necessidades médicas. No entanto, se for novo associado do CCA Medicare Value e estiver a utilizar uma marca de DME que não se encontre na nossa lista, iremos continuar a cobrir esta marca durante um período de até 90 dias. **Continua na página seguinte**	20% de cosseguro dentro e fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
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. A partilha de custos para os serviços de emergência necessários fornecidos fora da rede é a mesma que para esses serviços fornecidos na rede. Cobertura a nível mundial para serviços de urgência. A cobertura inclui: • emergências ou cuidados urgentes necessários, e **Continua na página seguinte**	$90 de copagamento para serviços dentro e fora da rede Não paga este montante se for internado no período de 24 horas pela mesma condição. Se for internado no hospital, irá pagar a partilha de custos conforme descrito na secção “Cuidados Hospitalares em Internamento” nesta Tabela de Benefícios. Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados de internamento após a condição de emergência, tem de ser transferido para um hospital da rede para pagar o montante de partilha de custos na rede pela parte da sua estadia depois de ter estabilizado. Se permanecer no hospital fora da rede, o seu internamento estará coberto, mas terá de pagar o montante da partilha de custos fora da rede pela parte do seu internamento depois de ter estabilizado. Para reembolso de despesas para cobertura de emergência a nível mundial, consulte o Capítulo 7, Secção 1.1.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Atendimento de emergência (continuação) • transporte de emergência por ambulância das urgências para a unidade de tratamento clínico mais próxima. Existe um limite de $100,000 para cuidados de emergência ou de necessidade urgente prestados fora dos Estados Unidos. Não coberto: • Transporte de volta para os Estados Unidos a partir de outro país. • Quaisquer procedimentos pré-agendados, pré-planeados ou eletivos. o Isto inclui diálise ou outro tratamento para condições contínuas/conhecidas. • Serviços dentários		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Programas de educação de saúde e bem-estar O plano cobre os serviços preventivos do Medicare. Estes serviços são listados separadamente neste Tabela de Benefícios Médicos e são assinalados com uma maçã. Outros programas de saúde e bem-estar não são cobertos pelo benefício do Medicare. O nosso plano também cobre serviços e programas adicionais, incluindo, entre outras possibilidades: • Educação para a saúde e recursos para viver bem em casa • Programas de autogestão de cuidados complexos para doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), diabetes e insuficiência cardíaca • Entrevista motivacional • Acesso à nossa Linha de Aconselhamento de Enfermagem, 24 horas por dia, 7 dias por semana (consulte o Capítulo 2 para obter mais informações sobre como aceder à Linha de Aconselhamento de Enfermagem). A sua equipa de atendimento colaborará consigo e recomendará que programas podem ser adequados para si com base nas suas necessidades. Para obter mais informações ou ajuda, fale com a sua equipa de atendimento. Não é necessária autorização prévia para serviços prestados pela CCA Health Rhode Island ou um fornecedor contratado.	**Silver & Fit Fitness:** O seu Silver & Fit inclui uma adesão de fitness com acesso a um centro de fitness à sua escolha, programação de Fitness em Casa para fitness em casa, kits de fitness em casa e muito mais. Para encontrar locais de fitness Silver & Fit, visite https://www.silverandfit.com. Também pode ligar para 1-877-427-4788 (TTY 711).	Pode receber um reembolso anual de até $50 para um prestador de fitness fora da rede. Para obter este reembolso, tem de enviar um formulário de reembolso juntamente com o **comprovativo de pagamento**. Contacte o Serviço de Apoio a Associados para solicitar um pedido de reembolso ou visite www.ccahealthri.org.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cartão Healthy Savings para comprar certos equipamentos não sujeitos a receita médica (NSRM) aprovados pela Medicare e alimentos saudáveis Recebe um cartão com um subsídio de $105 que é aplica no início de cada trimestre (a cada três meses) para comprar itens aprovados pelo Medicare, como desinfetante para as mãos, máscaras, fornecimentos de primeiros socorros, cuidados dentários, fornecimentos para sintomas de constipação e outros, não sujeitos a receita médica (NSRM) nos retalhistas da rede NSRM. Os associados com condição crónica qualificada podem utilizar o cartão Poupanças Saudáveis (Healthy Savings) para adquirir produtos alimentares saudáveis semelhantes ao Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Entre em contacto com os Serviço de Atendimento a Associados do CCA para perguntas sobre artigos NSRM aprovados pela Medicare ou aceda a mybenefitcenter.com com o seu número de cartão Healthy Savings.	Você paga zero dólares por equipamentos cobertos até 105 dólares por trimestre. Os montantes não utilizados não podem ser transportados de um trimestre para o seguinte. Os associados com condição crónica qualificada podem utilizar o cartão Poupanças Saudáveis (Healthy Savings) para adquirir produtos alimentares saudáveis em retalhistas da rede NSRM semelhantes ao Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Se o custo dos equipamentos NSRM aprovados pelo Medicare exceder a limitação de benefício trimestral de $105 por trimestre, você será responsável por custos adicionais.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços auditivos As avaliações de audição de diagnóstico e de equilíbrio realizadas pelo seu PCP para determinar se necessita de tratamento médico estão cobertas como cuidados em ambulatório quando fornecidas por um médico, audiologista ou outro prestador qualificado. Além dos benefícios auditivos não rotineiros cobertos pela Medicare, também cobrimos benefícios auditivos de rotina através da NationsHearing: • Exames de audição de rotina: um exame todos os anos. • Auxiliares da audição: o plano cobre 2 (dois) aparelhos de audição da NationsHearing a cada ano. • Avaliações de aparelhos auditivos: uma avaliação/equipamento de aparelhos auditivos todos os anos. As aquisições de aparelhos auditivos incluem: • 3 (três) consultas de seguimento no primeiro ano da data de colocação inicial • Período experimental de 60 dias a partir da data de conclusão • 60 pilhas por ano por aparelho auditivo (fornecimento para 3 anos) • Garantia de reparação do fabricante de 3 anos • Cobertura de substituição única para aparelhos auditivos perdidos, roubados ou danificados (pode aplicar-se um valor dedutível por aparelho auxiliar) • Primeiro conjunto de moldes de ouvido (quando necessário) **Continua na página seguinte**	**Exame para diagnosticar e tratar problemas de audição e equilíbrio:** $0 de copagamento na rede por consulta **Exame auditivo de rotina (1 exame por ano):** $0 de copagamento na rede por consulta **Aparelhos auditivos:** Benefício máximo de $2,000 para a compra de até 2 (1 por ano) aparelhos auditivos por ano de benefício. É responsável por quaisquer custos com aparelhos auditivos depois de o benefício máximo do plano de $2,000 ter sido esgotado.	**Exame para diagnosticar e tratar problemas de audição e equilíbrio:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Exame auditivo de rotina (1 exame por ano):** 20% de cosseguro fora da rede **Aparelhos auditivos:** 20% de cosseguro fora da rede até ao benefício máximo de $2,000 por ano de benefício

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços auditivos (continuação) O nosso plano contratou a NationsHearing para prestar os seus serviços de audição 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).		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Ajuda com condições crónicas Os benefícios do CCA Medicare Value incluem os seguintes serviços adicionais para associados diagnosticados com uma condição crónica: • Subsídio de alimentos e produtos. Os associados com uma condição crónica qualificada terão acesso a este subsídio através do subsídio trimestral de NSRM Healthy Savings de $105 nos retalhistas aprovados. • Um subsídio de $100 por ano para a compra de ténis em lojas de sapatos que aceitam Visa com o cartão Healthy Savings. • Proteção contra roubo de identidade. A proteção contra roubo de identidade vigia as suas informações pessoais caso outra pessoa use o seu número de segurança social ou outras informações pessoais. Ajudam a recuperar a sua identidade e reembolsam pelos custos que possa ter devido a roubo de identidade. Os associados com uma condição crónica elegível poderão inscrever-se para proteção contra roubo de identidade através do nosso fornecedor, a desinfeção de identidades. Os associados têm de utilizar a Equifax para serem cobertos por este benefício. Depois de se inscrever, 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. **Continua na página seguinte**	Os associados com uma condição crónica qualificada receberão um subsídio trimestral de $105 para comprar alimentos e produtos com o seu cartão NSRM Healthy Savings em retalhistas da rede NSRM. Os associados com condição crónica qualificada podem utilizar o cartão Poupanças Saudáveis (Healthy Savings) para adquirir produtos alimentares saudáveis em retalhistas da rede NSRM semelhantes ao Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Os membros com uma condição crónica elegível receberão um subsídio anual de $100 no cartão Healthy Savings para a compra de ténis em lojas de sapatos que aceitam Visa. Ou, os associados podem solicitar reembolso a um valor de $100 por ano após a compra de ténis de qualquer revendedor dentro ou fora da rede. Para obter este reembolso por compras de ténis, tem de enviar um formulário de reembolso juntamente com um recibo detalhado e comprovativo de pagamento. Contacte o Serviço de Apoio a Associados para solicitar um pedido de reembolso ou visite www.ccahealthri.org Os associados com uma condição crónica elegível pagam $0 pela proteção contra roubo de identidade	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Ajuda com condições crónicas (continuação) **Condições crónicas cobertas***:* Dependência crónica do álcool e outras substâncias; doenças autoimunes; cancro; doenças cardiovasculares; insuficiência cardíaca crónica; demência, diabetes; doença hepática terminal; doença renal terminal (DRT); distúrbios hematológicos graves; VIH/SIDA; doenças pulmonares crónicas; doenças de saúde comportamental crónicas e incapacitantes; distúrbios neurológicos e AVC As doenças crónicas são geralmente condições que requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades da vida diária. A condição é diagnosticada por um profissional médico licenciado, incluindo o seu médico de cuidados primários, enfermeiro e prestadores semelhantes.	da deslocação.	
Rastreio de VIH Para pessoas que pedem um teste de rastreio do VIH ou que estejam em maior risco de infeção por VIH, cobrimos: • Um exame de rastreio a cada 12 meses Para mulheres grávidas, cobrimos: • Até três exames de rastreio durante uma gravidez	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para associados elegíveis para rastreio do VIH de prevenção, coberto pelo Medicare.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Assistência domiciliar por agência de saúde Antes de receber serviços de saúde ao	$0 de copagamento na	20% de cosseguro fora

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
domicílio, o prestador de cuidados de saúde tem de se certificar de que necessita de serviços de saúde ao domicílio e que irá ordenar que os serviços de saúde ao domicílio sejam prestados por uma agência de saúde ao domicílio. É necessário que esteja confinado em casa, o que significa que sair de casa é um grande esforço para si. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços de enfermagem e auxiliar de saúde 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 ***É necessária autorização prévia.***	rede por consulta	da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Terapia de perfusão domiciliar 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 ***Pode ser necessária autorização prévia para serviços na rede.***	Irá pagar a partilha de custos que se aplica aos serviços de cuidados primários, serviços de médico especialista ou Saúde em Casa (conforme descritos em “Serviços de médico, incluindo consultas no consultório do prestador de cuidados de saúde” ou “Cuidados por agência de saúde ao domicílio” dependendo de onde recebeu os serviços de administração ou monitorização. Irá pagar estes montantes até atingir o máximo de desembolso. Consulte o “Equipamento Médico Duradouro” antes na Tabela para qualquer partilha de custos aplicável para equipamento e materiais relacionados com a Terapêutica de perfusão em casa. Consulte “Medicamento Sujeitos a receita Médica do Medicare Parte B”, mais adiante nesta tabela, para qualquer partilha de custos aplicável a medicamentos relacionados com a Terapêutica de perfusão em casa.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados paliativos 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 domiciliares Quando é internado numa unidade de cuidados paliativos, tem o direito de permanecer no seu plano; se optar por permanecer no seu plano, tem de continuar a pagar os prémios do plano. <u>No caso de serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B e relacionados com o seu prognóstico terminal:</u> **Continua na página seguinte**	Quando adere a um programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare, os seus serviços de cuidados paliativos e os serviços da Parte A e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal são pagos pelo Original Medicare, não pelo CCA Medicare Value (PPO).	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados paliativos (continuação) O Original Medicare (em vez do seu plano) irá pagar ao seu prestador de cuidados paliativos pelos serviços de cuidados paliativos e quaisquer serviços da Parte A e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal. Enquanto estiver no programa de cuidados paliativos, o seu prestador de cuidados paliativos cobrará ao Original Medicare pelos serviços pelos quais o Original Medicare paga. Ser-lhe-á faturada a partilha de custos do Original Medicare. No caso de serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B e não relacionados com o seu prognóstico terminal: Se precisar de serviços não emergenciais e não urgentes que sejam cobertos pelo Medicare Parte A ou B e que não estejam relacionados com o seu prognóstico terminal, o custo destes serviços depende da utilização de um prestador da rede do nosso plano (tais como se existir um requisito para obter autorização anterior). • Se obtiver os serviços cobertos de um prestador da rede e seguir as regras do plano para obter o serviço, apenas paga o valor da partilha de custos do plano por serviços dentro da rede • Se obtiver os serviços cobertos de um prestador fora da rede, paga a partilha de custos do plano pelos serviços fora da rede		

Continua na página seguinte

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

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados hospitalares de internamento Inclui cuidados agudos de internamento, reabilitação em internamento, unidades de cuidados prolongados e outros tipos de serviços de internamento hospitalar. Os cuidados hospitalares de internamento começam no dia em você que é formalmente admitido no hospital por ordem do médico. Um dia antes de receber alta é o seu último dia de internamento. Os serviços cobertos incluem, entre outras possibilidades: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado, se necessário do ponto de vista médico) • Refeições incluindo dietas especiais • Serviços regulares de enfermagem • Custos de unidades de cuidados especiais (como unidades de terapia intensiva ou coronária) • Medicamentos e medicação • Testes de laboratório • Radiografias e outros serviços de radiologia • Produtos cirúrgicos e médicos necessários • Uso de aparelhos, como cadeiras de rodas • Custos operacionais e de recuperação • Terapia física, ocupacional e fonoaudiológica	$200 de copagamento para dias 1-5; $0 copay para os dias 6 e seguintes. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso. É cobrada outra partilha de custos para cada internamento. Se for autorizado para internamento num hospital fora da rede depois de a sua condição de emergência estar estabilizada, o seu custo é a mesma partilha de custos que pagaria num hospital da rede.	

Continua na página seguinte

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados hospitalares de internamento (continuação) • Serviços de internamento para tratamento de consumo de substâncias • Sob certas condições, os seguintes tipos de transplantes são cobertos: córnea, rim, rim-pancreático, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células-tronco e intestinal/multivisceral. o 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. o 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. **Continua na página seguinte**		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados hospitalares de internamento (continuação) Se o CCA Medicare Value 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 - A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas no quarto quartilho (pint) que necessita, tem de pagar os custos dos primeiros três que obtiver num ano civil ou doar sangue ou que alguém lhe doe sangue. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado. • Serviços médicos **Nota:** Para você ser um paciente internado, o seu prestador tem de redigir uma ordem para admiti-lo formalmente como paciente internado no hospital. 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. **Continua na página seguinte**		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados hospitalares de internamento (continuação) Também pode encontrar mais informações num folheto informativo do Medicare denominado “Você é um paciente internado ou ambulatorial? Se tem Medicare, pergunte!” Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TTY devem telefonar para 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana. ***É necessária autorização prévia para dentro da rede, exceto para consumo de substâncias por doentes internados e internações de emergência.***		
Cuidados de saúde comportamental para doente internados • Os serviços cobertos incluem serviços de saúde comportamental que requerem internamento hospitalar. • O Medicare tem um limite de 190 dias para serviços de internamento num hospital psiquiátrico. O limite de 190 dias não se aplica aos serviços de saúde comportamental fornecidos por uma unidade	$300 de copagamento para dias 1-4; $0 por dia para os dias 5-90 na rede e fora da rede. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
psiquiátrica de um hospital geral ao abrigo do Medicare. ***É necessária autorização prévia para dentro da rede, exceto para consumo de substâncias por doentes internados e internações de emergência.***		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Terapia nutricional médica Este benefício destina-se a pessoas com diabetes, doença renal (rim) (mas que não fazem diálise) ou após um transplante renal quando solicitado pelo prestador de cuidados de saúde. Cobrimos 3 horas de serviços de aconselhamento individual durante o primeiro ano que receber os serviços de terapia nutricional médica ao abrigo do Medicare (isto inclui o nosso plano, qualquer outro plano Medicare Advantage ou Original Medicare) e 2 horas por ano daí em diante. Se a sua condição, tratamento ou diagnóstico mudar, poderá receber mais horas de tratamento com uma ordemmédica. Um médico tem de prescrever estes serviços e renovar a ordem anualmente se o seu tratamento for necessário no ano seguinte. ***É necessária autorização prévia.***	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para membros elegíveis para serviços de terapia nutricional médica cobertos pelo Medicare.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Medicare Diabetes Prevention Program (Programa de Prevenção da Diabetes do Medicare, MDPP) Os serviços de MDPP serão cobertos para beneficiários elegíveis ao abrigo dos planos de saúde Medicare. O MDPP é uma intervenção estruturada de mudança de comportamento de saúde que fornece formação prática em mudança alimentar de longo prazo, aumento da atividade física e estratégias de resolução de problemas visando superar os desafios de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para o benefício do MDPP.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
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 • 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 anticancro e medicamentos anti-náuseas **Continua na página seguinte**	**Medicamentos de quimioterapia/radioterapia:** 20% de cosseguro na rede e fora da rede. **Outros medicamentos da Parte B:** 20% de cosseguro na rede e fora da rede. Alguns medicamentos da Parte B estão sujeitos a terapêutica escalonada. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Medicamentos prescritos do Medicare Parte B (continuação) • Determinados medicamentos para diálise domiciliária, incluindo heparina, o antídoto para heparina, quando necessário sob o ponto de vista clínico, anestésicos tópicos e agentes estimuladores da eritropoiese • Imunoglobulina intravenosa para o tratamento domiciliário de doenças de imunodeficiência primária Alguns medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B podem estar sujeitos a requisitos de terapêutica escalonada. Parte B – Categorias de medicamentos da terapêutica por etapas: (Observação: as classes de medicamentos indicadas abaixo geralmente não são autoadministradas pelo paciente) • Anti-inflamatório • Agentes antineoplásicos (cancro) • Produtos biológicos • Fatores estimuladores de colónias • Derivados do ácido hialurónico • Agentes eritropoietinas • Fatores de crescimento endotelial vascular Visite o nosso website para obter uma lista dos medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos a terapêutica por passos: www.ccahealthri.org **Continua na página seguinte**		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Medicamentos prescritos do Medicare Parte B (continuação) 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. ***É necessária autorização prévia da rede.***		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Linha de Aconselhamento de Enfermagem A Linha de Aconselhamento de Enfermagem fornece acesso permanente a um profissional de saúde qualificado de plantão, se precisar de informações e conselhos médicos. Quando telefonar, o nosso médico, um enfermeiro registado ou especialista em saúde comportamental ou equivalente responderá às suas perguntas gerais sobre saúde e bem-estar. A Linha de Aconselhamento está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semanas através do número 833-346-9222 (TTY:711).	$0 de copagamento	
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.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para rastreio de prevenção da obesidade e terapia.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços do programa de tratamento de opiáceos 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 opiáceos e antagonistas de tratamento assistido por medicação (TAM) aprovados pela Food and Drug Administration (Autoridade de Alimentos e Medicamentos, FDA) dos EUA. • Distribuição e administração de medicamentos TAM (se aplicável) • Aconselhamento sobre o uso de drogas • Terapia individual e em grupo • Exames toxicológicos • Atividades de consumo • Avaliações periódicas	$0 de copagamento na rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Exames de diagnóstico ambulatoriais e serviços e produtos terapêuticos Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Radiografias • Terapia de radiação (rádio e isótopo), incluindo equipamentos e produtos técnicos • Produtos cirúrgicos, como pensos • Talas, gesso e outros dispositivos usados para reduzir fraturas e luxações • Exames laboratoriais • Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas no quarto quartilho (pint) que necessita, tem de pagar os custos dos primeiros três que obtiver num ano civil ou doar sangue ou que alguém lhe doe sangue. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado. • Outros exames de diagnóstico ambulatoriais. ***Pode ser necessária autorização prévia para serviços na rede.***	**Análises laboratoriais:** $0 de copagamento na rede **Raios-X:** $0 de copagamento na rede **Radiologia terapêutica**: $10 de copagamento na rede **Testes e procedimentos de diagnóstico (não radiológicos):** $0 de copagamento na rede **Testes e procedimentos de diagnóstico (radiológicos) (por exemplo, RM):** $150 de copagamento na rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	**Testes laboratoriais:** 20% de cosseguro fora da rede **Radiografias:** 20% de cosseguro fora da rede. **Radiologia terapêutica:** 20% de cosseguro fora da rede **Testes e procedimentos de diagnóstico (não radiológicos):** 20% de cosseguro fora da rede **Testes e procedimentos de diagnóstico (radiológicos) (por exemplo, RMN):** 20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Observação hospitalar em ambulatório Os serviços de observação são serviços ambulatoriais de hospitais fornecidos para determinar se precisa de ser internado ou se pode receber alta. Para que os serviços de observação hospitalar 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 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 num folheto informativo do Medicare denominado "Você é um paciente internado ou ambulatorial? Se tem Medicare, pergunte!" Este folheto informativo está disponível na Web em https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou telefonando para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.	$250 de copagamento na rede por dia O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede por dia O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços hospitalares em ambulatório Cobrimos os serviços medicamente necessários que você obtenha no departamento ambulatorial de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão. Os serviços cobertos incluem, entre outros: • Serviços num departamento de emergência ou clínica ambulatorial, como serviços de observação ou cirurgia ambulatorial • Exames laboratoriais e diagnósticos cobrados pelo hospital • Saúde comportamental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um prestador de cuidados de saúde certificar que o tratamento hospitalar seria necessário sem os mesmos • Radiografias e outros serviços de radiologia cobrados pelo hospital • Produtos médicos, como talas e gesso • Certos medicamentos e produtos biológicos que não possa administrar a si mesmo **Nota:** A menos que o médico tenha escrito uma ordem para admiti-lo como 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 ambulatorial, pergunte à equipa do hospital. **Continua na página seguinte**	$250 de copagamento na rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados de saúde comportamental em ambulatório Os serviços cobertos incluem: Serviços de saúde comportamental prestados por um psiquiatra ou prestador de cuidados de saúde licenciado pelo estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, especialista em enfermagem clínica, enfermeiro, assistente médico ou outro profissional de saúde comportamental qualificado pelo Medicare, conforme permitido pelas leis estaduais aplicáveis. ***É necessária autorização prévia da rede.***	**Sessões individuais:** $0 co-pagamento dentro da rede e fora da rede por consulta **Sessões de grupo:** $0 co-pagamento dentro da rede e fora da rede por consulta	
Serviços de reabilitação ambulatorial Os serviços cobertos incluem fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala. Os serviços de reabilitação ambulatorial são fornecidos em vários ambientes ambulatoriais, como departamentos ambulatoriais de hospitais, consultórios de terapeutas independentes e Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities (Instalações de Reabilitação Ambulatorial Abrangentes, CORF). ***É necessária autorização prévia.***	$0 de copagamento por consulta ao domicílio $15 de copagamento por consultas num consultório ou instalação de um prestador da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Serviços ambulatoriais de uso de drogas Disponibilizamos sessões individuais e em grupo.	**Sessão individual:** $0 co-pagamento dentro da rede e fora da rede por consulta **Sessão de grupo:** $0 co-pagamento dentro da rede e fora da rede por consulta	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cirurgia ambulatorial, incluindo serviços prestados em instalações ambulatoriais de hospitais e centros cirúrgicos ambulatoriais (Ambulatory Surgery Center, ASC) **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." ***É necessária autorização prévia.***	**Hospital em ambulatório**: $250 de copagamento por cirurgia coberta pelo Medicare e outros serviços na rede. Centros cirúrgicos em ambulatório (ASC)**:** $200 de copagamento para cirurgia e outros serviços cobertos pela Medicare na rede. Aplica-se a comparticipação de custos para serviços adicionais cobertos pelo plano. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	**Hospital em ambulatório:** 20% de cosseguro para cirurgia coberta pela Medicare e outros serviços fora da rede Centros cirúrgicos em ambulatório (ASC)**:** 20% de cosseguro para cirurgia coberta pela Medicare ou outros serviços fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços de hospitalização parcial "Hospitalização parcial" é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo fornecido como um serviço hospitalar em ambulatório, ou por um centro de saúde mental comunitário, que é mais intensivo do que os cuidados recebidos no consultório do seu médico ou terapeuta e é uma alternativa ao internamento hospitalar. ***Não é necessária autorização prévia.***	$50 de copagamento na rede. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de co-seguro fora da rede. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
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 ambulatorial certificado, departamento ambulatorial 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 **Continua na página seguinte**	**Consultas de prestadores de cuidados primários:** $0 de copagamento na rede por consulta **Consulta de especialista:** $30 de copagamento na rede por consulta	**Consultas de prestadores de cuidados primários:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Consulta de especialista:** $20 de cosseguro fora da rede por consulta.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador (continuação) • Certos serviços de telemedicina (virtual), incluindo: Serviços de Necessidade Urgente; Serviços de Saúde ao Domicílio; Serviços de Prestador de Cuidados Primários; Serviços de Terapia Ocupacional; Sessões Individuais para Serviços Especializados em Saúde Comportamental; Outro Profissional de Saúde; Sessões Individuais para Serviços Psiquiátricos; Serviços de Fisioterapia e Terapia da Fala; Sessões Individuais para Abuso de Substâncias em Regime Ambulatório • O associado tem a opção de obter estes serviços por meio de uma visita presencial ou por telemedicina. Se optar por obter um destes serviços por telemedicina, terá de recorrer a um prestador que ofereça o serviço por telemedicina. • Serviços de telemedicina para consultas mensais relacionadas com doença renal terminal para associados que realizam diálise em casa num centro de diálise renal hospitalar ou de acesso crítico, unidade de diálise renal ou em casa do associado • Serviços de telemedicina para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de AVC independentemente da sua localização **Continua na página seguinte**	**Consultas e serviços de telemedicina (virtual):** $0 de copagamento para consultas virtuais de PCP $30 de copagamento para consultas de especialistas virtuais na rede por consulta A cobertura de telemedicina (virtual) inclui a Teladoc. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	**Consultas e serviços de telemedicina (virtual):** 20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços de médico/prestador de cuidados de saúde, incluindo visitas ao consultório do prestador (continuação) • 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: o Tem uma consulta presencial nos 6 meses anteriores à sua primeira consulta de telemedicina o Tem uma consulta presencial a cada 12 meses enquanto estiver a receber estes serviços de telemedicina o 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**: o Não for um novo paciente **e** o O exame geral não estiver relacionado com uma consulta no consultório nos últimos 7 dias **e** **Continua na página seguinte**		

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços de podologia Os serviços cobertos incluem consultas ilimitadas para: • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como dedos dos pés em martelo ou esporões no calcanhar). • Cuidados de rotina com os pés para membros com determinadas condições médicas que afetam os membros inferiores. • Tratamento de prevenção do pé, tais como remoção de calos, verrugas ou unhas. ***Pode ser necessária autorização prévia para serviços na rede.***	**Cuidados de rotina com os pés:** $30 de copagamento na rede por consulta **Exames aos pés e tratamento:** $30 de copagamento na rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	**Cuidados de rotina com os pés:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Exames aos pés e tratamento:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Refeições em pós-hospitalização/reabilitação Os associados têm direito a 14 refeições, 7 dias no máximo, após alta de um internamento hospitalar. Os membros não se limitam a refeições por uma quantidade definida de internamentos hospitalares. Se as refeições forem obtidas de um prestador fora da rede, os associados podem ser reembolsados em 80% (até $6 por refeição) pelo custo das refeições por alta.	14 refeições durante 7 dias por alta hospitalar na rede	Os associados podem ser reembolsados em 80% (até $6/ por refeição) pelo custo das refeições por hospital ou alta fora da rede. O associado paga estes montantes até atingir o

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
É necessária autorização prévia.		máximo de desembolso.
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 antigénio específico da próstata (PSA)	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para um teste anual de PSA. Exame retal digital: $0 de copagamento na rede	20% de cosseguro fora da rede Exame retal digital: 20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.
Dispositivos prostéticos 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 prostéticos, membros artificiais e próteses mamárias (incluindo um sutiã cirúrgico após uma mastectomia). Inclui certos produtos relacionados com dispositivos prostéticos e reparação e/ou substituição de dispositivos prostéticos. Também inclui alguma cobertura após a remoção ou cirurgia de cataratas. Consulte “Cuidados com a visão” adiante nesta secção para obter mais detalhes. ***É necessária autorização prévia para***	**Próteses (por exemplo, aparelhos, membros artificiais):** 20% de cosseguro dentro e fora da rede **Materiais prostéticos**: 20% de cosseguro na rede e fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
***prestadores da rede*.**		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços de reabilitação pulmonar São cobertos programas abrangentes de reabilitação pulmonar para associados com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) moderada a muito grave e uma ordem de reabilitação pulmonar do prestador de cuidados de saúde que trata da doença respiratória crónica. ***É necessária autorização prévia.***	**Reabilitação cardíaca:** copagamento de $0 na rede por consulta **Reabilitação cardíaca intensiva:** copagamento de $0 na rede por consulta **Reabilitação pulmonar:** $0 de copagamento na rede	**Reabilitação cardíaca:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Reabilitação cardíaca intensiva:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta **Reabilitação pulmonar:** 20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Rastreio e aconselhamento para reduzir o abuso de álcool Cobrimos um rastreio de abuso de álcool para adultos com Medicare (incluindo mulheres grávidas) que abusam de álcool, mas não sejam dependentes de álcool. Se o resultado do exame for positivo no que se refere a abuso de álcool, pode obter até 4 sessões breves de aconselhamento presenciais por ano (se for competente e estiver alerta durante o aconselhamento) fornecidas por um prestador de cuidados primários qualificado ou médico num ambiente de cuidados primários.	Não existe cosseguro, copagamento ou franquia para o rastreio e aconselhamento cobertos pelo Medicare para redução do abuso do álcool do benefício de prevenção.	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

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

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
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) **Continua na página seguinte**	**Diálise renal**: 20% de cosseguro na rede **Educação sobre Doenças Renais:** copagamento de $0 na rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	**Diálise renal**: 20% de cosseguro fora da rede **Educação sobre doenças renais:** 20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Serviços para tratar doenças e condições renais (continuação) • 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.”		

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados em enfermarias especializadas (EE) (Para obter uma definição de "enfermarias especializadas", consulte o Capítulo 11 deste documento. As enfermarias especializadas são por vezes denominadas "EE".) **Não é necessário internamento prévio.** Os serviços cobertos incluem, entre outras possibilidades: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado, se necessário do ponto de vista médico) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem especializados • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos administrados a si como parte do seu plano de cuidados (inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, como fatores de coagulação do sangue) • Sangue – incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e concentrado de hemácias começa apenas no quarto quartilho (pint) que necessita, tem de pagar os custos dos primeiros três que obtiver num ano civil ou doar sangue ou que alguém lhe doe sangue. Todos os outros componentes de sangue estão cobertos com início no primeiro quartilho (pint) utilizado • Produtos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por EE • Testes de laboratório normalmente fornecidos por EE **Continua na página seguinte**	$0 de copagamento por dia para os dias 1-20 na rede $160 de copagamento por dia para os dias 21-45 na rede. $0 de copagamento por dia para os dias 46-100 na rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.	20% de cosseguro fora da rede por estadia O associado paga estes montantes até atingir o valor máximo de desembolso.

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Parar de fumar e cessação do tabagismo (aconselhamento para parar de fumar ou abandono do tabagismo) Se fuma, mas não tem sinais ou sintomas de doença relacionada com o tabaco: Cobrimos duas consultas de aconselhamento para tentativas de cessação num período de 12 meses como um serviço preventivo sem nenhum custo. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais. Se usar tabaco e foi-lhe diagnosticada uma doença relacionada com o tabaco ou se estiver a tomar medicamentos que possam ser afetados pelo tabaco: Cobrimos serviços de aconselhamento de cessação. Cobrimos duas tentativas de deixar de fumar num período de 12 meses; no entanto, irá pagar a partilha de custos aplicável. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro consultas presenciais.	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para os benefícios preventivos do abandono do tabagismo e do uso do tabaco cobertos pelo Medicare.	20% de cosseguro fora da rede. O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Terapia de exercício supervisionado (Supervised Exercise Therapy, SET) A SET é coberta no caso de associados com doença arterial periférica sintomática (DAP) e pedido para DAP por parte do médico responsável pelo tratamento da DAP. São cobertas até 36 sessões num período de 12 semanas se os requisitos do programa SET forem atendidos. O programa SET tem de: 1. Consistir em sessões com duração de 30 a 60 minutos, compreendendo um programa de formação em exercícios terapêuticos para DAP em pacientes com claudicação 2. Ser conduzido num ambiente ambulatorial de hospital ou consultório médico 3. 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 4. 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 O SET pode ser coberto para além de 36 sessões ao longo de 12 semanas por 36 sessões adicionais por um longo período se considerado medicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde. ***É necessária autorização prévia.***	$0 de copagamento na rede por consulta	20% de cosseguro fora da rede por consulta O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Transporte (médico) O plano cobre vinte e quatro (24) viagens de ida por motivos médicos exceto emergências para destinos aprovados na área de cobertura do plano. O plano recorre à Coordinated Transportes Solutions (CTS) em todas as viagens de transporte não emergencial. Para entrar em contacto com o CTS, telefone para 866-444-7350 (TTY 711)	Paga $0 por até 24 viagens de ida por motivos médicos exceto emergências para destinos aprovados na área de cobertura do plano.	Paga 50% (até $32) de cosseguro, por viagem só de ida, até 24 viagens só de ida por motivos médicos que não emergências por ano de benefício.

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

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados oftalmológicos Os serviços cobertos incluem: **Visão não rotineira** • 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 às cataratas que inclua a inserção de uma lente intraocular. (Se tiver duas operações às cataratas em separado, não poderá reservar o benefício após a primeira cirurgia e adquirir dois pares de óculos após a segunda cirurgia.) **Continua na página seguinte**	**Exame para diagnosticar e tratar doenças e condições da visão**: 0% de cosseguro na rede **Óculos após cirurgia às cataratas:** $0 de copagamento **Exame oftalmológico de rotina:** $0 de copagamento na rede. Uma consulta por ano **Lentes de óculos com receita médica**: $0 de copagamento na rede para lentes de base. As lentes básicas incluem: lentes simples, bifocais e trifocais **Armações de óculos ou lentes de contacto**: Coberto até $300 por ano de benefício para armações ou lentes de contacto na rede. O benefício anual de $300 pode ser aplicado a armações de óculos **ou** lentes de contacto, mas **não a ambos**	**Exame para diagnosticar e tratar doenças e condições da visão**: 20% de cosseguro fora da rede **Óculos após cirurgia às cataratas:** $0 de copagamento fora da rede **Exame oftalmológico de rotina:** 50% de cosseguro fora da rede. Uma consulta por ano. **Lentes para óculos com receita médica**: 50% de cosseguro fora da rede. Uma consulta por ano. **Óculos ou lentes de contacto**: 50% de cosseguro até ao benefício máximo de $300 por ano para estruturas ou contactos fora da rede. O benefício anual de $300 pode ser aplicado a

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
Cuidados oftalmológicos (continuação) **<u>Oftalmologia de rotina</u>** **<u>Exames oftalmológicos</u>** • Cobrimos 1 (um) exame oftalmológico de rotina por ano • Cobrimos 1 (um) par de óculos graduados por ano. A prescrição de óculos inclui: o Lentes básicas (simples, bifocais e trifocais) o Armações ou lentes de contacto até $300 por ano o E outros recursos visuais Óculos e outros recursos óticos, incluindo lentes de contacto, apenas podem ser dispensados mediante prescrição escrita e datada. A prescrição tem de basear-se nos resultados de um exame de visão realizado pelo prescritor A VSP é a administradora de benefícios dos serviços de cuidados oftalmológicos de rotina do plano, incluindo exames e óculos. Para contactar a VSP, ligue para o número 1-855-492-9028, de segunda a domingo, das 8 am às 8 pm		armações de óculos **ou** lentes de contacto, mas **não a ambos**. **Reembolso da visão não rotineira:** Para obter este reembolso, tem de enviar um formulário de reembolso preenchido juntamente com o comprovativo de pagamento e quaisquer informações adicionais descritas no formulário. **Reembolso de visão de rotina**: Tem de apresentar uma reclamação com VSP para ser reembolsado. Ligue para o Serviço de Atendimento a Associados para solicitar o formulário de reembolso CCA ou VSP ou visite o nosso website: www.ccahealthr

Serviços que são cobertos	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços na rede	O que o associado tem de pagar quando obtém serviços fora da rede
		i.org
“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 “Boas-vindas ao Medicare” apenas nos primeiros 12 meses em que tenha o Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu médico que pretende agendar a sua consulta preventiva “Boas-vindas ao Medicare”.	Não há cosseguro, copagamento, ou franquia para a consulta preventiva de “Boas-vindas ao Medicare”.	20% de cosseguro fora da rede O associado paga estes montantes até atingir o máximo de desembolso.

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: $2,500**
- Depois de esgotado o máximo anual, quaisquer encargos restantes são da sua responsabilidade.
- É necessária autorização prévia para os principais serviços de restauração (canais de raiz, coroas, pontes, 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.

Para serviços obtidos fora da rede, o plano só paga até um determinado montante. Se optar por consultar um dentista fora da rede poderá ser-lhe cobrado qualquer montante maior do que o que o plano paga.

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.

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

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

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

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

Exames dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D0120	Exame periódico de rotina concluído durante o check-up	Dois (2) por ano do plano	Abrange exames orais periódicos, limitados, abrangentes e pormenorizados e extensivos. Não cobre exames	$0 de copagamento
D0140	Exame limitado para avaliar um problema	Um (1) por ano de plano		$0 de copagamento
D0150	Exame completo (para um novo paciente ou para um paciente estabelecido após 3	Um (1) a cada três (3) anos do plano		$0 de copagamento

Exames dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
	ou mais anos de inatividade do tratamento dentário)		periodontais separados de exames periódicos, limitados ou abrangentes. Apenas um (1) código de exame coberto por consulta.	
D0160	Exame centrado no problema detalhado e extenso	Um (1) por ano do plano		$0 de copagamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Raspagem dentária e alisamento radicular				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D4381	Medicamento aplicado no espaço das gengivas à volta de um dente (por dente) para gestão da gengivite	Ilimitado por ano do plano	Permitido com D4341 ou D4342 no mesmo dia	$0 de copagamento

Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	Descrição do procedimento dentário	Frequência	Critérios e Exclusões	Copagamento ou cosseguro
Próteses completas				
D5110	Prótese dentária superior completa	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano	Prótese coberta quando não existe erupção de dentes restante na boca.	$0 de copagamento
D5120	Prótese dentária inferior completa	Um (1) a cada cinco (5) anos do plano		$0 de copagamento
D5130	Remoção completa da prótese superior no momento da extração dos dentes superiores restantes	Um (1) por vida do membro		$0 de copagamento
D5140	Dentadura inferior completa entregue no momento da extração dos dentes inferiores restantes	Um (1) por vida do membro		$0 de copagamento

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

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

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

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

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

Implantes dentários				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D6010, D6010 D6011, D6056 D6057, D6058 D6059, D6060 D6061, D6062 D6063, D6068 D6069, D6073, D6071, D6072 D6065, D6066 D6067, D6075 D6076, D6077 D6091 D6111 D6112, D6191 D6192	Colocação do corpo do implante e suporte do pilar	Máximo de quatro (4) implantes por dente por vida útil em cada ano do plano. Dois (2) por arco (superior e inferior).	Só pode ser utilizado para substituir um dente em falta. A área tem de ser suficientement e saudável para suportar um implante e de doença das gengivas ativa	$0 de copagamento
Pontes dentárias				
DD6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245	Parte da ponte que é o dente falso que substitui o dente em falta (o pôntico)	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano	Só pode ser utilizado para substituir um dente em falta. Cobre pontes feitas de porcelana/cer âmica; porcelana fundida com teor elevado, base predominante ou metal nobre; metal nobre totalmente fundido, base predominante ou metal nobre; e titânio.	$0 de copagamento

Pontes dentárias				
D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792, D6794,	Coroas que são colocadas nos dentes que suportam a ponte (coroas retentoras)	Um (1) por dente a cada cinco (5) anos do plano	Cobre apenas coroas que façam parte de uma ponte.	$0 de copagamento

Pontes dentárias				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
D6930	Voltar a cimentar uma ponte que caiu	Ilimitado por ano do plano	Não cobre a cimentação de uma ponte no mesmo dia da colocação inicial da ponte.	$0 de copagamento

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

Extrações dentárias e procedimentos cirúrgicos orais				
Códigos da Associação Dentária Americana (ADA)	**Descrição do procedimento dentário**	**Frequência**	**Critérios e Exclusões**	**Copagamento ou cosseguro**
			erupcionados ou raízes de dentes expostas. Não cobre a extração de dentes impactados (não erupcionados).	
D7310, D7311, D7320, D7321	Remodelação do osso (1) que envolve os dentes ou os espaços dentários	Um (1) por quadrante por ano de plano, máximo de quatro (4) em quadrantes diferentes/únicos por ano de plano	Cobre a alveoloplastia em conjunto ou não com extrações.	$0 de copagamento

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

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

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

Exclusões dentárias:

1. Quaisquer serviços não listados acima são considerados não cobertos.
2. Serviços prestados por um dentista fora da rede se o seu plano não tiver cobertura fora da rede.

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

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

SECÇÃO 3 Que serviços não estão cobertos pelo plano?

Secção 3.1 Serviços que não cobrimos (exclusões)

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

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

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

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

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

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Cuidados de custódia Os cuidados de custódia são os cuidados pessoais que não requerem a atenção contínua de pessoal médico ou paramédico treinado, como os cuidados que o ajudam nas atividades da vida diária, como tomar banho ou vestir-se.	✓	
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.	✓	
Cuidados de enfermagem a tempo integral na sua casa.	✓	
Refeições entregues em casa	✓	
Serviços de assistente para serviços domésticos, incluindo assistência doméstica básica, como tarefas domésticas leves ou preparação de refeições leves.	✓	Cuidados de saúde

Serviços não cobertos pelo Medicare	Não cobertos sob nenhuma condição	Cobertos apenas sob condições específicas
Serviços de naturopatia (usa tratamentos naturais ou alternativos).	✓	
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.	✓	
Quarto privado num hospital.		✓ Coberto apenas quando medicamente necessário.
Reversão de procedimentos de esterilização e/ou produtos anticoncecionais sem receita.	✓	
Quiropraxia de rotina		✓ Manipulação manual da coluna para corrigir a subluxação.
Queratotomia radial, cirurgia LASIK e outros meios auxiliares para a visão reduzida.	✓	
Serviços considerados não razoáveis e necessários, de acordo com os padrões do Original Medicare	✓	

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

SECÇÃO 1 Introdução

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

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

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

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

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

Secção 2.1 Utilizar uma farmácia da rede

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

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

Secção 2.2 Farmácias da rede

Como encontra uma farmácia da rede na sua área?

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

Pode recorrer a qualquer das farmácias da nossa rede.

E se a farmácia que usa sair da rede?

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

E se precisar de uma farmácia especializada?

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

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de perfusão 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.)

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

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

Secção 2.3 Utilizar os serviços de encomenda por correio do plano

Para determinados tipos de medicamentos, pode utilizar os serviços de encomenda por correio 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.

O serviço de encomendas pelo correio do nosso plano*:* permite-lhe encomendar produtos para **até 90 dias**

Existem três (3) formas de obter formulários de encomenda e informações sobre como aviar as suas receitas por correio

1. Telefone para o Serviço de Atendimento a Associados

2. Aceda ao nosso website www.ccahealthri.org e veja as informações do “Programa de encomendas por correio” em “Serviços de farmácia”

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. Contacte o Serviço de Atendimento a Associados se a sua receita de encomenda por correio estiver atrasada.

Novas receitas que a farmácia recebe diretamente do consultório do seu

médico.
A farmácia irá aviar automaticamente e entregar novas receitas que receba de prestadores de cuidados de saúde, sem verificar primeiro consigo, se:

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

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

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

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

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

Se optar por não utilizar o nosso programa de reabastecimento automático, mas ainda quiser que a farmácia de encomenda por correio lhe envie a sua

receita, contacte a sua farmácia 14-21 dias antes de a sua receita atual acabar. Isto irá garantir que a sua encomenda lhe é enviada a tempo.

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

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

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

Quando adquire um fornecimento de medicamentos a longo prazo, a sua partilha de custos pode ser mais baixa. O plano oferece duas maneiras de obter um fornecimento de longo prazo (também denominado “fornecimento estendido”) 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-lhe obter um fornecimento a longo prazo de medicamentos de manutenção. O seu **Diretório de Prestadores e Farmácias** informa-o sobre quais as farmácias na nossa rede que lhe podem dar um fornecimento a longo prazo de medicamentos de manutenção. Também pode telefonar para o Serviço de Atendimento a Associados para obter mais informações.
2. Também pode receber medicamentos de manutenção através do nosso programa de encomenda por correio. Consulte a Secção 2.3 para obter mais informações.

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

A sua receita pode ser coberta em certas situações

Normalmente pagamos os medicamentos aviados numa farmácia fora da rede **apenas** quando não consegue utilizar uma farmácia da rede. Para o ajudar, temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço onde pode aviar as suas receitas enquanto associado do nosso plano. **Verifique primeiro junto do Serviço de Atendimento a**

Associados para verificar se existe uma farmácia da rede nas proximidades. Provavelmente terá que pagar a diferença entre o que paga pelo medicamento na farmácia fora da rede e o custo que cobrimos numa farmácia da rede.

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

- Se estiver a viajar nos Estados Unidos e territórios, mas fora da área de cobertura do plano, e ficar doente, perder medicamentos sujeitos a receita médica ou ficar sem os mesmos, cobriremos as receitas que sejam aviadas numa farmácia fora da rede. Antes de aviar a sua receita numa farmácia fora da rede, ligue para o nosso número de Serviço de Atendimento a Associados gratuito impresso na contracapa deste folheto, para saber se existe uma farmácia da rede na área onde se encontra. Se não existirem farmácias nessas áreas, o Serviço de Atendimento a Associados poderá tomar providências para aviar as suas receitas de uma farmácia fora da rede. Poderá ter de pagar o custo total quando avia a sua receita. Pode pedir-nos o reembolso dos custos enviando-nos uma solicitação de reembolso. Para saber como enviar uma reclamação em papel, consulte o processo de solicitação de reembolso em papel descrito no Capítulo 6. Não podemos pagar por nenhuma receita aviada em farmácias fora dos Estados Unidos e seus territórios, mesmo em caso de emergência médica.
- Se não conseguir obter um medicamento coberto em tempo útil dentro da nossa área de serviço porque não existe uma farmácia da rede (a uma distância razoável de carro) que ofereça serviço 24 horas por dia.
- Se estiver a tentar obter um medicamento com receita médica coberto que não seja regularmente armazenado no retalho da rede ou na nossa farmácia de venda por correspondência (estes medicamentos incluem medicamentos órfãos ou outros produtos farmacêuticos especializados).
- Se não puder usar uma farmácia da rede durante um desastre declarado.

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

Como pode pedir o reembolso do plano?

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

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

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

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

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

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

Geralmente, cobriremos um medicamento da Lista de Medicamentos do plano desde que siga as outras regras de cobertura explicadas neste capítulo e que o uso do medicamento seja uma indicação medicamente aceite. Uma "indicação medicamente aceite" é um uso do medicamento 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** -- Apoiado por determinadas referências, tais como o American Hospital Formulary Service Drug Information e o DRUGDEX Information System.

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

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

Um medicamento genérico é um medicamento prescrito que contém os mesmos ingredientes ativos que o medicamento de marca. Geralmente, os genéricos funcionam tão bem como o medicamento de marca e geralmente custam menos. Existem substitutos de medicamentos genéricos disponíveis para muitos medicamentos de marca.

O que não está na Lista de Medicamentos?

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

- Em alguns casos, a lei não permite que qualquer plano de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para mais informações sobre isto, consulte a Secção 7.1 neste capítulo).
- Noutros casos, decidimos não incluir um determinado medicamento na nossa Lista de Medicamentos. 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 Existem 5 “níveis de partilha de custos” para os medicamentos na Lista de Medicamentos

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

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

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

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

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

Tem duas (2) maneiras de saber:

1. Aceda ao sítio Web do plano (www.ccahealthri.org). A Lista de Medicamentos do sítio Web é sempre a mais atual.
2. 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.

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

Restrição de medicamentos de marca quando está disponível uma versão genérica

Geralmente, um medicamento "genérico" funciona da mesma forma que um medicamento de marca e geralmente é mais barato. **Quando uma versão genérica de um medicamento de marca estiver disponível, a nossa rede de farmácias fornecerá antes a versão genérica do medicamento de marca.** No entanto, se o seu médico nos tiver informado do motivo médico pelo qual nem o medicamento genérico, nem os outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição funcionarão para si, cobriremos o medicamento de marca. (A sua parte do custo pode ser maior para o medicamento de marca do que para o medicamento genérico.)

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

Experimentar um medicamento diferente primeiro

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

Limites de quantidade

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

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

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

Existem situações em que um medicamento que esteja a tomar, ou um medicamento que 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.
- O medicamento está coberto, mas está num nível de partilha de custos que torna a sua partilha de custos mais cara do que pensa que deveria ser.
- Há coisas que pode fazer se o seu medicamento não for coberto da maneira que pretende. Se o seu medicamento não estiver na Lista de Medicamentos ou se for restrito, consulte a Secção 5.2 para saber o que pode fazer.
- Se o seu medicamento estiver num nível de partilha de custos que torne o seu custo mais caro do que pensa que deveria ser, consulte a Secção 5.3 para saber o que pode fazer.

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

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

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

Pode obter fornecimento temporário

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

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

- **No caso de novos associados,** cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** após a sua adesão ao plano, se for um novo associado.
- **Caso tenha estado no plano no último ano**, cobriremos o fornecimento temporário do seu medicamento durante os primeiros **90 dias** do ano.
- Este fornecimento temporário será para um fornecimento máximo de 31 dias de medicação. Se a sua receita tiver um prazo menor, permitiremos vários abastecimentos para fornecer até um máximo de 31 dias de medicação. A receita tem de ser obtida numa farmácia da rede. (Note que a farmácia de cuidados de longo prazo pode fornecer o medicamento em quantidades menores de cada vez para evitar o desperdício.)
- **Para os associados que estão no plano há mais de 90 dias e vivem numa instituição de longa permanência e precisam de um fornecimento imediatamente:**

  Cobriremos um fornecimento de emergência para 31 dias de um determinado medicamento, ou menos, se a sua receita for para menos dias. Isto é adicional ao fornecimento temporário acima.
- **Aos atuais associados com alterações de nível de cuidados**, forneceremos um abastecimento de emergência de, pelo menos, 31 dias (a menos que a receita seja prescrita para menos dias) relativamente a todos os medicamentos não indicados no formulário, incluindo os que possam ter requisitos de terapêutica por etapas ou de autorização prévia. Um nível não planeado de transição de atendimento pode ser qualquer um dos seguintes:
  - uma alta de uma instituição de cuidados de longo prazo ou admissão a uma instituição de cuidados de longo prazo,
  - uma alta ou internamento num hospital, ou

- uma mudança no nível de qualificação da unidade de enfermagem

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

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

1) Pode mudar para outro medicamento

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

2) Pode pedir uma exceção

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

Se 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 6.4 indica o que devem fazer. Explica os procedimentos e prazos que foram estabelecidos pelo Medicare para garantir que o seu pedido é tratado de forma rápida e justa.

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

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

Pode mudar para outro medicamento

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

Pode pedir uma exceção

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

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

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

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

Secção 6.1 A Lista de Medicamentos pode mudar durante o ano

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

- **Adicionar medicamentos à Lista de Medicamentos ou retirar medicamentos da Lista de Medicamentos**.

- **Mover um medicamento para uma categoria de partilha de custos superior ou inferior**.
- **Adicionar ou remover uma restrição à cobertura de um medicamento**.
- **Substituir um medicamento de marca por um medicamento genérico.**

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 alteramos o nível de partilha de custos ou acrescentamos novas restrições ao medicamento de marca ou a ambos)**
    - 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 abrirmos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento de marca. Para informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 9.

- **Medicamentos inseguros e outros medicamentos da Lista de Medicamentos retirados do mercado**
  - Por vezes, um medicamento pode ser considerado inseguro ou ser retirado do mercado por outro motivo. Se isso acontecer, poderemos retirar imediatamente o medicamento da Lista de Medicamentos. Se estiver a tomar esse medicamento, informá-lo-emos imediatamente.
  - O seu médico também ficará a participar desta mudança e poderá coordenar-se consigo para encontrarem outro medicamento para a sua condição.

- **Outras alterações nos medicamentos da Lista de Medicamentos**
  - Após o início do ano, poderemos efetuar outras alterações que afetem os medicamentos que esteja a tomar. Por exemplo, podemos adicionar um medicamento genérico que não seja novo no mercado para substituir um medicamento de marca na Lista de Medicamentos ou alterar o nível de partilha de custos, adicionar novas restrições ao medicamento de marca ou fazer ambas as coisas. Também podemos fazer alterações com base em avisos em caixa da FDA ou novas diretrizes clínicas reconhecidas pelo Medicare.
  - Para tais alterações, temos de lhe avisar com pelo menos 30 dias de antecedência da alteração ou dar-lhe um aviso prévio da alteração e um reabastecimento de 31 dias do medicamento que está a tomar numa farmácia da rede.
  - Depois de receber a notificação da alteração, deverá trabalhar com o seu prestador de cuidados de saúde para mudar para um medicamento diferente que nós cobrimos ou para satisfazer quaisquer novas restrições ao medicamento que está a tomar.
  - O associado ou o seu prescritor também podem pedir-nos para abrirmos uma exceção e continuarmos a cobrir o medicamento. Para informações sobre como solicitar uma exceção, consulte o Capítulo 9.

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

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

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

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

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

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

SECÇÃO 7 Que tipos de medicamentos <u>não</u> são cobertos pelo plano?

Secção 7.1 Tipos de medicamentos que não cobrimos

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

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

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

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

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

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

Além disso, se estiver a **receber “Ajuda Extra” para** pagar as suas receitas, o programa “Ajuda Extra” não pagará pelos medicamentos que normalmente não estão cobertos. No entanto, se tiver cobertura de medicamentos através do Medicaid, o programa Rhode Island Medicaid pode cobrir alguns medicamentos sujeitos a receita

médica que normalmente não estão cobertos num plano de medicamentos Medicare. Contacte o programa Rhode Island Medicaid do seu estado para determinar que cobertura de medicamentos poderá estar disponível para si. (Pode encontrar números de telefone e informações de contacto para o Medicaid no Capítulo 2, Secção 6.)

SECÇÃO 8 Aviar uma receita

Secção 8.1 Fornecer as suas informações de associado

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

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

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

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

SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais

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

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

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

Normalmente, uma instalação de cuidados continuados (long-term care, LCT) (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 ou a que utiliza faz parte da nossa rede. Se não for o caso, ou se precisar de mais informações ou assistência, contacte o Serviço de Apoio a Associados. Se estiver numa instalação de cuidados continuados, temos de garantir que recebe rotineiramente os benefícios da Parte D por meio da nossa rede de farmácias de cuidados prolongados.

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

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

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

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

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

Nota especial sobre a "cobertura creditável":

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

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

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

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

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

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

SECÇÃO 10 Programas sobre segurança de medicamentos e gestão de medicamentos

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

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

Fazemos uma revisão a cada vez que 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 opiáceos

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

- Exigir que avie todas as suas receitas de medicamentos opiáceos ou benzodiazepinas em determinada(s) farmácia(s)

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

Se planearmos limitar a forma como pode receber estes medicamentos ou quanto pode obter, enviar-lhe-emos uma carta com antecedência. A carta explicará as limitações que consideramos que lhe devemos aplicar. Terá a oportunidade de nos informar sobre que prestadores de cuidados de saúde ou farmácias prefere usar, e qualquer outra informação que considere importante que saibamos. Depois de ter a oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos, enviaremos outra carta a confirmar a limitação. Se lhe parecer que cometemos um erro ou discordar da nossa determinação ou da limitação, 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 9 para informações sobre como solicitar um recurso.

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

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

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

Alguns membros que tomam medicamentos para diferentes condições médicas e têm custos elevados com medicamentos ou estão num PGM para ajudar membros a usar os seus opiáceos com segurança podem obter serviços por meio de um programa de GTM. 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. Além disso, mantenha a sua Lista de Medicamentos atualizada e consigo (por exemplo, com a sua identificação) para o caso de se deslocar ao hospital ou às urgências.

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

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

Está atualmente a receber ajuda para pagar os seus medicamentos?

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

SECÇÃO 1 Introdução

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

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

Para compreender as informações de pagamento, precisa de saber quais os medicamentos abrangidos, onde aviar as suas receitas médicas, e que regras seguir quando receber os medicamentos cobertos. Os capítulos 5, Secções 1 a 4 explicam estas regras.

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

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

- A **"franquia"** é o montante que paga pelos medicamentos, antes do nosso plano começar a pagar a sua parte.
- **"Copagamento"** é um montante fixo que paga de cada vez que avia uma receita médica.

- **"Cosseguro"** é uma percentagem do custo total que paga de cada vez que avia uma receita médica.

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

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

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

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

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

É importante quem paga:

- Se for o **próprio** a fazer estes pagamentos, estão incluídos nos custos que paga do seu próprio bolso.
- Estes pagamentos **também estão incluídos** se forem realizados em seu nome por **outros indivíduos ou organizações.** Isto inclui pagamentos pelos seus medicamentos feitos por um amigo ou familiar, pela maioria das instituições de caridade, por programas de assistência aos medicamentos contra a SIDA, por um Programa de Assistência Farmacêutica Estatal que é qualificado pelo Medicare, ou pelo Programa de Saúde Indígena. Os pagamentos feitos pelo Programa "Ajuda Extra" do Medicare estão também incluídos.
- Alguns pagamentos efetuados pelo Programa de Descontos da Fase de Ausência de Cobertura da Medicare estão incluídos. O montante que o

fabricante paga pelos seus medicamentos de marca está incluído. Mas o montante que o plano paga pelos seus medicamentos genéricos não está incluído.

Passar à Fase de Cobertura Catastrófica:

Quando o associado (ou quem paga em seu nome) tiver despendido custos do seu próprio bolso num total de $7.400 nesse ano civil, passará da Fase de Cobertura Inicial para a Fase de Cobertura Catastrófica.

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

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

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

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

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

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

- **Nós ajudaremos.**. O relatório da Parte D EOB que recebe inclui o montante atual dos seus custos de desembolso. Quando este montante atingir $7,400*,* este relatório informará que saiu da Fase de Cobertura Inicial e passou para a Fase de Cobertura Catastrófica.
- **Certifique-se de que temos as informações de que precisamos.** A secção 3.2 diz o que pode fazer para ajudar a garantir que os nossos registos do que gastou estão completos e atualizados.

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

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

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

Fase 1: fase de Franquia Anual

Fase 2: Fase de cobertura inicial

Fase 3: Fase de ausência de cobertura

Fase 4: Fase de cobertura catastrófica

Mensagem importante sobre o que paga pela insulina - Não pagará mais de $35 por um fornecimento de um mês de cada insulina coberta pelo nosso plano, independentemente do nível de partilha de custos em que se encontra.

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

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

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

- Controlamos quanto pagou. Isto é denominado custo “**direto**”.
- Monitorizamos os seus “**custos totais com medicamentos**.” Este é o valor que você paga do próprio bolso ou que outros pagam em seu nome mais o valor pago pelo plano.

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

- **Informações para esse mês**. Este relatório fornece os detalhes de pagamento sobre as prescrições que aviou durante o mês anterior. Mostra os custos totais com medicamentos, o que o plano pagou e o que você e outras pessoas pagaram em seu nome.
- **Totais do ano desde 1 de janeiro.** Isto é denominado informação “acumulado durante o ano”. Mostra os custos totais dos medicamentos e os pagamentos totais pelos seus medicamentos desde o início do ano.
- **Informação do preço do medicamento.** Esta informação irá apresentar o preço total do medicamento e qualquer informação sobre aumentos no preço

desde o primeiro abastecimento para cada reivindicação de receita da mesma quantidade.

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

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

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

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

Programa Estatal de Assistência Farmacêutica, um programa de assistência aos medicamentos contra a SIDA (ADAP), o Programa de Saúde Indígena e a maioria das instituições de caridade, contam para os custos que paga do seu bolso. Mantenha um registo destes pagamentos e enviar-nos para que possamos acompanhar os seus custos.

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

SECÇÃO 4 Não existe franquia para o CCA Medicare Value

O seu plano CCA Medicare Value não tem uma franquia para os seus medicamentos sujeitos a receita médica. Uma vez que o seu plano não tem uma franquia, a Fase de Franquia não se aplica a si.

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

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

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

O plano tem 5 níveis de partilha de custos

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

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

- O nível 4 é de medicamentos de marca não preferencial
- O nível 5, o nível mais alto, é o nível de Especialidade. Este nível inclui medicamentos únicos e/ou de custo muito elevado.

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

As suas opções de farmácia

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

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

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

Secção 5.2 Uma tabela que mostra os seus custos para um fornecimento de um mês de um medicamento

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

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

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

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

Categoria	**Partilha padrão dos custos de retalho (na rede)** (até 31 dias de fornecimento)	**Partilha de custos da encomenda por correio** (até 31 dias de fornecimento)	**Partilha de custos de instituições de longa permanência (ILP)** (até 31 dias de fornecimento)	**Partilha de custos fora da rede** (A cobertura está limitada a determinadas situações; consulte o Capítulo 5 para mais detalhes.) (até 31dias de fornecimento)
Nível 1 de partilha de custos (Genérico preferencial)	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento
Nível 2 de partilha de custos (Genérico)	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento
Nível 3 de partilha de custos (Marca preferencial)	$47.00 de copagamento	$47.00 de copagamento	$47.00 de copagamento	$47.00 de copagamento
Nível 4 de partilha de custos (Marca não preferencial)	$100.00 de copagamento	$100.00 de copagamento	$100.00 de copagamento	$100.00 de copagamento
Partilha de custos Escalão 5 (Especialidade)	25% de cosseguro	25% de cosseguro	25% de cosseguro	25% de cosseguro

Insulinas selecionadas terão um copagamento de $35 em cada nível.

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

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

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

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

Secção 5.4 Uma tabela que mostra os seus custos para um fornecimento a longo prazo até 90 dias de um medicamento

No caso de alguns medicamentos, você pode obter um fornecimento de longo prazo (também chamado “fornecimento prolongado”). Um fornecimento a longo prazo pode chegar aos 90 dias.

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

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

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

Categoria	**Partilha padrão dos custos de retalho (na rede)** (fornecimento para 90 dias)	**Partilha de custos da encomenda por correio** (fornecimento para 90 dias)
Nível 1 de partilha de custos (Genérico preferencial)	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento
Nível 2 de partilha de custos (Genérico)	$0.00 de copagamento	$0.00 de copagamento
Nível 3 de partilha de custos (Marca preferencial)	$141.00 de copagamento	$141.00 de copagamento
Nível 4 de partilha de custos (Marca não preferencial)	$300.00 de copagamento	$300.00 de copagamento
Partilha de custos Escalão 5 (Especialidade)	N/A	N/A

Secção 5.5 Permanece na Fase de Cobertura Inicial até que os custos totais dos medicamentos para cada ano atinja $4,660

Fica na Fase de Cobertura Inicial até o montante total dos medicamentos que aviou atingir o limite de **$4,660 da Fase de Cobertura Inicial**.

A Parte D EOB que recebe irá ajudá-lo a acompanhar quanto você, o plano e quaisquer terceiros gastaram em seu nome com os seus medicamentos durante o ano. Muitas pessoas não atingem o limite de $4,660 num ano.

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

SECÇÃO 6 Custos na Fase de Ausência de Cobertura

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

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

Continuará a pagar estes custos até que os seus pagamentos anuais do seu próprio bolso atinjam o montante máximo que o Medicare fixou. Depois de atingir este valor de $7,400, sai da Fase de Ausência de Cobertura e passa para a Fase de Cobertura Catastrófica.

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

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

Entra na Fase de Cobertura Catastrófica quando os custos que pagou do seu próprio bolso tiverem atingido o limite de $7,400 nesse ano civil. Uma vez esteja na Fase de Cobertura Catastrófica, permanecerá nesta fase de pagamento durante o resto do ano.

Durante esta fase, o plano pagará a maior parte do custo dos seus medicamentos. Irá pagar:

- A **sua parte** do custo para um medicamento coberto será cosseguro ou um copagamento, o que for o montante **maior**:
  - **ou** – cosseguro de 5% do custo do medicamento
  - –**ou** – $4.15 de copagamento por um medicamento genérico ou um medicamento que é tratado como um genérico e $10.35 de copagamento para todos os outros medicamentos.

SECÇÃO 8 Informação sobre benefícios adicionais

1. Os reabastecimentos antecipados de medicamentos perdidos, roubados ou destruídos não estão cobertos, exceto durante uma “Emergência Nacional” declarada.
2. Os reabastecimentos antecipados para férias estão limitados a um fornecimento único de até 30 dias por ano civil
3. Os medicamentos não serão cobertos se prescritos por médicos ou outros prestadores que estejam excluídos ou impedidos de participar no programa Medicare
4. Pode voltar a aviar uma receita de medicamentos não opiáceos quando um mínimo de setenta e cinco por cento (75%) da quantidade estiver consumida, com base no número de dias de fornecimento.
5. Pode reabastecer uma receita de medicamentos opiáceos quando um mínimo de oitenta e cinco por cento (85%) da quantidade estiver consumida, com base no número de dias de fornecimento.
6. Os custos dos medicamentos que não são cobertos pela Parte D não contam para os custos pagos do seu próprio bolso.

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

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

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

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

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

1. **O tipo de vacina** (para que é que está a ser vacinado).
    - Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. (Consulte a **Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que tem de pagar)** no Capítulo 4).

- Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D. Pode encontrar estas vacinas listadas na **Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos)** do plano.

2. **Onde obtém a vacina.**
   - A vacina em si pode ser dispensada por uma farmácia ou fornecida pelo consultório do médico.
3. **Quem lhe dá a vacina.**
   - Um farmacêutico pode administrar a vacina na farmácia ou outro prestador pode administrar no consultório do médico.

O que paga no momento em que se recebe a vacina da Parte D pode variar dependendo das circunstâncias e da Fase de Medicamento em que se encontra.

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

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

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

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

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

- Quando receber a vacina, irá pagar o custo total da vacina em si e o custo para o prestador lhe dar a vacina.
- Poderá então pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte dos custos, utilizando os procedimentos descritos no Capítulo 7.
- Será reembolsado o montante pago menos o seu copagamento normal pela vacina (incluindo a administração) menos qualquer diferença entre o montante que o prestador de

cuidados de saúde cobra e o que nós normalmente pagamos. (Se receber “Ajuda Extra”, reembolsaremos por esta diferença.)

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

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

CAPÍTULO 7:

Solicitar que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Se estiver inscrito no nosso plano retroativamente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pode 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)**o 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 precisar de obter mais informações do seu prestador de cuidados de saúde para lhe pagar a nossa parte dos custos.

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

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

Pode solicitar-nos o reembolso enviando-nos um pedido por escrito. Se enviar uma solicitação por escrito, envie a sua fatura e documentação de qualquer pagamento que tenha feito. 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:

- **Os pedidos de reembolso de fitness/bem-estar** devem ser recebidos até 31 de março de 2024.
- **Todos os outros pedidos de reembolso** têm de ser enviados no prazo de 12 meses a partir da data em que recebeu o serviço ou item.

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

- Não é necessário usar o formulário, mas se o fazer ajudar-nos-á a processar as informações com mais rapidez.A sua solicitação tem de ser escrita e assinada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
    - Nome e sobrenome
    - ID de associado
    - Data de nascimento
    - Tipo de serviço:
        - Médico/saúde comportamental
        - Dentário
        - Equipamento/materiais
        - Serviços de emergência mundiais
        - Transporte
        - Healthy Savings
        - Fitness/Bem-estar
        - Refeições entregues
        - Visão
    - O nome do prestador de serviços/fornecimento

- Data(s) do serviço
- CPT/Código de diagnóstico
- Deve incluir uma cópia do recibo e uma lista detalhada de serviços ou materiais. Os recibos devem mostrar:
  - Local e data de compra
  - Valor total pago e forma de pagamento
  - Itens/serviços a serem reembolsados
  - Prestador de serviços e data do serviço
- 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 honrará pedidos de reembolso para artigos comprados com vales-presente, cartões-presente ou cartões de débito pré-pagos. A CCA não reembolsará os cupões.

- 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 juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos para esta morada:

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

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

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

- Não é necessário usar o formulário de Reembolso da Receita, mas se o fizer ajudar-nos-á a processar as informações com maior rapidez. A sua solicitação tem de ser escrita e assinada por si, um representante autorizado ou um médico licenciado. Deve incluir as seguintes informações no seu pedido:
    - Nome e sobrenome
    - Número de telefone
    - Data de nascimento
    - Sexo
    - ID de associado
    - Endereço postal
    - Nome, morada e número de telefone da farmácia que aviou a sua receita
    - Data(s) em que a prescrição foi aviada
    - Código e descrição do diagnóstico
    - Nome da medicação
    - Número da prescrição
    - Para medicamentos compostos, são necessárias as seguintes informações
        - Forma final do composto (creme, adesivos, supositório, suspensão, etc.)
        - Tempo despendido na preparação do medicamento
        - Ingredientes do composto
    - Código nacional do medicamento
    - Quantidade
    - Fornecimento diário
    - Volume total (gramas, ml, cada, etc.)
    - Comprovativo de pagamento
    - Nome próprio e apelido do prescritor
    - Prescritor NPI
    - Custo original do medicamento
    - Montante pago pelo associado

- Descarregue uma cópia do formulário de Reembolso de Receitas a partir do nosso website www.ccahealthri.org ou contacte o Serviço de Apoio a Associados e peça o formulário.

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

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

O reembolso de visão de rotina é diferente do reembolso de serviços médicos. O plano trabalha em parceria com a VSP para fornecer serviços de cuidados de visão de rotina. **Terá de enviar o seu pedido de pagamento à VSP no prazo de 12 meses a contar da data do 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 de visão para fazer a sua solicitação de pagamento. Ou visite www.vsp.com para iniciar sessão na sua conta e preencher um formulário online.

A cópia dos recibos discriminados ou extratos de serviço deve conter o seguinte:

- Nome do médico ou nome do consultório
- Nome do doente
- Data do serviço
- Cada serviço recebido e o valor pago

Descarregue uma cópia do formulário de reembolso de visão 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 juntamente com quaisquer faturas ou recibos pagos para a VSP através do seguinte endereço:

VSP
PO Box 385018
Birmingham, AL 35238-5018

Para reembolso de visão não rotineiro, siga o processo de reembolso da Commonwealth Care Alliance descrito no início desta secção.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 8:
Os seus direitos e responsabilidades

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

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

O seu plano tem de garantir que todos os serviços, tanto clínicos como não clínicos, são prestados de forma culturalmente competente e estão acessíveis para todos os inscritos, incluindo aqueles com proficiência limitada em inglês, competências de leitura limitadas, incapacidade auditiva ou aqueles com diversas origens culturais e étnicas. Exemplos de como um plano pode cumprir estes requisitos de acessibilidade incluem, 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. Pode obter este documento e outros equipamentos impressos em espanhol ou noutros idiomas ou falar com alguém sobre estas informações noutros idiomas, gratuitamente. Podemos também dar-lhe informações em braille, em letras grandes, ou outros formatos alternativos, sem qualquer custo, se precisar delas. Somos obrigados a fornecer informações sobre os benefícios do plano num formato que lhe seja acessível e apropriado. Para obter as nossas informações de uma forma útil para si, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados.

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

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

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

dias por semana, de 1 de outubro a 31 de março. (1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira, e das 8 am às 6 pm, aos sábados e domingos.)

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 é tratado com respeito e reconhecimento da sua dignidade e do 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 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.

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

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

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

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

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

Como protegemos a privacidade das suas informações de saúde?

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

- Porque é um membro do nosso plano através do Medicare, somos obrigados a fornecer informações sobre a sua saúde ao Medicare, incluindo informações sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D. Se o Medicare divulgar as suas informações para investigação ou outros usos, tal será feito de acordo com os estatutos e regulamentos federais; normalmente, isto exige que informações que o identificam de forma única não sejam partilhadas.

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

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

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

Commonwealth Care Alliance, Inc.
A/C: Privacy and Security Officer
30 Winter Street
Boston, MA 02108
Número gratuito: 866-457-4953 (TTY 711)

SECÇÃO 1: Empresas às quais se aplica este Aviso

Este Aviso aplica-se à Commonwealth Care Alliance, Inc. e às respetivas subsidiárias que estão sujeitas à Regra de Privacidade HIPAA como “entidades abrangidas.” Algumas destas subsidiárias são “**Os nossos planos de saúde**” – empresas que fornecem ou pagam benefícios Medicare Advantage, benefícios Medicaid ou outros benefícios de cuidados de saúde, como seguradora de saúde ou HMO. Outras subsidiárias são os Nossos Prestadores de Cuidados de Saúde (“**Os Nossos Prestadores**”) que fornecem tratamento a doentes, tais como clínicas de cuidados primários.

Este Aviso descreve como todas estas entidades utilizam e divulgam as suas Informações Médicas e os seus direitos relativamente a essas informações. Na maioria dos casos, os Nossos Planos de Saúde utilizam e divulgam as suas Informações Médicas da mesma forma que os Nossos Prestadores e os seus direitos às suas Informações Médicas são os mesmos. No entanto, quando existem diferenças, este Aviso irá explicar essas diferenças descrevendo como tratamos as Informações Médicas sobre um**Associado de um Plano de Saúde** de forma diferente das Informações Médicas sobre um **Doente de um Prestador**.

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

Os nossos planos de saúde

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC

- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

Os nossos prestadores de cuidados de saúde

- Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- instED™
- Marie's Place

SECÇÃO 2: Informações que recolhemos:

Os indivíduos são responsáveis por fornecer Informações Médicas corretas e completas para a Commonwealth Care Alliance, Inc. e respetivas subsidiárias (CCA) para fornecer serviços de qualidade. A CCA está empenhada em proteger a confidencialidade das Informações Médicas dos indivíduos que são recolhidas ou criadas como parte das nossas operações e prestação de serviços. Quando interage connosco através dos nossos serviços, podemos recolher Informações Médicas e outras informações suas, conforme descrito abaixo.

As Informações Médicas podem incluir informações pessoais, mas são todas consideradas Informações Médicas quando as fornece através ou em ligação com os serviços:

- Recolhemos informações, tais como, endereços de e-mail, informações pessoais, financeiras ou demográficas suas quando nos fornece voluntariamente tais informações, tais como (mas não se limitando a) quando nos contacta com perguntas, preenche formulários online, responde a um dos nossos inquéritos, responde a material publicitário ou promocional, se regista para aceder aos nossos serviços ou utiliza determinados serviços.
- Sempre que a CCA recolher Informações Médicas, disponibilizamos o acesso a este aviso. Ao fornecer-nos Informações Médicas, está a consentir a nossa utilização das mesmas de acordo com este aviso. Se fornecer informações à CCA, reconhece e concorda que tais informações podem ser transferidas da sua localização atual para as instalações e servidores da CCA e terceiros autorizados com quem a CCA faz negócios.

SECÇÃO 3: Como utilizamos e divulgamos as suas informações médicas

Esta secção do nosso Aviso explica como podemos usar e divulgar as suas Informações Médicas para fornecer assistência médica, pagar por assistência médica, obter pagamento por assistência médica e operar o nosso negócio com eficiência. Esta secção também descreve outras circunstâncias nas quais podemos usar ou divulgar as suas Informações Médicas.

O nosso modelo de cuidados requer que os nossos planos de saúde e os nossos prestadores de cuidados de saúde trabalhem em conjunto com outros prestadores de cuidados de saúde para lhe prestar serviços médicos. A nossa equipa profissional, médicos e outros prestadores de cuidados (referidos como “equipa de atendimento”) têm acesso às suas informações médicas e partilham as suas informações entre si, conforme necessário para realizar tratamento, pagamento e atividades de cuidados de saúde, conforme permitido por lei.

Tratamento: os nossos Prestadores podem utilizar as Informações Médicas de um Doente e podemos divulgar Informações Médicas para fornecer, coordenar ou gerir os seus cuidados de saúde e serviços relacionados. Tal pode incluir a comunicação com outros profissionais de saúde a respeito do seu tratamento e a coordenação e gestão dos seus cuidados de saúde com outras pessoas.

Exemplo: Está a receber alta de um hospital. A nossa enfermeira pode divulgar as suas informações médicas a uma agência de saúde ao domicílio para garantir que o associado obtém os serviços de que precisa após a alta do hospital.

Pagamento: podemos utilizar e divulgar as suas Informações Médicas para pagar serviços de cuidados de saúde que recebeu e para obter pagamento de outros por esses serviços.

Exemplo: o seu prestador de cuidados de saúde pode enviar ao nosso Plano de Saúde uma reclamação por serviços de cuidados de saúde que lhe são fornecidos. O Plano de Saúde pode utilizar essas informações para pagar a reivindicação do seu prestador de cuidados de saúde e pode divulgar as Informações Médicas à Medicare ou Medicaid quando o Plano de Saúde solicitar o pagamento pelos serviços.

Operações de cuidados de saúde: podemos usar e divulgar as suas Informações Médicas para realizarmos uma variedade de atividades comerciais que nos permitem administrar os benefícios a que tem direito de acordo com o seu plano de saúde. Por exemplo, podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para:

- Rever e avaliar as competências as, qualificações o e desempenho dos profissionais de saúde que tratam de si.

- Cooperar com outras organizações que avaliem a qualidade dos cuidados alheios.
- Determinar se tem direito a benefícios ao abrigo da nossa cobertura; mas estamos proibidos por lei de utilizar as suas informações genéticas para fins de subscrição.

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

Pessoas envolvidas nos seus cuidados: Podemos divulgar as suas Informações Médicas a um familiar, amigo próximo ou qualquer outra pessoa que 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.

Atividades de saúde pública: podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para atividades de saúde pública, tais como investigar doenças, comunicar abuso e negligência infantil ou doméstica e monitorizar medicamentos ou dispositivos regulamentados pela Food and Drug Administration.

Aplicação da lei: podemos divulgar Informações Médicas a um agente da autoridade para fins específicos e limitados de aplicação da lei, tais como, divulgações de Informações Médicas sobre a vítima de um crime ou em resposta a uma intimação do júri. Também podemos divulgar Informações Médicas sobre um recluso a um estabelecimento prisional.

Médicos legistas e outros: podemos divulgar Informações Médicas a um médico legista, médico examinador ou agente funerário ou a organizações que ajudem a realizar transplantes de órgãos, olhos e tecidos.

Indemnização de trabalhadores: podemos divulgar Informações Médicas conforme autorizado por ou em conformidade com as leis de indemnização de trabalhadores.

Organizações de pesquisa: podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para investigação que satisfaça determinadas condições sobre a proteção da privacidade das Informações Médicas.

Determinadas funções governamentais: podemos usar ou divulgar as suas informações médicas para determinadas funções governamentais, incluindo, entre outras, atividades militares e de veteranos, de segurança nacional e de inteligência.

Parceiros comerciais: contratamos fornecedores para executar funções em nosso nome. Permitimos que estes “**parceiros comerciais**” recolham, utilizem ou divulguem Informações Médicas em nosso nome para desempenhar estas funções. Obrigamos contratualmente os nossos parceiros comerciais (e são obrigados por lei) a fornecer as mesmas proteções de privacidade que fornecemos.

Comunicações de angariação de fundos: podemos utilizar ou divulgar Informações Médicas para angariação de fundos. Se receber um pedido de angariação de fundos

da nossa parte (ou em nosso nome), pode optar por não participar em atividades futuras de angariação de fundos.

SECÇÃO 4: outros usos e divulgações requerem a sua autorização prévia

Exceto conforme descrito acima, não utilizaremos nem divulgaremos as suas Informações Médicas sem a sua permissão por escrito ("**autorização**"). Poderemos contactá-lo para lhe pedir que assine um formulário de autorização para as nossas utilizações e divulgações ou pode contactar-nos para divulgar as suas Informações Médicas a outra pessoa e teremos de lhe pedir para assinar um formulário de autorização.

Se assinar uma autorização por escrito, pode posteriormente revogar (ou cancelar) a sua autorização. Se pretender revogar a sua autorização, deve fazê-lo por escrito (envie-nos esta informação utilizando as **Informações de Contacto** no início deste Aviso). Se revogar a sua autorização, deixaremos de utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas com base na autorização, exceto na medida em que tenhamos agido com base na autorização. Seguem-se utilizações ou divulgações das suas Informações Médicas para as quais precisaremos da sua autorização por escrito:

- **Uso ou divulgação para fins de "marketing":** só podemos utilizar ou divulgar as suas Informações Médicas para fins de "marketing" se tivermos a sua autorização por escrito. No entanto, podemos enviar-lhe informações sobre determinados produtos e serviços relacionados com a saúde sem a sua autorização por escrito, desde que ninguém nos pague para enviar as informações.
- **Venda das suas Informações Médicas:** a Commonwealth Care Alliance, Inc. não irá vender as suas Informações Médicas. Se o fizéssemos, precisaríamos da sua autorização por escrito.
- **Uso e divulgação de notas de psicoterapia:** exceto para determinadas atividades de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde ou conforme exigido por lei, só podemos utilizar ou divulgar as suas notas de psicoterapia se tivermos a sua autorização por escrito.

SECÇÃO 5: 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).

Direito a pedir que as informações médicas sejam alteradas: se acreditar que temos Informações Médicas que são imprecisas ou incompletas, tem o direito de solicitar a alteração, correção ou adicionar as suas Informações Médicas. O seu pedido tem de ser feito por escrito e incluir uma explicação do motivo pelo qual as nossas informações têm de ser alteradas. Se concordarmos, alteraremos as suas informações. Se não concordarmos, forneceremos uma explicação com divulgações futuras das informações.

Direito a um relatório das divulgações: tem o direito de receber uma lista de determinadas divulgações que fazemos das suas Informações Médicas ("**relatório de divulgação**"). A lista não incluirá divulgações para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, divulgações feitas há mais de seis anos, ou determinadas outras divulgações. Forneceremos um relatório cada ano gratuitamente, mas podemos cobrar uma taxa razoável baseada no custo, caso solicite outro no prazo de 12 meses. Tem de fazer um pedido para relatório de divulgação por escrito.

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

Os nossos Prestadores de Cuidados de Saúde têm de concordar com o seu pedido para restringir divulgações de Informações Médicas se (i) as divulgações forem para pagamento ou operações de cuidados de saúde (e não forem exigidas por lei) e (ii) as informações se referirem apenas a itens ou serviços de cuidados de saúde pelos quais 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 associado do **CCA Medicare Value** tem o direito de obter vários tipos de informações da nossa parte.

Se quiser algum dos seguintes tipos de informações, telefone para o Serviço de Atendimento a Associados:

- **Informações sobre o nosso plano**. Tal inclui, por exemplo, informações sobre a condição financeira do plano.
- **Informações sobre os nossos prestadores da rede e farmácias.** O associado tem o direito de obter informações sobre as qualificações dos prestadores e farmácias na nossa rede e como pagamos aos prestadores na nossa rede.
- **Informação sobre os seus serviços abrangidos e as regras que tem de seguir quando utiliza a sua cobertura.** Os Capítulos 3 e 4 da sua Evidência de Cobertura fornecem informações sobre serviços médicos. Os Capítulos 5 e 6 fornecem informações sobre a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Informação sobre os motivos pelos quais algo não está coberto e o que pode fazer ao respeito.** O Capítulo 9 da sua Evidência de Cobertura fornece informações sobre como solicitar uma explicação por escrito sobre o motivo pelo qual um serviço médico ou medicamento da Parte D não está coberto ou se a sua cobertura é restrita. O Capítulo 9 também fornece informações sobre como pedir-nos para alterar uma decisão, também chamada de recurso.
- **Informações sobre as suas responsabilidades enquanto associado do nosso plano.** Tem algumas responsabilidades que tem de seguir como associado do CCA Medicare Preferred.

Secção 1.6 Temos de apoiar o seu direito de participar, com os profissionais e os prestadores, na tomada de decisões sobre o seu tratamento

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 médicos e outros prestadores de cuidados de saúde. Os seus prestadores têm de explicar a sua condição médica e as suas opções de tratamento de forma **que possa entender**.

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

- **Conhecer todas as suas escolhas.** Tem o direito de discutir as opções de tratamento apropriadas ou medicamente necessárias que são recomendadas para a sua condição, independentemente do custo ou de estarem ou não

cobertas pelo nosso plano. Também inclui ser informado sobre os programas que o nosso plano oferece para ajudar os membros a administrarem os seus medicamentos e a usarem medicamentos com segurança.

- **Conhecer os riscos.** Você tem o direito de ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos nos seus cuidados. 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.
- **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. Você tem o direito de dizer o que pretende que ocorra se estiver nesta situação.

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, os documentos conhecidos como "**testamento em vida**" e "**representante para cuidados de saúde**" são exemplos de diretivas antecipadas. Isto significa que se quiser, pode:

- Preencher um formulário de diretivas antecipadas no qual disponibiliza a alguém (denominado "agente de saúde") a autoridade legal para tomar

decisões sobre cuidados de saúde por si, se o seu prestador determinar que você se tornou incapaz de tomar ou comunicar decisões sobre cuidados de saúde por si mesmo.

Se quiser usar uma “diretiva antecipada” para dar as suas instruções, eis o que deve fazer:

- **Obtenha o formulário.** Pode contactar o Serviço de Atendimento a Associados para solicitar um formulário que seja fornecido pelo New England Healthy Living Collective. Também pode descarregar uma cópia do formulário a partir do website da Honoring Choices (www.honoringchoicesmass.com/new-england-healthy-living-collective).
- **Preencha e assine.** Independentemente de onde obteve este formulário, lembre-se de que é um documento legal.
- **Entregue cópias às pessoas apropriadas.** Uma cópia da sua diretiva antecipada é tão válida como o original. O associado deve entregar uma cópia do formulário ao seu prestador de cuidados de saúde e aos seus agentes de cuidados de saúde. Pode querer facultar cópias a amigos próximos ou familiares. Guarde uma cópia em casa.

Se souber com antecedência que 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). De acordo com a lei, ninguém pode negar-lhe cuidados ou discriminá-lo com base no facto de ter assinado ou não uma diretiva antecipada.

E se você contestar a decisão que o seu agente de cuidados de saúde estiver a tomar?

Se discordar da decisão que o seu agente de saúde estiver a tomar, pode dizê-lo e a sua decisão prevalecerá, a menos que um tribunal determine que não tem capacidade para tomar decisões sobre cuidados de saúde.

E se o seu médico determinar que recuperou a capacidade de tomar decisões sobre saúde?

A autoridade do seu agente de cuidados de saúde terminará, mas poderá ser reativada se você perder a capacidade novamente e o seu consentimento para o tratamento for necessário.

E se as suas instruções não forem seguidas?

Se tiver assinado uma diretriz antecipada e os seus desejos não foram seguidos, pode apresentar uma reclamação junto da Unidade de Reclamações de Saúde do Departamento de Rhode Island, ligando para 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 Você tem o direito de apresentar reclamações ou recursos sobre a organização ou os cuidados que oferece

Se tiver quaisquer problemas, preocupações ou reclamações e precisar de solicitar cobertura, ou apresentar um recurso, o Capítulo 8 da sua EvidÊncia de Cobertura informa o que pode fazer. Faça o que fizer – peça uma decisão de cobertura, apresente um recurso ou faça uma reclamação – **somos obrigados a tratá-lo de forma justa.**

Pode apresentar um recurso interno diretamente ao nosso plano. O Capítulo 9 da sua Prova de Cobertura informa-o do que tem de fazer para apresentar um recurso diretamente ao plano. Também pode apresentar um recurso interno por meio da Administração da Segurança Social ou do Railroad Retirement Board, que encaminhará o recurso ao nosso plano. Para obter detalhes sobre como entrar em contacto com a Administração da Segurança Social e o Railroad Retirement Board, consulte o Capítulo 2 da sua Evidência de Cobertura.

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 da sua Evidência de Cobertura.
- Ou **pode telefonar para o Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

Secção 1.10 Como obter mais informações sobre os seus direitos

Existem vários locais onde pode obter mais informações sobre os seus direitos:

- Pode telefonar **para o Serviço de Apoio a Associados**.
- Pode telefonar **para o SHIP**. Para mais informações, consulte o Capítulo 2 da sua Evidência de Cobertura.
- Pode **contactar o Medicare**.

Pode consultar o website do Medicare para ler ou transferir a publicação “Medicare Rights & Protections” (Direitos e Proteções Medicare). (a publicação está disponível em: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

Ou pode telefonar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

SECÇÃO 2 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 da sua Evidência de Cobertura fornecem os detalhes sobre os seus serviços médicos.
  - Os Capítulos 5 e 6 da sua Evidência de Cobertura fornecem os detalhes sobre a sua cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.
- **Se tiver qualquer outra cobertura de seguro de saúde ou cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica além do nosso plano, tem de informar-nos.** Contacte o Serviço de Atendimento a Associados para nos informar.
- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde que está inscrito no nosso plano.** Mostre o seu cartão de identificação de membro do plano sempre que receber os seus cuidados médicos ou receitas para medicamentos da Parte D.
- **Ajude os seus médicos e outros prestadores, dando-lhes informações, fazendo perguntas e dando seguimento aos seus cuidados.**
  - Para ajudar a obter os melhores cuidados, informe os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde sobre os seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento acordados mutuamente e as instruções acordadas entre si e os seus prestadores de cuidados de saúde.
  - Certifique-se de que os seus prestadores de cuidados de saúde 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 médico, hospitais e outras instalações.

- **Pague o que deve**. Como membro do plano, você é responsável pelos seguintes pagamentos:
    - Tem de continuar a pagar os seus prémios Medicare Parte B para continuar a ser membro do plano.
    - Para a maioria dos seus serviços médicos ou medicamentos cobertos pelo plano, deve pagar a sua parte do custo quando recebe o serviço ou medicamento.
    - Se for obrigado a pagar uma penalidade de inscrição tardia, tem de pagar a penalidade para manter a sua cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
    - Se for obrigado a pagar o montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos anuais, deverá continuar a pagar o montante extra diretamente ao governo para continuar a ser associado do plano.
- **Caso se mude <u>para dentro</u> da nossa área de serviço, temos também de saber** para que possamos manter o seu registo de adesão atualizado (registo de inscritos atualizado) e saber como entrar em contacto consigo.
- **Caso se mude para <u>fora</u> da área de serviço do nosso plano, não poderá permanecer como associado do nosso plano.**
- Caso mude de residência, também é importante avisar a Segurança Social (ou o Railroad Retirement Board).

CAPÍTULO 9:
O que fazer se tiver um problema ou reclamação a apresentar (decisões de cobertura, recursos e reclamações)

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 O que fazer se tiver um problema ou preocupação

Este capítulo explica dois tipos de processos para o tratamento de problemas e preocupações:

- Para alguns problemas, é necessário que siga o **processo para decisões de cobertura e recursos**.
- Para outros de problemas, tem de seguir o **processo para apresentar reclamações**; também denominado queixas.

Ambos os processos foram aprovados pelo Medicare. Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que têm de ser seguidos por nós e por si.

O guia na Secção 3 ajudá-lo-á a identificar o processo correto a ser utilizado e o que deverá fazer.

Secção 1.2 E quanto aos termos legais?

Existem termos jurídicos para algumas das regras, procedimentos e tipos de prazos explicados neste capítulo. Muitos destes termos não são familiares para a maioria das pessoas e podem ser difíceis de entender. Para facilitar as coisas, este capítulo:

- Utiliza palavras mais simples em vez de determinados termos legais. Por exemplo, este capítulo geralmente diz “apresentar uma reclamação” em vez de “registar uma reclamação”, “decisão de cobertura” em vez de “determinação da organização” ou “determinação de cobertura” ou “determinação em risco” e “organização de revisão independente” em vez de “entidade de revisão independente.”
- Também usa o mínimo possível de abreviações.

No entanto, pode ser útil – e por vezes muito importante – conhecer os termos legais corretos. Saber que termos utilizar ajudá-lo-á a comunicar com mais precisão quando para obter a ajuda ou as informações determinadas para a sua situação. Para ajudá-lo a saber que termos usar, incluímos termos legais quando fornecemos os detalhes para lidar com tipos específicos de situações.

SECÇÃO 2 Onde obter mais informações e assistência personalizada

Estamos sempre disponíveis para o ajudar. Mesmo que tenha uma reclamação sobre o nosso tratamento, somos obrigados a honrar o seu direito de reclamar. Portanto, deverá sempre contactar o serviço de apoio ao cliente para obter ajuda. Mas, em algumas situações, também pode querer ajuda ou orientação de alguém que não esteja ligado a nós. Abaixo estão duas entidades que podem ajudá-lo.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (Programa Estadual de Assistência ao Seguro de Saúde).

Cada estado tem um programa governamental com conselheiros treinados. O programa não está vinculado a nós ou a nenhuma seguradora ou plano de saúde. Os conselheiros deste programa podem ajudá-lo a entender que processo deve usar para lidar com um problema que esteja a ter. Também podem responder às suas perguntas, fornecer mais informações e oferecer orientação sobre o que fazer.

Os serviços dos conselheiros do SHIP são gratuitos. Encontrará os números de telefone e URL dos 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 de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048.
- Pode também aceder ao website do Medicare (www.medicare.gov).

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

Se tiver um problema ou preocupação, basta ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. O guia que se segue ajudará.

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

Tal inclui problemas sobre se cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica cobertos ou não, a forma como são cobertos e problemas

relacionados com o pagamento de cuidados médicos ou medicamentos sujeitos a receita médica.

Sim.

Continue para a próxima secção deste capítulo, **Secção 4, "Um guia para os fundamentos das decisões de cobertura e recursos."**

Não.

Avance para a **Seção 10** no fim deste capítulo: **"Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço de atendimento ao cliente ou outras preocupações."**

DECISÕES DE COBERTURA E RECURSOS

SECÇÃO 4 Um guia para os fundamentos das decisões de cobertura e recursos

Secção 4.1 Solicitar decisões de cobertura e apresentar recursos: o quadro geral

As decisões de cobertura e recursos tratam de problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura para serviços médicos e medicamentos sujeitos a receita médica, incluindo pagamentos. Este é o processo que você segue para questões como se algo está coberto ou não e a maneira como algo está coberto.

Pedir decisões de cobertura antes de receber serviços

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus serviços médicos ou medicamentos. O associado ou seu prestador de cuidados médicos também podem entrar em contacto connosco e solicitar uma decisão de cobertura se o seu prestador de cuidados não tiver a certeza se iremos cobrir um serviço médico específico ou caso se recuse a fornecer os cuidados médicos que você acha que precisa. Por outras palavras, se quiser saber se iremos cobrir um serviço médico antes de o receber, poderá pedir-nos para tomarmos uma decisão de cobertura para si. Em circunstâncias limitadas, uma solicitação de decisão de cobertura será recusada imediatamente, o que significa que não analisaremos a solicitação. Tal acontece, por exemplo, se a

solicitação estiver incompleta, se alguém fizer a solicitação em seu nome, mas não estiver legalmente autorizado a fazê-lo ou se 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 serviço ou medicamento não está coberto ou já não está coberto pelo Medicare no seu caso. Se discordar desta decisão de cobertura, poderá apresentar um recurso.

Apresentar um recurso

Se tomarmos uma decisão de cobertura, quer antes ou depois de um serviço ser recebido, e não estiver satisfeito, pode "recorrer" à 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 não rejeitarmos o seu caso, mas dissermos não à totalidade ou a parte do seu recurso de Nível 1, você pode prosseguir para o recurso de Nível 2. O recurso de Nível 2 é tratado por organizações de revisão independentes que não estão ligadas a nós. (Os recursos para serviços médicos e medicamentos da Parte B serão automaticamente enviados para a organização de revisão independente para um recurso de Nível 2 – não precisa de fazer nada. Para recursos de medicamentos da Parte D, se respondermos negativamente a todo ou parte do seu recurso, terá de solicitar um recurso de Nível 2. Os recursos da Parte D são discutidos mais detalhadamente na Secção 6 deste capítulo). Se não estiver satisfeito com a decisão do recurso de Nível 2, poderá continuar através de níveis adicionais de recurso (Secção 9 neste capítulo explica os processos de recurso de Nível 3, 4 e 5).

Secção 4.2 Como obter ajuda quando solicita uma decisão de cobertura ou apresenta um recurso

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

- Pode **telefonar-nos para o Serviço de Apoio a Associados**.
- **Pode obter assistência** do Rhode Island Health Insurance Assistance Program (Programa de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island).
- **O seu profissional de saúde pode fazer uma solicitação para si.** Se o seu prestador ajudar com um recurso que ultrapasse o Nível 2, terá de ser nomeado como seu representante. Ligue para o Serviço de 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 ou medicamentos sujeitos a receita médica da Parte B, o seu prestador pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso for negado no Nível 1, será automaticamente encaminhado para o Nível 2.
    - Para medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D, o seu médico ou outro prescritor pode solicitar uma decisão de cobertura ou um recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso de Nível 1 for recusado, o seu médico ou prescritor pode solicitar um recurso de Nível 2.
- **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 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 contactar o seu próprio advogado ou obter o nome de um advogado da ordem dos advogados local ou noutro serviço de referência. Existem também grupos que lhe prestarão serviços jurídicos gratuitos, caso se qualifique. Contudo, **você não é obrigado a contratar um advogado** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão.

Secção 4.3 Que secção deste capítulo fornece os pormenores da sua situação?

Existem quatro diferentes situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Como cada situação tem regras e prazos diferentes, fornecemos os detalhes de cada uma numa secção separada:

- **Secção 5** deste capítulo: “Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso”
- **Secção 6** deste capítulo: “Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso”
- **Secção 7** deste capítulo: “Como solicitar cobertura de um internamento hospitalar mais longo se lhe parecer que o prestador lhe está a dar alta cedo demais”
- **Secção 8** deste capítulo: “Como nos pedir que continuemos a cobrir certos serviços médicos se acha que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo” (**aplica-se apenas aos seguintes serviços:** serviços de cuidados de saúde domiciliária, cuidados especializados de enfermagem e serviços de comprehensive outpatient rehabilitation facility (serviços abrangentes de reabilitação ambulatorial, CORF).)

Se não tiver a certeza de que secção deve utilizar, contacte o Serviço de Apoio a Associados. Também pode obter ajuda ou informações de organizações governamentais como o seu SHIP.

SECÇÃO 5 Os seus cuidados médicos: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso de uma decisão de cobertura

Secção 5.1 Esta secção informa o que fazer se tiver problemas em obter cobertura para os cuidados médicos ou se quiser que lhe paguemos a nossa parte dos custo do seu cuidado

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

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

1. Não estiver a receber determinados cuidados médicos que pretende e lhe parece que esses cuidados são cobertos pelo nosso plano. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 5.2.**
2. O nosso plano não aprova os cuidados médicos que o seu médico ou outro profissional médico pretende oferecer-lhe e pensa que esses cuidados são cobertos pelo plano. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 5.2.**
3. Recebeu cuidados médicos que lhe parece serem cobertos pelo nosso plano, mas dissemos que não pagamos por tais cuidados. **Pedir um recurso. Secção 5.3.**
4. Recebeu e pagou por cuidados médicos que lhe parece que deveriam ser cobertos pelo plano e pretende solicitar ao nosso plano o reembolso por tais cuidados. **Envie-nos a fatura. Secção 5.5.**
5. Está a ser informado de que a cobertura de certos cuidados médicos que tem recebido, que aprovámos anteriormente, será reduzida ou interrompida e parece-lhe que a redução ou a interrupção desses cuidados pode prejudicar a sua saúde. **Pedir um recurso. Secção 5.3.**

Nota: se a cobertura que será interrompida for relativa a cuidados hospitalares, cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados ou serviços de Instalações de Reabilitação em Ambulatório Abrangentes (CORF), tem de ler as Secções 7 e 8 deste Capítulo. Aplicam-se regras especiais a estes tipos de cuidados.

Secção 5.2 Passo-a-passo: Como solicitar uma decisão de cobertura rápida

Termos legais
Quando uma decisão de cobertura envolve os seus cuidados médicos, chama-se uma **"determinação da organização integrada."** Uma "decisão de cobertura rápida" é denominada **"determinação acelerada."**

<u>Passo 1:</u> Decida se precisa de uma "decisão de cobertura padrão" ou de uma "decisão de cobertura rápida."

Uma "decisão de cobertura padrão" é geralmente tomada no prazo de 14 dias ou 72 horas para medicamentos da Parte B. Uma "decisão de cobertura rápida" é geralmente tomada no prazo de 72 horas, para serviços médicos, ou 24 horas para medicamentos da Parte B. De modo a obter uma decisão de cobertura rápida, tem de satisfazer dois requisitos:

- **Apenas pode solicitar** cobertura para cuidados médicos **que ainda não tenha recebido**.
- Pode obter uma decisão rápida **apenas** se o seguimento dos prazos normais puder **causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar**.
- **Se o seu prestador nos informar que o seu estado de saúde requer uma "decisão de cobertura rápida", concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão** de cobertura rápida.
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu prestador, decidiremos se o seu plano de saúde requer uma decisão de cobertura rápida.** Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:
  - Explica que vamos utilizar os prazos habituais.
  - Explica se o seu prestador solicitar uma decisão de cobertura rápida, fornecemos-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida.

- Explica como pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de lhe apresentar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou.

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

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

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

Para decisões de cobertura padrão, utilizamos os prazos habituais.
Isto significa que lhe forneceremos uma resposta no prazo de 14 dias depois de recebermos o seu pedido **relativo a um produto ou serviço médico**. Se o seu pedido for relativo a um **Medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B**, forneceremos uma resposta **no prazo de 72 horas** depois de recebermos o seu pedido.

- **No entanto**, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar mais de 14 dias** se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se lhe parecer que **não** devemos demorar mais dias, pode registar uma “reclamação rápida”. Iremos dar-lhe uma resposta à sua reclamação assim que tomarmos a decisão. (O processo para apresentar uma reclamação é diferente do processo de decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre reclamações, consulte a Secção 10 deste capítulo.)

Para decisões de Cobertura Rápida, utilizamos um prazo acelerado
Uma decisão de cobertura rápida significa que responderemos no prazo de 72 horas se a sua solicitação for relativa a um produto ou serviço médico. Se o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare, responderemos no prazo de 24 horas.

- **No entanto**, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações que possam beneficiá-lo, **podemos demorar mais de 14 dias**.

Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.

- Se lhe parecer que **não** devemos demorar mais dias, pode registar uma "reclamação rápida." (Consulte a Secção 10 deste capítulo para informações sobre reclamações). Telefonaremos para si assim que tomarmos a decisão.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado.

<u>Passo 4:</u> Se respondermos negativamente ao seu pedido de cobertura de cuidados médicos, o associado pode apresentar um recurso.

Se respondermos negativamente, o associado tem o direito de nos solicitar que reconsideremos essa decisão apresentando um recurso. Isto significa pedir novamente para obter a cobertura de cuidados médicos que pretende. Se apresentar um recurso, isto significa que vai passar para o Nível 1 do processo de recurso.

Secção 5.3 Passo-a-passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1

Termos legais
Um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de cuidados médicos é chamado **"reconsideração"** do plano. Um "recurso rápido" é também chamado de **"reconsideração acelerada."**

<u>Passo 1:</u> Decida se precisa de um "recurso padrão" ou de um "recurso rápido."

Um "recurso padrão" normalmente é apresentado no prazo de 30 dias. Um "recurso rápido" é geralmente apresentado no prazo de 72 horas.

- Para recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura de cuidados que ainda não tenha recebido, você e/ou o seu prestador de cuidados de saúde terão de decidir se necessita de um "recurso rápido." Se o seu prestador 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 aqueles para obter uma "decisão de cobertura rápida" na Secção 5.2 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.
- **O associado pode solicitar uma cópia das informações sobre a sua decisão médica. O associado e o seu prestador podem adicionar mais informações para justificar o seu recurso.**

Passo 3: Consideramos o seu recurso e fornecemos a nossa resposta.

- Quando o nosso plano analisar o seu recurso, analisamos cuidadosamente todas as informações. Verificamos se seguimos todas as regras quando decidimos negativamente relativamente ao seu pedido.
- Iremos recolher mais informações, se necessário, possivelmente contactá-lo a si ou ao seu prestador.

Prazos para um recurso "rápido"

- Para recursos rápidos, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
    - No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias adicionais**, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais tempo se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.

- Se não fornecermos uma resposta no prazo de 72 horas (ou até ao final da extensão se demorarmos dias adicionais), somos obrigados a enviar automaticamente a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, no qual será revisto por uma Organização de Revisão Independente. A Secção 5.4 explica o processo de recurso de Nível 2.

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que tiver solicitado,** teremos de autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos fornecer no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que tiver solicitado,** enviar-lhe-emos a nossa decisão por escrito e automaticamente enviaremos o seu recurso para a organização de revisão independente para um recurso de Nível 2. A organização de revisão independente irá notificá-lo por escrito quando receber o seu recurso.

Prazos para um recurso "padrão"

- Para recursos padrão, temos de responder **até 30 dias** após a receção do recurso. Se o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare que ainda não tenha recebido, dar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 7 dias de calendário** após termos recebido o seu recurso. Apresentar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se o seu estado de saúde assim o exigir.
  - No entanto, se solicitar mais tempo, ou se precisarmos de mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias adicionais**, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se a sua solicitação for relativa a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
  - Se lhe parecer que **não** devemos demorar mais dias, pode registar uma "reclamação rápida." Quando registar uma reclamação rápida, forneceremos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. (Consulte a Secção 10 deste capítulo para informações sobre reclamações).
  - Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo (ou até ao final do período de tempo prolongado), enviaremos o seu pedido para um recurso de Nível 2, onde uma organização de revisão independente analisará o recurso. A Secção 5.4 explica o processo de recurso de Nível 2.

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que tenha solicitado,** teremos de autorizar ou fornecer a cobertura no prazo de 30 dias de calendário se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico, ou **no prazo de 7 dias de calendário** se o seu pedido for relativo a um medicamento sujeito a receita médica do Medicare Parte B.
- Se o nosso plano recusar parte ou a totalidade do seu recurso, enviaremos automaticamente o seu recurso à organização de revisão independente para um recurso de Nível 2.

Secção 5.4 Passo-a-passo: Como é efetuado um Recurso de Nível 2

Termo legal
O nome formal da "Organização de Revisão Independente" é **"Entidade de Revisão Independente."** Por vezes é denominada **"IRE."**

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

<u>Passo 1:</u> 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**.
- 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 apresentou um "Recurso rápido" no Nível 1, terá automaticamente um Recurso rápido no Nível 2

- Para o "recurso rápido" a organização de revisão tem de lhe apresentar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 no prazo de 72 horas a partir da data em que receber o seu recurso.
- Contudo, se o seu pedido for 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.

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 o seu pedido for de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare, a organização de revisão tem de dar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias** a partir do momento em que recebe 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.

<u>Passo 2:</u> A Organização de Revisão Independente apresenta-lhe a sua resposta.

A Organização de Revisão Independente comunicar-lhe-á a sua decisão por escrito e explicará os motivos da mesma.

- **Se a organização de revisão disser sim a parte ou à totalidade de um pedido de um artigo ou serviço médico,** temos de autorizar a cobertura de cuidados médicos no prazo de 72 horas ou prestar o serviço no prazo de 14 dias de calendário após termos recebido a decisão da organização de revisão para pedidos normais. Para pedidos acelerados, temos 72 horas a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão.
- **Se a organização de revisão disser sim a uma parte ou à totalidade de um pedido de um medicamento sujeito a receita médica da Parte B do Medicare,** temos de autorizar ou fornecer o medicamento sujeito a receita médica da Parte B no prazo de **72 horas** após termos recebido a decisão da organização de revisão para **pedidos normais.** Para **pedidos acelerados**, temos **24 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização de revisão**.**
- **Se esta organização disser não a parte ou à totalidade do seu recurso**, significa que concordam connosco que o seu pedido (ou parte do seu pedido) de cobertura para cuidados médicos não deve ser aprovado. (Isto é

denominado “manter a decisão” ou “recusar o seu recurso”.). Neste caso, a organização de revisão independente irá enviar-lhe uma carta:

- Explicando a decisão.
- Notificando-o do direito a um recurso de Nível 3 se o valor em dólares da cobertura de cuidados médicos cumprir um determinado mínimo. O aviso por escrito que receber da organização de revisão independente informa-o do valor em dólares que tem de pagar para continuar com o processo de recurso.
- Informá-lo sobre como apresentar um recurso de Nível 3.

<u>Passo 3:</u> Se o seu caso cumprir os requisitos, poderá escolher se quer levar o seu recurso mais longe.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso). Os detalhes sobre como pedir um recurso de Nível 3 estão no aviso por escrito que recebe após o seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A Secção 9 neste capítulo detalha os processos de recurso dos Níveis 3, 4 e 5.

Secção 5.5 E se nos pedir que lhe paguemos a nossa parte de uma fatura que tenha recebido por cuidados médicos?

O capítulo 7 descreve quando poderá ter de pedir reembolso ou pagar uma fatura que tenha recebido de um prestador. Informa-o também sobre como enviar-nos a documentação a solicitar pagamento.

Pedir reembolso é solicitar uma decisão de cobertura nossa

Se nos enviar a documentação a solicitar o reembolso, está a solicitar uma decisão de cobertura. Para tomarmos esta decisão, verificaremos se os cuidados médicos pelos quais pagou correspondem a um serviço coberto. Iremos também verificar se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos.

- **Se respondermos afirmativamente ao seu pedido:** se os cuidados médicos estiverem cobertos e seguir todas as regras, enviaremos o pagamento pela partilha dos custos no prazo de 60 dias após recebermos o seu pedido. Se não tiver pago pelos serviços, enviaremos o pagamento diretamente para o prestador.

- **Se respondermos negativamente ao seu pedido:** Se os cuidados médicos **não** forem cobertos, ou você **não** tiver seguido todas as regras, não enviaremos o pagamento. Em vez disso, enviaremos uma carta a informá-lo que não pagaremos pelos serviços e os motivos.

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

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

- Temos de lhe apresentar a nossa resposta no prazo de 60 dias depois de recebermos o seu recurso. Se nos solicitar o reembolso por cuidados médicos que já tenha recebido e pago, não tem permissão para solicitar um recurso rápido.
- Se a organização de revisão independente decidir que devemos pagar, temos de lhe enviar o pagamento que solicitou ou enviá-lo ao prestador no prazo de 30 dias. Se a resposta ao seu recurso for sim em qualquer estado do processo de recurso após o Nível 2, temos de enviar o pagamento que solicitou a si ou ao prestador no prazo de 60 dias.

SECÇÃO 6 Os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D: Como solicitar uma decisão de cobertura ou apresentar um recurso

Secção 6.1 Esta secção informa sobre o que fazer se tiver problemas em obter um medicamento da Parte D ou se quiser que lhe reembolsemos o valor de um medicamento da Parte D

Os seus benefícios incluem cobertura para muitos medicamentos sujeitos a receita médica. Para ser coberto, o medicamento tem de ser usado para uma indicação medicamente aceite. (Consulte o Capítulo 5 para mais informações sobre uma indicação medicamente aceite.) Para obter detalhes sobre medicamentos, regras, restrições e custos da Parte D, consulte os Capítulos 5 e 6. **Esta secção é apenas sobre seus medicamentos da Parte D.** Para simplificar, usamos geralmente o termo “medicamento” no restante desta secção, em vez de repetirmos sempre “medicamento sujeito a receita médica ambulatorial coberto” ou “medicamento da Parte D”. Também

utilizamos o termo “lista de medicamentos” em vez de “Lista de Medicamentos Cobertos” ou “Formulário.”

- Se não souber se um medicamento está coberto ou se cumpre as regras, pode perguntar-nos. Alguns medicamentos requerem que obtenha aprovação da nossa parte antes de a cobrirmos.
- Se a sua farmácia lhe disser que a sua receita não pode ser aviada tal como está, dar-lhe-á um aviso por escrito a explicar como nos pode contactar para solicitar uma decisão de cobertura.

Decisões de cobertura e recursos da Parte D

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

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o valor que iremos pagar pelos seus medicamentos. Esta secção informa o que 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 6.2**
- Pedido para renunciar a uma restrição na cobertura do plano a um medicamento (como sejam limites na quantidade do medicamento que pode obter) **Peça uma exceção. Secção 6.2**
- Pedir para pagar um montante de partilha de custos mais baixo para um medicamento coberto num escalão de partilha de custos mais elevado **Peça uma exceção. Secção 6.2**
- Pedido para pré-aprovação de um medicamento. **Solicitar uma decisão de cobertura. Secção 6.4**
- Pagamento por um medicamento sujeito a receita médica que já comprou. **Peça-nos um reembolso. Secção 6.4**

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

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

Secção 6.2 O que é uma exceção?

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

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

Para considerarmos o seu pedido de exceção, o seu médico ou outro prescritor terá de explicar os motivos médicos pelos quais você precisa que a exceção seja aprovada. Seguem-se três exemplos de exceções que você, o seu médico ou outro prescritor podem nos podem pedir para fazer:

1. **Cobrir um medicamento da Parte D que não está na nossa Lista de Medicamentos.** Se concordarmos em cobrir um medicamento que não conste da Lista de Medicamentos, terá de pagar o montante da partilha de custos que se aplica a todos os nossos medicamentos.. Não pode pedir uma exceção ao montante de partilha de custos que lhe exigimos que pague pelo medicamento.
2. **Remover uma restrição para um medicamento coberto**. O Capítulo 5 descreve regras ou restrições adicionais que se aplicam a determinados medicamentos na nossa Lista de Medicamentos. Se concordarmos em abrir uma exceção e renunciarmos a uma restrição para si, pode pedir uma exceção ao montante do copagamento ou do cosseguro que lhe exigimos que pague pelo medicamento.
3. **Mudar a cobertura de um medicamento para um nível de partilha de custos mais baixo.** Todos os medicamentos na nossa Lista de Medicamentos encontram-se em um de 5 escalões de partilha de custos. No geral, quanto mais baixo for o número do nível de partilha de custos, menos pagará como a sua parte do custo do medicamento.
    - Se a nossa lista de medicamentos contiver medicamentos alternativos para o tratamento da sua condição médica que estejam num nível de partilha de custos inferior ao do seu medicamento, pode pedir-nos que cubra o seu

medicamento pelo montante da partilha de custos que se aplica ao(s) medicamento(s) alternativo(s).

- Se o medicamento que estiver a tomar for um produto biológico, pode pedir-nos para cobrir o seu medicamento a um valor de partilha de custos mais baixo. Este seria o nível mais baixo que contém alternativas de produtos biológicos para tratar a sua condição.
- Se o medicamento que estiver a tomar for um medicamento de marca, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da partilha de custos que se aplica ao nível mais baixo que contém alternativas de marca para tratar tratar a sua condição.
- Se o medicamento que estiver a tomar for um medicamento genérico, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da partilha de custos que se aplica ao nível mais baixo que contém alternativas de marca ou genéricas para tratar a sua condição.
- Não pode pedir-nos para alterar o escalão de partilha de custos para nenhum medicamento incluído no Nível 5 (Medicamentos de Especialidade).
- Se aprovarmos o seu pedido de uma exceção por níveis e houver mais do que um nível mais baixo de partilha de custos com medicamentos alternativos que não pode tomar, normalmente pagará o montante mais baixo.

Secção 6.3 Coisas importantes a saber no que se refere a pedir exceções

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

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

Normalmente, a nossa Lista de Medicamentos inclui mais de um medicamento para o tratamento de uma condição específica. Estas diferentes possibilidades são denominadas medicamentos “alternativos”. Se um medicamento alternativo for tão eficaz como o medicamento que solicitar e não causar mais efeitos colaterais ou outros problemas de saúde, geralmente **não** aprovaremos a sua solicitação de exceção. Se nos pedir uma exceção por níveis, geralmente **não** aprovaremos o seu pedido de exceção a menos que todos os medicamentos alternativos no(s) nível(eis)

de partilha de custos mais baixos não funcionem tão bem para si ou sejam suscetíveis de causar uma reação adversa ou outras lesões.

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, o associado pode solicitar outra revisão apresentando um recurso.

Secção 6.4 Passo a passo: Como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção

Termo legal
Uma "decisão de cobertura rápida" é denominada **"determinação de cobertura acelerada."**

<u>Passo 1:</u> Decida se precisa de uma "decisão de cobertura padrão" ou de uma "decisão de cobertura rápida."

As **"decisões de cobertura padrão"** são tomadas no prazo de **72 horas** após recebermos a declaração do seu médico. As **"decisões de cobertura rápida"** são tomadas no prazo de **24 horas** após recebermos a declaração do seu médico.

Se a sua saúde o exigir, peça-nos para lhe fornecermos uma "decisão rápida de cobertura." **Para obter uma decisão de cobertura rápida , tem de satisfazer dois requisitos:**

- Tem de pedir um **medicamento que ainda não recebeu**. (Não pode solicitar uma decisão de cobertura rápida para pagamento de um medicamento que já tenha comprado.)
- O seguimento dos prazos normais pode causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar.
- **Se o seu médico ou outro prescritor nos informar que o seu estado de saúde requer uma "decisão de cobertura rápida", automaticamente dar-lhe-emos uma decisão de cobertura rápida.**
- **Se solicitar uma decisão de cobertura rápida por conta própria, sem o apoio do seu médico ou prescritor, decidiremos se o seu plano de saúde**

requer uma decisão de cobertura rápida. Se não aprovarmos uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta que:

- Explica que vamos utilizar os prazos habituais.
- Se o seu médico ou outro prescritor solicitar uma decisão de cobertura rápida, fornecemos-lhe automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
- Informará como pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de lhe apresentar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou. Responderemos à sua reclamação no prazo de 24 horas após a receção.

<u>Passo 2:</u> 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 Request 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 representante ou pelo seu médico (ou outro prescritor). Também pode ter um advogado a agir em seu nome. A secção 4 deste capítulo diz como pode dar autorização por escrito a outra pessoa para agir como seu representante.

- **Se estiver a solicitar uma exceção, forneça a "declaração de apoio",** que são os motivos médicos para a exceção. O seu médico ou outro prescritor pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. Ou seu médico ou outro profissional de saúde podem informar-nos por telefone e fazer o acompanhamento por fax ou enviar uma declaração por escrito, se necessário.

<u>Passo 3:</u> 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 médico. 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 a apoiar a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura "padrão" sobre um medicamento que ainda não recebeu

- De um modo geral, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 72 horas** depois de recebermos o seu pedido.
  - Para exceções, dar-lhe-emos a nossa resposta no prazo de 72 horas após recebermos a declaração de apoio do seu prestador. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
  - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.
- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou, teremos de fornecer a cobertura** que concordámos fornecer **no prazo de 72 horas** após recebermos a sua solicitação ou uma declaração do prestador a apoiar a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Prazos para uma decisão de cobertura "padrão" sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Temos de apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias** depois de recebermos o seu pedido.

- Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.

- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou,** também somos obrigados a efetuar o pagamento até 14 dias após recebermos a sua solicitação.
- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

Passo 4: Se respondermos negativamente ao seu pedido de cobertura, pode apresentar um recurso.

- Se respondermos negativamente, o associado tem o direito de nos solicitar que reconsideremos essa decisão apresentando um recurso. 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 6.5 Passo-a-passo: Como apresentar um Recurso de Nível 1

Termos legais
Um recurso apresentado ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é denominado **"redeterminação"** do plano. Um "recurso rápido" também é denominado **"redeterminação acelerada."**

Passo 1: Decida se precisa de um "recurso 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 médico ou outro prescritor terão de decidir se necessita de um "recurso rápido".
- Os requisitos para obter um "Recurso rápido" são os mesmos que para obter uma "decisão de cobertura rápida", conforme a Secção 6.4 deste capítulo.

<u>Passo 2:</u> O associado, o seu representante, médico ou outro prescritor têm de entrar em contacto connosco e iniciar o recurso de Nível 1. Se a sua saúde exigir uma resposta rápida, 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.
- **Para recursos rápidos, envie o seu recurso por escrito ou ligue-nos para o número** 1-833-346-9222 para obter informações adicionais. (Os utilizadores TTY devem contactar o número 711). O Capítulo 2 inclui informações de contacto.
- **Temos de aceitar qualquer pedido por escrito,** incluindo uma solicitação enviada no Formulário de Solicitação de Determinação de Cobertura do Modelo CMS, que está disponível no nosso sítio Web. Certifique-se de que inclui o seu nome, informações de contacto e informações relativas à sua reclamação para nos ajudar a processar o seu pedido.
- **O associado tem de fazer o pedido de recurso no prazo de 60 dias** a partir da data da notificação por escrito que enviamos para lhe fornecermos a nossa resposta à decisão de cobertura. Se não cumprir esse prazo e tiver um motivo aceitável para não o cumprir, explique o motivo do atraso ao fazer o seu recurso. Podemos permitir-lhe mais tempo para apresentar o seu recurso. Exemplos de motivos aceitáveis podem incluir uma doença grave que o impediu de entrar em contacto connosco ou termos-lhe fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **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.

<u>Passo 3:</u> Consideramos o seu recurso e fornecemos a nossa resposta.

- Quando analisamos o seu recurso, analisamos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificamos se seguimos todas as regras quando decidimos negativamente relativamente ao seu pedido. Podemos entrar em contacto consigo, com seu médico ou com outro médico para obtermos mais informações.

Prazos para um recurso "rápido"

- Para recursos rápidos, temos de lhe apresentar a nossa resposta **no prazo de 72 horas após recebermos o seu recurso**. Daremos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.

- Se não fornecermos uma resposta no prazo de 72 horas, seremos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que será analisada por uma organização de revisão independente. A Secção 6.6 explica o processo de recurso de Nível 2.

- **Se a nossa resposta for sim a uma parte ou à totalidade do que nos solicitou,** temos de fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar porque recusámos e como poderá recorrer da nossa decisão.

Prazos para recurso "padrão" para um medicamento que ainda não recebeu

- Para recursos padrão, temos de responder **no prazo de 7 dias** após a receção do recurso. Apresentar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se ainda não tiver recebido o medicamento e se o seu estado de saúde exigir que o façamos.
    - Se não fornecermos uma decisão no prazo de 7 dias, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que será analisada por uma Organização de Revisão Independente. A Secção 6.6 explica o processo de recurso de Nível 2.
- **Se a nossa resposta for afirmativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, temos de fornecer a cobertura tão rapidamente quanto a sua saúde exigir, mas o mais tardar **7 dias** após recebermos o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for negativa a uma parte ou à totalidade do que solicitou,** enviaremos uma declaração por escrito a explicar porque recusámos e como poderá recorrer da nossa decisão.

Prazos para um "recurso padrão" sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Temos de apresentar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias** depois de recebermos o seu pedido.
    - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso, nível em que a solicitação será analisada por uma Organização de Revisão Independente.
- **Se a nossa resposta for positiva para parte ou a totalidade do que solicitou,** também somos obrigados a efetuar o pagamento até **30 dias** após recebermos a sua solicitação.

- **Se a nossa resposta for negativa a parte ou à totalidade do que solicitou**, enviaremos uma declaração por escrito a explicar o porquê de termos recusado. Também informaremos como pode recorrer.

<u>Passo 4:</u> 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 6.6 Passo-a-passo: Como apresentar um recurso de Nível 2

Termo legal
O nome formal da "Organização de Revisão Independente" é **"Entidade de Revisão Independente."** Por vezes é denominada **"IRE."**

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

<u>Passo 1:</u> O associado (o seu representante, médico ou outro prescritor) tem de entrar em contacto com a organização de revisão independente e solicitar uma revisão do seu caso.

- Se respondermos negativamente ao seu Recurso de Nível 1, a notificação por escrito que enviamos incluirá **instruções sobre como apresentar um Recurso de Nível 2** à Organização de Revisão Independente. Estas instruções informarão quem pode apresentar este Recurso de Nível 2, que prazos 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.

<u>Passo 2:</u> 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.

<u>Passo 3:</u> 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.

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.

<u>Passo 4:</u> Se o seu caso cumprir os requisitos, poderá escolher se quer levar o seu recurso mais longe.

- Há três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (num total de cinco níveis de recurso).
- Se quiser continuar para um recurso de Nível 3 os detalhes sobre como fazê-lo estão no aviso por escrito que recebe após a decisão do seu recurso de Nível 2.
- O recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial. A secção 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 7 Como pedir-nos para cobrir uma hospitalização mais prolongada se achar que o prestador lhe está a dar alta demasiado cedo

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

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

- O dia em que sai do hospital é denominado “**data da alta**”

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

Secção 7.1 Durante o seu internamento hospitalar, receberá um aviso escrito da Medicare a informar sobre os seus direitos

Nos dois dias após ter sido internado num hospital, ser-lhe-á dada uma notificação por escrito chamada **"Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos"**. Todas as pessoas com Medicare recebem uma cópia deste aviso. Se não receber o aviso de alguém no hospital (por exemplo, um assistente ou enfermeiro), peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, telefone para o Serviço de Apoio a Associados ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Leia este aviso com atenção e faça perguntas se não o entender.** Diz-lhe:
   - O seu direito de receber serviços cobertos pelo Medicare durante e após a sua estadia no hospital, conforme solicitado pelo seu prestador de cuidados de saúde. Tal inclui o direito de saber quais são os serviços, quem os pagará e onde pode obtê-los.
   - O seu direito de participar em quaisquer decisões sobre a sua estadia no hospital.
   - Onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
   - O seu direito de **pedir uma revisão imediata** da decisão da alta se lhe parecer que está a receber alta do hospital demasiado cedo. Esta é uma maneira formal e legal de solicitar um atraso na data de alta para que possamos cobrir os seus cuidados hospitalares por mais tempo.
2. **Ser-lhe-á pedido que assine o aviso escrito para demonstrar que o recebeu e que compreende os seus direitos.**
   - Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso.
   - Assinar o aviso mostra **apenas** que recebeu as informações sobre os seus direitos. O aviso não indica a sua data de alta. Assinar o aviso **não significa** que concorda com a data da alta.

3. **Guarde a sua cópia** do aviso à mão para que disponha das informações sobre como apresentar um recurso (ou relatar uma preocupação sobre a qualidade dos cuidados), se necessário.
   - Se assinar o aviso mais de dois dias antes da data da alta hospitalar, receberá outra cópia antes da data agendada para a alta.
   - Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, 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 7.2 Passo-a-passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para alterar a sua data de alta hospitalar

Se pretende solicitar que os seus serviços de internamento hospitalar sejam cobertos por nós por mais tempo, terá de seguir o processo de recurso para fazer essa solicitação. Antes de começar, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Siga o processo.**
- **Cumpra os prazos.**
- **Peça ajuda se precisar**. Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Também pode telefonar para o Programa de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island, uma organização governamental que oferece assistência personalizada.

Durante um Recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Verifica se a data de alta planeada é medicamente apropriada para si.

A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros prestadores de cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhor 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.

<u>Passo 1:</u> Entre em contacto com Organização de Melhoria da Qualidade do Rhode Island e peça uma revisão imediata da sua alta hospitalar. Tem de agir rapidamente.

Como pode contactar esta organização?

- A notificação por escrito que recebeu (**Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus direitos**) informa como entrar em contacto com esta organização. Ou encontre o nome, endereço e número de telefone da Organização de Melhoria da Qualidade de Rhode Island no Capítulo 2.

Aja rapidamente:

- Para pedir um recurso, tem de contactar a Organização de Melhoria da Qualidade **antes** de sair do hospital e **o mais tarde à meia-noite do dia da alta**.
    - **Se cumprir este prazo,** poderá ficar no hospital **depois** da sua data de alta **sem pagar por isso** enquanto espera para obter a decisão da Organização de Melhoria da Qualidade.
    - **Se <u>não</u> cumprir este prazo** e decidir permanecer no hospital após a sua data de alta agendada, **poderá ter de pagar todos os custos** dos cuidados hospitalares que receber após a sua data de alta planeada.
- Se não cumprir o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade e ainda pretender recorrer, tem de apresentar um recurso diretamente ao nosso plano. Para conhecer os detalhes dessa outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a Secção 7.4.

Assim que solicitar uma revisão imediata da sua alta hospitalar, a Organização de Melhoria da Qualidade irá contactar-nos. Até ao meio-dia do dia seguinte ao nosso contacto, iremos fornecer-lhe uma **Notificação Detalhada de Alta**. Esta notificação dá-lhe a data de alta agendada e explica detalhadamente os motivos pelos quais o seu prestador de cuidados de saúde, o hospital e nós pensamos que é correto (clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

Pode obter uma amostra da **Notificação Detalhada da Alta** telefonando para o Serviço de Apoio a Associados ou através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. (Os utilizadores de TTY devem telefonar para 1-877-486-2048.) Em alternativa, pode consultar uma amostra de uma notificação online em <u>www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.</u>

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

- Os profissionais de saúde da Organização de Melhoria da Qualidade ("os revisores") perguntar-lhe-ão (ou ao seu representante) porque lhe parece que a cobertura dos serviços deverá continuar. 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 (clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

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

O que acontece se a resposta for positiva?

- Se a organização de revisão responder **<u>afirmativamente</u>**, **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 de revisão disser **Não** ao seu recurso e decidir ficar no hospital, então **poderá ter de pagar o custo total** dos cuidados hospitalares que recebe após o meio-dia no dia após a Organização de Melhoria da Qualidade lhe dar a resposta ao seu recurso.

<u>Passo 4:</u> Se a resposta ao seu recurso de Nível 1 for de rejeição, 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 7.3 Passo-a-passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para alterar a data de alta hospitalar

Num recurso de Nível 2, o associado pede à Organização de Melhoria da Qualidade que analise novamente a decisão no seu primeiro recurso. Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso de Nível 2, você pode ter que pagar o custo total da sua permanência após a data de alta planeada.

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

- 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.

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

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

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

Se a organização 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**.
- 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.

<u>Passo 4:</u> 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 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 7.4 O que acontece se não cumprir o prazo para a apresentação de um Recurso de Nível 1?

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

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 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

<u>Passo 1:</u> Contacte-nos e peça uma “revisão rápida.”

- **Peça uma “revisão rápida**.” Isto significa que nos pede para fornecermos uma resposta usando os prazos “rápidos” em vez dos prazos “padrão”. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

<u>Passo 2:</u> Fazemos uma revisão "rápida" da data de alta planeada, verificando se foi medicamente apropriada.

- Durante esta revisão, verificamos todas as informações sobre a sua permanência no hospital. Verificamos se a data de alta planeada foi medicamente apropriada. Verificamos se a decisão sobre quando tem de deixar o hospital foi justa e se seguiu todas as regras.

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

- **Se respondermos afirmativamente ao recurso**, significa que concordámos consigo em como tem de continuar no hospital após a data da alta. Continuaremos a fornecer os serviços hospitalares abrangidos durante o tempo que for medicamente necessário. Isto também significa que concordamos em reembolsá-lo pela nossa parte nos custos dos cuidados que tenha recebido desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. (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.

<u>Passo 4:</u> Se dissermos *não* ao seu recurso, o seu caso será <u>automaticamente</u> enviado para o nível seguinte do processo de recurso.

Passo a passo: Nível 2 Processo de recurso *alternativo*

Termo legal
O nome formal da "Organização de Revisão Independente" é **"Entidade de Revisão Independente."** Por vezes é denominada **"IRE."**

A organização de revisão independente é uma organização independente contratada pelo Medicare. Não está associada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização decide se a decisão que tomámos está correta ou se deve ser alterada. O Medicare supervisiona o seu trabalho.

<u>Passo 1:</u> Encaminharemos automaticamente o seu caso para a Organização de Revisão Independente.

- Somos obrigados a enviar as informações do seu recurso de Nível 2 para a organização de revisão independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que o avisamos de que recusamos o seu primeiro recurso. (Se achar que não estamos a cumprir este ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 10 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

<u>Passo 2:</u> A Organização de Revisão 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 <u>afirmativamente</u> 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 <u>negativamente</u> ao seu recurso,** isso significa que concorda que a data de alta hospitalar agendada foi medicamente apropriada.
    - A notificação por escrito que receber da organização de revisão independente dir-lhe-á como iniciar um recurso de Nível 3 com o processo de revisão, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou advogado adjudicatário.

<u>Passo 3:</u> 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 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 8 Como pedir-nos que continuemos a cobrir certos serviços médicos se acha que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo

Secção 8.1 *Esta secção trata apenas de três serviços:* Cuidados de saúde ao domicílio, cuidados de enfermagem especializados e Serviços de Instalações de Reabilitação 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 desses cuidados terminar, **deixaremos de pagar a nossa parte dos custos dos seus cuidados**.

Se lhe parecer que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta Secção explica como solicitar um recurso.

Secção 8.2 Informá-lo-emos antecipadamente do momento de término da sua cobertura

Termo legal
"Notificação de não cobertura Medicare." Diz-lhe como pode solicitar um **"recurso rápido."** Solicitar um recurso acelerado é uma maneira formal e legal de solicitar uma alteração da nossa decisão de cobertura sobre quando interromper o seu tratamento.

1. **Receberá um aviso por escrito** pelo menos dois dias antes do nosso plano deixar de cobrir os seus cuidados. O aviso informa sobre:
   - A data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados.
   - Como solicitar um "recurso rápido" para nos solicitar que continuemos a cobrir os seus cuidados por um período de tempo mais longo.

2. **Será pedido a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome que assine o aviso por escrito para demonstrar que o recebeu.** Assinar o aviso **apenas** mostra que recebeu as informações sobre quando a sua cobertura será interrompida. **Assinar <u>não</u> significa que concorda** com o plano de que é o momento de parar de receber o atendimento.

Secção 8.3 Passo a passo: Como apresentar um recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Se nos quiser solicitar para cobrirmos os seus cuidados durante um período mais longo, terá de seguir o processo de recurso e efetuar a solicitação. Antes de começar, entenda o que tem de fazer e quais são os prazos.

- **Siga o processo.**
- **Cumpra os prazos.**
- **Peça ajuda se precisar**. Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, telefone para o Serviço de Apoio a Associados. Também pode telefonar para o Programa de Assistência a Seguros de Saúde de Rhode Island, uma organização governamental que oferece assistência personalizada.

Durante um Recurso de Nível 1, a Organização de Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Decide se a data de fim dos seus cuidados é clinicamente adequada.

A **Organização de Melhoria da Qualidade** é um grupo de médicos e outros especialistas em cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhor a qualidade do atendimento prestado a pessoas com Medicare. Isto inclui rever as decisões do plano sobre quando é altura de parar de cobrir determinados tipos de cuidados médicos. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano.

<u>Passo 1:</u> 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:

- Você 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** do Aviso de Não Cobertura da Medicare.

O seu prazo para entrar em contacto com esta organização.

- 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 conhecer os detalhes desta outra forma de apresentar o seu recurso, consulte a Secção 8.5.

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

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

O que acontece durante esta revisão?

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

<u>Passo 3:</u> 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 receber os cuidados de saúde domiciliares, cuidados em enfermaria especializada ou serviços da Centro de Reabilitação Ambulatorial Abrangente (CORF) **depois** desta data em que a sua cobertura termina, **terá que pagar o custo total** desse atendimento.

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

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

Secção 8.4 Passo-a-passo: Como apresentar um recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados durante mais tempo

Durante um recurso de Nível 2, 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.

- Você tem de solicitar esta revisão **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade respondeu **negativamente** ao seu recurso de Nível 1. Você apenas pode solicitar esta revisão se continuar a receber cuidados após a data em que a sua cobertura de cuidados tiver terminado.

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

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

<u>Passo 3:</u> No prazo de 14 dias após a receção 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.
- O aviso que receberá informará por escrito o que pode fazer se pretender continuar com o processo de revisão. Fornecerá os detalhes sobre como avançar para a próxima instância de recurso, que é tratada por um Juiz de Direito Administrativo ou procurador judicial.

<u>Passo 4:</u> Se a resposta for negativa, 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 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 8.5 O que acontece se não cumprir o prazo para a apresentação de um recurso de Nível 1?

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.”**

<u>Passo 1:</u> Contacte-nos e peça uma “revisão rápida.”

- **Peça uma “revisão rápida**.” Isto significa que nos pede para fornecermos uma resposta usando os prazos “rápidos” em vez dos prazos “padrão”. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

<u>Passo 2:</u> Realizamos uma revisão “rápida” da decisão que tomámos sobre quando encerrar a cobertura dos seus serviços.

- Nesta revisão, examinamos novamente todas as informações sobre o seu caso. Verificamos se seguimos todas as regras quando marcámos a data do término da cobertura do plano relativamente aos serviços que você estava a receber.

<u>Passo 3:</u> 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.

<u>Passo 4:</u> 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.

<u>Passo 1:</u> Encaminhamos automaticamente o seu caso para a organização de revisão independente.

- Somos obrigados a enviar as informações do seu recurso de Nível 2 para a organização de revisão independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que o avisamos de que recusamos o seu primeiro recurso. (Se achar que não estamos a cumprir este ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 10 deste capítulo explica como apresentar uma reclamação.)

<u>Passo 2:</u> 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 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 9 deste capítulo informa mais sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 9 Levar o seu recurso ao Nível 3 e mais além

Secção 9.1 Níveis de recurso 3, 4 e 5 para pedidos de serviços médicos

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

Se o valor em dólares do produto ou serviço médico relativamente ao qual 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 a autorizar ou fornecer o serviço em litígio.
- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou advogado disser que Não ao seu recurso, o processo de recurso pode ou não terminar.**
    - Se 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 **Appeals Council (Conselho de Recursos) da Medicare (Conselho) irá rever o seu recurso e** apresentar-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do **governo federal.**

- **Se a resposta for afirmativa, ou se o Conselho recusar o nosso pedido de revisão de uma decisão de recurso de Nível 3 favorável, o processo de recurso pode ou não terminar.** Ao contrário de uma decisão de Nível 2, temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 4 que seja favorável para si. Decidiremos se recorrer desta decisão para o Nível 5.
    - Se decidirmos **não** recorrer da decisão, temos de autorizar ou fornecer o serviço no prazo de 60 dias após a receção da decisão do Conselho.
    - Se decidirmos recorrer da decisão, informá-lo-emos por escrito.

- **Se a resposta for Não ou se o Conselho recusar o pedido de revisão, o processo de recurso pode ou não terminar.**
    - Se 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 9.2 Níveis de recurso 3, 4 e 5 para pedidos de medicamentos da Parte D

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

Se o valor do medicamento relativamente ao qual 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 **Appeals Council (Conselho de Recursos) da Medicare (Conselho)** irá rever o seu recurso e apresentar-lhe uma resposta. O Conselho faz parte do governo **federal**.

- **Se a resposta for positiva, o processo de recurso está encerrado**. Temos de **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que tenha sido aprovada pelo Conselho **no prazo de 72 horas (24 horas para recursos acelerados) ou efetuar o pagamento até 30 dias** depois de recebermos a decisão.
- **Se a resposta for Não, o processo de recurso pode ou não terminar.**
  - Se 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 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.

APRESENTAÇÃO DE RECLAMAÇÕES

SECÇÃO 10 Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente, ou outras preocupações

Secção 10.1 Que tipos de problemas são tratados pelo processo de reclamação?

O processo de reclamação é utilizado **apenas** para determinados tipos de problemas apenas. 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?
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? o Os exemplos incluem esperar demasiado tempo ao telefone, na sala de espera, na sala de exames ou para obter uma receita.
Limpeza	• Está insatisfeito com a limpeza ou com as condições de uma clínica, hospital ou consultório médico?

Reclamação	Exemplo
Informações que obtém de nós	• Não lhe demos o aviso necessário? • A nossa informação escrita é difícil de compreender?
Oportunidade (todos estes tipos de reclamações estão relacionados com a *oportunidade* das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura e recursos)	Se nos solicitou uma decisão de cobertura ou apresentou um recurso e lhe parece que não estamos a responder com rapidez suficiente, pode apresentar uma reclamação sobre a nossa lentidão. Seguem-se alguns exemplos: • Pediu-nos uma "decisão de cobertura rápida" ou um "recurso rápido" e respondemos negativamente; o associado pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não estamos a cumprir os prazos para decisões de cobertura ou recursos; o associado pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não estamos a cumprir os prazos para o cobrir ou reembolsar por determinados serviços médicos ou medicamentos que foram aprovados; pode apresentar uma reclamação. • Parece-lhe que não cumprimos os prazos necessários para encaminhar o seu caso para a organização de revisão independente; pode apresentar uma reclamação.

Secção 10.2 Como apresentar uma reclamação

Termos legais

- Uma **"Reclamação"** também é conhecida **"queixa."**
- **"Fazer uma reclamação"** também é conhecida como **"apresentar uma queixa."**
- **"utilizar o processo para apresentar uma queixa"** também é conhecido como **"utilizar o processo para apresentar uma reclamação."**
- **"Reclamação rápida"** também é conhecida como **"reclamação acelerada."**

Secção 10.3 Passo-a-passo: Apresentar uma reclamação

<u>Passo 1:</u> 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.
- Para apresentar uma reclamação por escrito, pode enviá-la por fax para o Appeals and Grievances Department (Departamento de Recursos e Reclamações) através do número 857-453-4517 ou por e-mail para:

  Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC
  Appeals and Grievances Department
  30 Winter St
  Boston, MA 02108

- Temos de receber a sua reclamação no prazo de 60 dias de calendário após o evento ou incidente do qual está a reclamar. Se algo o impediu de apresentar a sua reclamação (estava doente, fornecemos informações incorretas, etc.) informe-nos e talvez possamos aceitar a sua reclamação passados 60 dias. Trataremos da sua queixa o mais rapidamente possível, mas o mais tardar 30 dias após a sua receção. Por vezes precisamos de informação adicional, ou poderá querer fornecer informação adicional. Se isso ocorrer, podemos demorar 14 dias adicionais para responder à sua reclamação. Se os 14 dias adicionais forem utilizados, receberá uma carta que o informará. Se a sua reclamação se deve ao fato de termos levado 14 dias adicionais para responder ao seu pedido de determinação ou recurso de cobertura ou porque decidimos que não precisava de uma decisão de cobertura rápida ou de um recurso rápido, pode apresentar uma reclamação rápida. Responder-lhe-emos no prazo de 24 horas após a receção da sua reclamação. O endereço e os números de fax para apresentação de reclamações encontram-se no **Capítulo 2** em **Como contactar-nos quando apresentar uma reclamação sobre os seus medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D.**
- **Quer telefone ou escreva, tem de entrar em contacto com o Serviço de Atendimento a Membros imediatamente.**
- Se estiver a apresentar uma reclamação porque recusámos o seu pedido de “decisão de cobertura rápida” ou de “Recurso rápido”, atribuir-lhe-emos

automaticamente o estatuto de “reclamação rápida”. Se a sua reclamação for “rápida”, isso significa que lhe forneceremos uma resposta no prazo de 24 horas.

- O **prazo** para fazer uma reclamação é de 60 dias corridos a partir do momento em que teve o problema que pretende reclamar.

<u>Passo 2:</u> Analisaremos a sua reclamação e dar-lhe-emos a nossa resposta.

- **Se possível, responderemos imediatamente.** Se nos telefonar por causa de uma reclamação, poderemos responder-lhe durante a própria chamada.
- **A maioria das reclamações são respondidas no prazo de 30 dias de calendário.** Se precisarmos de mais informações e o atraso for do seu melhor interesse ou se solicitar mais tempo, poderemos demorar até 14 dias de calendário adicionais (44 dias de calendário no total) a responder à sua reclamação. Se decidirmos demorar mais dias, informá-lo-emos por escrito.
- **Se for apresentar uma reclamação porque negámos o seu pedido de uma “decisão de cobertura rápida” ou um “recurso rápido”, dar-lhe-emos automaticamente uma “reclamação rápida.”** Se tiver uma reclamação “rápida”, significa que lhe daremos **uma resposta no prazo de 24 horas**.
- **Se não concordarmos** com parte ou a totalidade da sua reclamação ou não nos responsabilizarmos pelo problema pelo qual está a reclamar, iremos incluir os motivos na resposta que lhe enviarmos.

Secção 10.4 Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade dos cuidados à Organização de Melhoria da Qualidade

Quando a sua reclamação for sobre a **qualidade do atendimento**, também tem duas opções extra:

- **Pode apresentar a sua reclamação diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade**.
- A Organização de Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhor o atendimento prestado aos pacientes do Medicare. O Capítulo 2 inclui informações de contacto.

Ou

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

Secção 10.5 Também pode informar o Medicare sobre a sua reclamação

Pode apresentar uma queixa sobre o CCA Medicare Value 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.

Secção 10.6 Reclamações sobre paridade de saúde mental

As leis federais e estaduais requerem que todas as organizações de cuidados geridos, incluindo o CCA Medicare Value, forneçam serviços de cuidados de saúde comportamental aos associados da mesma forma que fornecem serviços de cuidados de saúde física. Isto é conhecido como “paridade”. Em geral, significa que:

1. CCA Medicare Value tem de proporcionar o mesmo nível de benefícios para qualquer problema de saúde mental e de uso de substâncias que possa ter, do mesmo modo que para outros problemas físicos que possa ter.

2. O CCA Medicare Value tem de ter requisitos de autorização prévia e limitações de tratamento semelhantes para serviços de saúde mental e de utilização de substâncias, tal como o faz para serviços de saúde física.

3. CCA Medicare Value tem de lhe fornecer a si ou ao seu prestador os critérios de necessidade médica utilizados pelo plano para autorização prévia, a seu pedido ou a pedido do seu prestador; e

4. CCA Medicare Value terá também de lhe indicar, num prazo razoável, o motivo para qualquer recusa de autorização para serviços de saúde mental ou uso de substâncias.

Se pensa que o CCA Medicare Value não está a proporcionar paridade como explicado acima, tem o direito de apresentar uma reclamação junto do plano. Para obter mais informações sobre Reclamações e sobre como apresentá-las, consulte a Secção 11.3 deste capítulo da sua **Evidência de Cobertura**.

Para obter mais informações, consulte 130 CMR 450.117(J).

Secção 10.7 Denunciar fraude, desperdício ou abuso

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

- **Telefone** para a linha direta de Conformidade CCA através do 866-457-4953 ou
- **Envie um e-mail para** cca_compliance@commonwealthcare.org

Estamos empenhados em prevenir e/ou solucionar qualquer fraude, desperdício ou abuso.

O associado, o seu familiar ou o seu prestador de cuidados MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY/TDD podem fazer uma denúncia. Os relatórios são confidenciais. O relatório pode ser anónimo. Isto não afetará os seus serviços.

O que são fraude, desperdício e abuso?

São todos os tipos de uso indevido de recursos, dinheiro ou propriedade da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou do governo federal ou estadual.

- **Fraude:** Ações desonestas, realizadas propositadamente e sabendo que os recursos irão para alguém a quem não se destinam
- **Desperdício:** Quando um recurso é usado em excesso. O desperdício não é propositado.
- **Abuso:** Ações que resultam em custos ou pagamentos por serviços que não são medicamente necessários ou não são o padrão de atendimento aceite

Exemplos:

- Faturação de serviços não fornecidos
- Não ser verdadeiro ao cobrar por serviços, como:
    - Mudar o tipo
    - Mudar as cobranças
    - Mudar a data
    - Mudar o prestador ou a pessoa que obteve os serviços
- Usar o cartão de identificação de membro de outra pessoa
- Entrega de equipamentos ou produtos a um membro num momento em que não precisava dos mesmos

Dicas para se proteger de fraudes

Ofertas de ajuda médica “gratuita” ou tratamentos em anúncios, uma chamada telefónica ou visitas ao domicílio **podem ser fraude.**

O que fazer:

- Tenha cuidado!

- Leia a documentação da Commonwealth Care Alliance, Inc. e certifique-se de que recebeu os tratamentos cobrados. Questione tudo o não pareça correto.
- Não forneça as suas informações do Medicare, da Segurança Social, de conta bancária ou de cartão de crédito por telefone.
- Se alguém bater à sua porta, peça a identificação. Ninguém da Commonwealth Care Alliance, Inc. pode entrar em sua casa sem a sua permissão.

Para saber mais, visite www.ccahealthri.org.

CAPÍTULO 10:
Encerrar a sua associação ao plano

SECÇÃO 1 Introdução para rescindir a sua adesão ao nosso plano

Rescindir a sua adesão no CCA Medicare Value pode ser algo **voluntário** (escolha sua) ou **involuntário** (não é uma escolha sua):

- Você pode sair do nosso plano porque decidiu que **quer** fazê-lo. As Secções 2 e 3 fornecem informações sobre como rescindir a sua adesão voluntariamente.
- Existem também situações limitadas em que somos obrigados a encerrar a sua adesão. A secção 5 informa sobre situações em que temos de encerrar a sua associação.

Se vai deixar o nosso plano, o nosso plano tem de continuar a fornecer os seus cuidados médicos e medicamentos com receita médica e o associado irá continuar a pagar a partilha de custos até ao fim da adesão.

SECÇÃO 2 Quando pode encerrar a sua associação ao nosso plano?

Secção 2.1 Pode terminar a sua associação durante o Período Anual de Inscrição

Pode terminar a sua associação no nosso plano durante o **Período Anual de Inscrição** (também conhecido como o “Período Anual de Inscrição Aberto”). Durante este período, reveja a sua cobertura de saúde e medicamentos e decida sobre a cobertura para o próximo ano.

- **O Período de Inscrição Anual** é de **15 de outubro a 7 de dezembro**.
- **O associado pode optar por manter a sua cobertura atual ou fazer alterações à sua cobertura para o próximo ano.** Se decidir mudar para um novo plano, pode escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos:
  - Outro plano de saúde Medicare, com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
  - Original Medicare **com** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.
  - Original Medicare **sem** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

- Se escolher esta opção, a Medicare pode inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não aderir à inscrição automática.

Nota: Se desistir da cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável durante 63 dias ou mais, poderá ter de pagar uma penalidade de inscrição tardia na Parte D, se aderir posteriormente a um plano de medicamentos do Medicare.

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

Secção 2.2 Pode terminar a sua associação durante o Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage

Tem a oportunidade de fazer **uma** alteração à sua cobertura de saúde durante o **Período de Inscrição Aberta do Medicare Advantage.**

- **O Período de Inscrição Aberta anual do Medicare Advantage** é de 1 de janeiro a 31 de março.
- **Durante Período de Inscrição Anual do Medicare Advantage pode:**
  - Mudar para outro Plano Medicare Advantage com ou sem cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.
  - Cancelar a inscrição no nosso plano e obter cobertura por meio do Original Medicare. Se 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 2.3 Em certas situações, pode terminar a sua associação durante um Período de Inscrição Especial

Em determinadas situações, os associados do **CCA Medicare Value** podem ser elegíveis para rescindir a adesão em outros momentos 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 tem MassHealth (Medicaid).
- Se for elegível para “Ajuda Extra” para o pagamento das suas receitas do Medicare.
- Se violarmos o nosso contrato consigo.
- Se estiver a receber cuidados numa instituição, tal como um lar de idosos ou um hospital de cuidados prolongados (LTC).
- Se se inscrever no Programa de Cuidados Integrados para Idosos (PACE).

Nota: se estiver num programa de gestão de medicamentos, talvez não consiga mudar de plano. O Capítulo 5, Secção 10, fornece mais informações sobre os programas de gestão de medicamentos.

Os períodos de inscrição variam dependendo da sua situação.

Para saber se é elegível para um Período de Inscrição Especial, telefone para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Se 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.
- Original Medicare **com** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

OU

- – **ou** – Original Medicare **sem** um plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare separado.

  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.

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

Se receber "Ajuda Extra" do Medicare para pagar pelos seus medicamentos sujeitos a receita médica: Se mudar para o Medicare Original e não se inscrever num plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado pela inscrição automática.

Secção 2.4 Onde é que pode obter mais informações sobre quando pode terminar a sua associação?

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

- **Telefone para o Serviço de Atendimento a Associados**.
- Pode encontrar as informações no manual **O Medicare e Você – 2023**.
- Contacte o **Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECÇÃO 3 Como encerra a sua associação ao nosso plano?

A tabela abaixo explica como deve encerrar a sua associação ao nosso plano.

Se pretende de mudar do nosso plano para:	Deve fazer o seguinte:
• Outro plano de saúde do Medicare.	• Inscreva-se no novo plano de saúde Medicare. • A sua inscrição no CCA Medicare Value será automaticamente anulada quando começar a cobertura do novo plano.
• Original Medicare **com** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.	• Inscreva-se no novo plano de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare. • A sua inscrição no CCA Medicare Value será automaticamente anulada quando começar a cobertura do novo plano.

Se pretende de mudar do nosso plano para:	Deve fazer o seguinte:
• Original Medicare **sem** um plano separado de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.	• **Envie-nos um pedido por escrito para cancelar a inscrição** Contacte os Serviços de Atendimento a Associados se precisar de mais informações sobre como o fazer. • Também pode entrar em contacto com o **Medicare**, pelo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana, e solicitar o cancelamento. Os utilizadores de TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. • A sua inscrição no CCA Medicare Value será anulada quando a sua cobertura no Original Medicare começar.

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

Até que a sua adesão termine e a sua nova cobertura Medicare comece, tem de continuar a obter os seus cuidados médicos e medicamentos sujeitos a receita médica através do nosso plano.

- **Continue a utilizar os nossos prestadores da rede para receber cuidados médicos.**
- **Continue a utilizar as nossas farmácias da rede ou encomenda por correio para aviar as suas receitas**
- **Se for hospitalizado no dia em que a sua associação terminar, o seu internamento será coberto pelo nosso plano até receber alta** (mesmo que receba alta após o início da nova cobertura).

SECÇÃO 5 O CCA Medicare Value tem de rescindir a sua adesão no plano em determinadas circunstâncias

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

O CCA Medicare Value tem de rescindir a sua adesão no plano se acontecer qualquer uma das seguintes situações:

- Se já não tiver o Medicare Parte A e Parte B.
- Se se mudar para fora da nossa área de serviço.
- Se estiver fora da nossa área de serviço por mais de seis meses.
    - Caso se mude ou fizer uma viagem longa, telefone para o Serviço de Apoio a Associados para saber se o local para o qual se vai mudar ou viajar está dentro da área do nosso plano.
- Se for preso (for para a prisão).
- Se já não for um cidadão dos Estados Unidos ou não tiver residência legal nos Estados Unidos.
- Se mentir ou omitir informações sobre outro seguro que tenha que forneça cobertura para medicamentos sujeitos a receita médica.
- Se nos fornecer informações incorretas intencionalmente ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade relativamente ao nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se continuamente se comportar de maneira perturbadora e tornar difícil que lhe forneçamos cuidados médicos e outros membros do nosso plano. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
- Se permitir que outra pessoa use o seu cartão de associado para obter cuidados médicos. (Não podemos fazê-lo sair do nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos permissão do Medicare primeiro.)
    - Se encerrarmos a sua associação por este motivo, o Inspetor Geral do Medicare poderá investigar o seu caso.
- Se não pagar os prémios do plano durante 3 meses
    - Temos de o notificar por escrito que tem 3 meses para pagar o prémio do plano antes de terminarmos a sua associação.

- Se for obrigado a pagar o montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos e não o pagar, o Medicare irá cancelar a sua inscrição no nosso plano e perderá a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica.

Onde pode conseguir mais informações?

Se tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre quando podemos rescindir a sua adesão, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

Secção 5.2 Nós não podemos pedir-lhe que saia do nosso plano por qualquer motivo relacionado com a saúde

O CCA Medicare Value não pode pedir-lhe para sair do nosso plano por nenhum 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 associação.

CAPÍTULO 11:
Avisos legais

SECÇÃO 1 Aviso sobre a lei aplicável

A principal lei que se aplica a esta **Prova de Cobertura** é o Artigo XVIII do Social Security Act (Lei da Segurança Social) e os regulamentos criados ao abrigo da Lei da Segurança Social pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid, ou CMS. Além disso, outras leis federais podem ser aplicadas e, sob certas circunstâncias, também as leis do estado em que vive. Isto pode afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo se as leis não estiverem incluídas ou explicadas neste documento.

SECÇÃO 2 Aviso sobre não discriminação

Não discriminamos com base na raça, etnia, origem nacional, cor, religião, sexo, sexo, idade, orientação sexual, deficiência mental ou física, estado de saúde, experiência de reclamações, histórico clínico, informação genética, prova de segurabilidade, ou localização geográfica dentro da área de serviço. Todas as organizações que fornecem Planos Medicare, como o nosso plano, têm de obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964, a Lei de Reabilitação de 1973, a Lei da Discriminação em função da Idade de 1975, a Lei dos Americanos com Deficiência, a Secção 1557 da Lei dos Cuidados Acessíveis, todas as outras leis que se aplicam a organizações que obtêm financiamento federal, e quaisquer outras leis e regras que se aplicam por qualquer outro motivo.

A Commonwealth Care Alliance, Inc.® cumpre as leis federais aplicáveis relativas a direitos civis e não discrimina com base em, nem exclui pessoas nem as trata de forma diferente por causa de condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajudas e serviços gratuitos a pessoas com deficiência para comunicar connosco de forma eficaz, tais 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 mental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, pode apresentar uma reclamação junto de:

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

Você pode registar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma reclamação, o Coordenador de Direitos Civis (Civil Rights Coordinator) estará disponível para o ajudar.

Também pode apresentar uma queixa de direitos civis no Serviço de Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights), pelo portal eletrónico, Portal de Reclamações do Serviço de Direitos Civis (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponível em: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por e-mail ou telefone em:

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

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

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

SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de sub-rogação do Pagador Secundário do Medicare

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos do Medicare para os quais o Medicare não é o pagador principal. De acordo com os regulamentos da CMS artigo 42 CFR secções 422.108 e 423.462, o CCA Medicare Value, como uma organização Medicare Advantage, irá exercer os mesmos direitos de recuperação que o Secretário exerce ao abrigo dos regulamentos da CMS nas subpartes B até D da parte 411 do artigo 42 CFR e as regras estabelecidas nesta secção substituem quaisquer leis estaduais.

SECÇÃO 4 Nova tecnologia

Iremos rever regularmente novos procedimentos, dispositivos, tratamentos e medicamentos para determinar se são seguros e eficazes para os membros. Novas tecnologias consideradas seguras e eficazes são elegíveis para se tornarem Serviços Cobertos. Se a tecnologia se tornar num Serviço Coberto, estará sujeita a todos os outros termos e condições do plano, incluindo necessidade médica e qualquer copagamento, cosseguro, franquia ou outras contribuições de pagamento aplicáveis.

Qualquer dispositivo, tratamento médico, medicamento, produto ou procedimento cuja segurança e eficácia não tenham sido estabelecidas e comprovadas é considerado experimental, investigacional ou não comprovado. As terapias investigacionais ou não comprovadas não são medicamente necessários e estão excluídos da cobertura, a menos que sejam explicitamente cobertos pelo Medicare ou pelos documentos do plano do CCA.

Quando determinamos se cobriremos novas tecnologias no caso de um membro devido a circunstâncias clínicas únicas, ou porque todas as outras opções de tratamento foram esgotadas, e há razão para acreditar que a intervenção solicitada será bem-sucedida, um dos nossos Diretores Médicos faz uma determinação da necessidade médica com base na documentação médica do membro, revendo evidências em publicações científicas e, quando apropriado, consultando um profissional com especialidade relevante ou experiência profissional relevantes.

SECÇÃO 5 Informações a pedido

Como membro do plano, tem o direito de solicitar informações sobre o seguinte:

- Informações gerais de cobertura e do plano comparativo
- Procedimentos de controlo de utilização
- Programas de melhoria da qualidade
- Dados estatísticos sobre queixas e recursos
- A condição financeira da Commonwealth Care Alliance, Inc. ou de uma das suas afiliadas

CAPÍTULO 12:
Definições de palavras importantes

Centro Cirúrgico Ambulatorial – o Centro Cirúrgico Ambulatorial é uma entidade que atua exclusivamente com a finalidade de fornecer atendimento cirúrgico ambulatorial a pacientes que não necessitem de internamento e cuja permanência prevista no centro não ultrapasse 24 horas.

Período de Inscrição Anual – O período de 15 de outubro a 7 de dezembro de cada ano, quando os associados podem mudar os seus planos de saúde ou de medicamentos ou mudar para o Original Medicare.

Recurso – Um recurso é uma ação que 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.

Faturação de saldos – Quando um prestador (como um médico ou hospital) fatura a um doente mais do que o montante de partilha de custos permitido pelo plano. Como associado do CCA Medicare Value, apenas tem de pagar os montantes de partilha de custos do nosso plano quando obtém os serviços cobertos pelo nosso plano. Não permitimos que os prestadores “faturem saldos” ou de outra forma lhe cobrem mais do que o montante da partilha de custos do seu plano estipula.

Período de benefício – A forma como o nosso plano e o Medicare Original medem a sua utilização de serviços hospitalares e de enfermaria especializada (EE). O período de benefício começa no dia em que 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.

Medicamento de marca – Um medicamento sujeito a receita médica que é fabricado e vendido pela empresa farmacêutica que originalmente investigou e desenvolveu o medicamento. Os medicamentos de marca têm na fórmula o mesmo princípio ativo que a versão genérica do medicamento. No entanto, os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outros fabricantes de medicamentos e geralmente não estão disponíveis até que a patente do medicamento de marca tenha expirado.

Equipa de cuidados – Uma equipa que pode ser constituída pelo seu PCP, uma enfermeira médica, uma enfermeira registada, um assistente médico, ou/e um Coordenador de Serviços de Apoio Geriátrico (Geriatric Support Services Coordinator, GSSC) que são responsáveis pela coordenação de todos os seus cuidados médicos.

"Coordenar" os seus serviços inclui verificar consigo ou consultá-lo e a outros prestadores do plano sobre os seus cuidados e como estão a correr. Consulte o Capítulo 3, Secção 2.1 para obter informações sobre a equipa de atendimento.

Fase de Cobertura Catastrófica – A fase na Parte D do Benefício de Medicamentos em que paga um copagamento ou um cosseguro baixo pelos seus medicamentos, após você, ou outras partes qualificadas, em seu nome, terem despendido $7,400 em medicamentos cobertos durante o ano de cobertura.

Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Serviços Medicare e Medicaid) (CMS) – a agência federal que administra o Medicare.

Cosseguro – Um montante que pode ter de pagar, expresso em percentagem (por exemplo, 20%), como a sua parte do custo por serviços ou medicamentos sujeitos a receita médica, depois de pagar quaisquer franquias.

Montante combinado máximo que paga do seu bolso – Este é o máximo que pagará num ano por todos os serviços tanto de prestadores da rede (preferenciais) como de prestadores fora da rede (não preferenciais).

Trabalhador Comunitário de Saúde – o Community Health Worker (CHW) ajuda os associados a gerir os seus determinantes sociais de saúde (Social Determinants of Health, (SDH)), identificando e ligando os associados a serviços e recursos dentro das suas próprias comunidades; com uma abordagem centrada nos associados que visa tanto melhorar a saúde dos associados como fortalecer a sua independência. O SDH inclui, entre outras possibilidades, habitação, assistência pública (SNAP, SSI Cash Assistance), programas diários, ajuda para combustível e MassHealth.

Reclamação – A expressão formal para "fazer uma reclamação" 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.

Copagamento – Um montante que poderá ter de pagar como parte do custo de um serviço ou provisão médica, como uma consulta médica, uma consulta externa ao

hospital, ou um medicamento receitado. Um copagamento é um montante definido (por exemplo, $10), em vez de uma percentagem.

Partilha de custos – A partilha de custos refere-se aos montantes que um associado tem de pagar quando recebe os serviços ou medicamentos. A partilha de custos inclui qualquer combinação dos três tipos de pagamentos seguintes: (1) qualquer montante de franquia que um plano possa impor antes dos serviços ou medicamentos estarem cobertos; (2) qualquer montante fixo de "copagamento" que um plano exija quando se recebe um serviço ou medicamento específico; ou (3) qualquer montante de "cosseguro", uma percentagem do montante total pago por um serviço ou medicamento, que um plano exija quando se recebe um serviço ou medicamento específico.

Escalão de partilha de custos – Todos os medicamentos na lista de medicamentos cobertos encontram-se num dos 5 escalões. Em geral, quanto mais alto for o nível de partilha de custos, mais elevado é o custo do medicamento.

Determinação da Cobertura – Uma decisão sobre se um medicamento sujeito a receita médica está coberto pelo plano e o valor, se houver, que tem de pagar pela receita. Em geral, se apresentar a sua receita a uma farmácia e declarar que a receita não está coberta pelo seu plano, não se trata de uma determinação de cobertura. 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 utilizamos nesta EOC para designar todos os serviços e materiais de saúde que são cobertos pelo nosso plano.

Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica creditável – Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica (por exemplo, de um empregador ou sindicato) que tem de pagar, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica padrão do Medicare. As pessoas que tenham este tipo de cobertura quando se tornam elegíveis para o Medicare podem manter esta cobertura sem pagar multa, se decidirem inscrever-se na cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare posteriormente.

Cuidados de custódia – os cuidados de custódia são os cuidados pessoais prestados num lar de idosos, numa unidade de cuidados paliativos ou noutra instalação quando não precisar de cuidados médicos qualificados ou cuidados em enfermaria

especializada. O cuidado de custódia, prestado por pessoas que não possuem qualificação profissional ou formação, inclui ajuda nas atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se ou levantar da cama, sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, movimentar-se e usar a casa de banho. Também pode incluir o tipo de cuidados de saúde que a maioria das pessoas realizam sozinhas, como o uso de colírios. O Medicare não paga por cuidados de custódia.

Taxa diária de partilha de custos – Poderá aplicar-se uma "taxa diária de partilha de custos" quando o seu prestador de cuidados de saúde lhe receitar menos de um mês completo de fornecimento de certos medicamentos e for obrigado a pagar um copagamento. Uma taxa diária de partilha de custos é o copagamento dividido pelo número de dias num mês de fornecimento. Eis um exemplo: Se o seu copagamento for de $30 para um fornecimento de um mês de um medicamento, e se um fornecimento de um mês no seu plano for de 30 dias, então a sua "taxa diária de partilha de custos" é de $1 por dia.

Franquia – O montante que tem de pagar por cuidados de saúde ou receitas antes de o nosso plano pagar.

Cancelar a associação ou **cancelamento da associação** – o processo de encerramento da sua associação ao nosso plano.

Taxa de dispensa – Uma taxa cobrada sempre que um medicamento coberto for dispensado para pagar o custo de aviar uma receita, como o tempo do farmacêutico para preparar e embalar a receita.

Equipamento Médico Durável (DME) – determinados equipamentos médicos solicitados pelo seu prestador de cuidados de saúde por motivos médicos. Os exemplos incluem andarilhos, cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, produtos para diabéticos, bombas de perfusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamentos de oxigénio, nebulizadores ou camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso em casa.

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

Cuidados de emergência – serviços cobertos que são: (1) fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência; e (2) necessários para tratar, avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência.

Evidência de Cobertura (EC) e Informações de Divulgação – Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos, cláusulas adicionais ou outra cobertura opcional selecionada, que explicam a sua cobertura, o que temos de fazer, os seus direitos e o que 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 fornecer-lhe uma lista de cuidados paliativos na sua área geográfica. Se escolher cuidados paliativos e continuar a pagar os prémios, continua a ser membro do nosso plano. Poderá continuar

a receber todos os serviços médicos necessários, bem como os benefícios complementares que oferecemos.

Internamento Hospitalar – Uma internamento hospitalar quando tiver sido formalmente admitido no hospital para serviços médicos qualificados. Mesmo que fique no hospital durante a noite, poderá ainda assim ser considerado um paciente de "ambulatório."

Montante de Ajuste Mensal Relacionado com o Rendimento (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) –Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, tal como consta na sua declaração de IRS de há 2 anos atrás, estiver acima de um determinado montante, pagará o montante de prémio normal e um Montante de Ajuste Mensal Relacionado com o Rendimento, também conhecido como IRMAA. O IRMAA é um encargo extra adicionado ao seu prémio. Menos de 5% das pessoas com Medicare são afetadas, por isso a maioria das pessoas não pagará um prémio mais elevado.

Limite de Cobertura Inicial – O limite máximo de cobertura na Fase de Cobertura Inicial.

Fase de cobertura inicial – Esta é a fase antes de os seus custos totais de medicamentos, incluindo valores que tenha pago e o que o seu plano tenha pago em seu nome para o ano, atingirem $4,660.

Período de Inscrição Inicial – quando o associado é elegível para o Medicare pela primeira vez, o período em que pode inscrever-se no Medicare Parte a e Parte B. Se for elegível para o Medicare ao completar 65 anos, o seu período de inscrição inicial é o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que completa 65 anos, inclui o mês em que completa 65 e termina 3 meses após o mês em que completa 65.

Montante máximo que paga do seu bolso dentro da rede – O máximo que pagará por serviços cobertos recebidos de prestadores da rede (preferenciais). Quando atingir este limite, não terá de pagar nada quando receber serviços cobertos de prestadores da rede durante o resto do ano do contrato. No entanto, até atingir o seu montante total combinado, tem de continuar a pagar a sua parte dos custos quando procura cuidados de um prestador fora da rede (não preferencial).

Lista de medicamentos cobertos (formulário ou "Lista de medicamentos") – Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo plano.

Subsídio de baixo rendimento (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 Medicare Parte D (cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica). Estes planos são chamados **planos Medicare Advantage com cobertura de medicamentos prescritos**.

Programa de descontos durante a ausência de cobertura do Medicare – Um programa que oferece descontos na maioria dos medicamentos de marca da Parte D cobertos aos membros da Parte D que atingiram a fase de ausência de cobertura e que

ainda não estão a receber “Ajuda Extra.” Os descontos são baseados em acordos entre o governo federal e certos fabricantes de medicamentos.

Serviços cobertos pelo Medicare – serviços cobertos pelo Medicare Parte A e Parte B. Todos os planos de saúde Medicare devem cobrir todos os serviços cobertos pelo Medicare Parte A e B. O termo Serviços cobertos pelo Medicare não inclui os benefícios adicionais, como visão, odontologia ou audição, que um plano Medicare Advantage pode oferecer.

Plano de saúde Medicare – Um plano de saúde Medicare é oferecido por uma empresa privada contratada pelo Medicare para fornecer os benefícios da Parte A e da Parte B a pessoas com Medicare que se inscreverem no plano. Este termo inclui todos os planos Medicare Advantage, Planos Medicare Cost, Planos de Necessidades Especiais, Programas de Demonstração/Piloto e Programas de Cuidados Completos para Idosos (PACE).

Cobertura de medicamentos com receita médica do Medicare (Medicare Parte D) – Seguro para ajudar a pagar por medicamentos sujeitos a receita médica para pacientes ambulatoriais, vacinas, produtos biológicos e alguns fornecimentos não cobertos pelo Medicare Parte a ou Parte B.

Política “Medigap” (Seguro de suplemento do Medicare) – Suplemento de seguro Medicare vendido por companhias de seguros privadas para preencher “lacunas” do Original Medicare. As políticas Medigap só funcionam com o Original Medicare. (Um Plano Medicare Advantage não é uma apólice Medigap.)

Associado (associado do nosso plano ou “associado do plano”) – uma pessoa com Medicare que se qualifica para obter os serviços cobertos, inscreveu-se no nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Serviços Medicare e Medicaid, CMS).

Serviço de Atendimento a Membros – Um departamento dentro do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre a sua associação, benefícios, reclamações e recursos.

Farmácia da rede – uma farmácia que estabelece contrato com o nosso plano na qual os associados do nosso plano podem obter os seus benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica. Na maioria dos casos, as suas receitas são cobertas apenas se forem aviadas numa das farmácias da nossa rede.

Prestador da rede – “prestador” é o termo geral para designar médicos, outros profissionais de saúde, hospitais e outras instalações de saúde licenciadas ou

certificadas pelo Medicare e pelo Estado para fornecerem serviços de saúde. Os **"Prestadores 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"

Determinação da organização – uma decisão que o nosso plano faz sobre se determinados itens ou serviços estão cobertos ou quanto o associado tem que pagar pelos itens ou serviços cobertos. As determinações da organização são denominadas "decisões de cobertura" neste documento.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" ou Medicare de "Taxa de serviço") – O Original Medicare é oferecido pelo governo, e não é um plano de saúde privado, como os Planos Medicare Advantage e os planos de medicamentos sujeitos a receita. De acordo com Medicare Original, os serviços do Medicare são cobertos por pagamentos a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde estabelecidos pelo Congresso. Pode consultar qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite o Medicare. Terá de pagar a franquia. O Medicare paga a sua parte do valor aprovado pelo Medicare e você paga a sua parte. O 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.

Custos que paga do seu bolso – Consulte a definição de "partilha de custos" acima. O requisito de partilha de custos de um associado para pagar uma parte dos serviços ou medicamentos recebidos é também referido como o requisito de custos "pagos do bolso" do associado.

Plano PACE – um plano Program Program of All-inclusive Care for the Elderly (Programa de Cuidados Completos para Idosos, PACE) combina serviços médicos, sociais e cuidados continuados para pessoas frágeis, para ajudar as pessoas a permanecerem independentes e a viverem nas suas comunidades (em vez de se

mudarem para um lar de idosos) o maior tempo possível. As pessoas inscritas nos planos PACE recebem os benefícios do Medicare e do Medicaid por meio do plano.

Parte C – consulte “Plano Medicare Advantage (MA).”

Parte D – o programa voluntário de benefícios de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare.

Medicamentos da Parte D – Medicamentos que podem ser cobertos ao abrigo da Parte D. Podemos ou não disponibilizar todos os medicamentos da Parte D. Determinadas categorias de medicamentos foram excluídas como medicamentos cobertos pela Parte D pelo Congresso. Determinadas categorias de medicamentos da Parte D devem ser cobertas por todos os planos.

Multa de inscrição tardia da Parte D – Um valor adicionado ao seu prémio mensal da cobertura de medicamentos do Medicare se ficar sem cobertura creditável (cobertura que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica do Medicare padrão) durante um período contínuo de 63 dias ou mais após se tornar elegível para se inscrever num plano da Parte D.

Plano de Organização de Prestadores Preferenciais (Preferred Provider Organization, PPO) - Um plano de Preferred Provider Organization é um Plano Medicare Advantage que tem uma rede de prestadores contratados que concordaram em tratar os associados do plano por um montante específico como pagamento. Um plano PPO tem de cobrir todos os benefícios do plano, sejam recebidos de prestadores da rede ou de fora da rede. A partilha de custos pelos associados será geralmente mais elevada quando os benefícios do plano são recebidos de prestadores fora da rede. Os planos PPO têm um limite anual para custos que paga do seu bolso, para serviços recebidos de prestadores da rede (preferenciais) e um limite mais elevado para os custos totais combinados que paga do seu bolso para serviços de prestadores na rede (preferenciais) e prestadores de serviços fora da rede (não preferenciais).

Prémio – O pagamento periódico ao Medicare, a uma companhia de seguros, ou a um plano de saúde para cobertura de saúde ou de medicamentos receitados.

Prestador de cuidados primários (PCP) – O médico ou outro prestador a quem recorre primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Em muitos planos de saúde Medicare, 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. Na parte da rede de uma PPO, alguns serviços médicos da rede são cobertos apenas se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver “autorização prévia” do nosso plano. Numa OPP, não é necessária autorização prévia para obter serviços fora da rede. Contudo, poderá querer verificar com o plano antes de obter serviços de prestadores fora da rede para confirmar que o serviço está coberto pelo seu plano e qual é a sua responsabilidade de partilha de custos. Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados na Tabela de Benefícios no Capítulo 4. Os medicamentos cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados no formulário.

Próteses e órteses – dispositivos médicos, incluindo, entre outro, ortóteses para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função corporal interna, incluindo fornecimentos para ostomia e terapêutica de nutrição entérica e parentérica.

Quality Improvement Organization (Organização de Melhoria da Qualidade, QIO) – Um grupo de médicos e outros especialistas em saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar o atendimento prestado aos 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.

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 médico registado.

Período de Inscrição Especial – Um prazo definido quando os associados podem alterar o seu plano de saúde ou de medicamentos ou regressar ao Original Medicare.

As situações em que pode ser elegível para um Período de Inscrição Especial incluem: se se mudar para fora a área de serviço, se receber “Ajuda Extra” com os seus custos de medicamentos sujeitos a receita médica, se se mudar para uma instituição de enfermagem ou se violarmos o nosso contrato consigo.

Plano de necessidades especiais – Um tipo especial de Plano Medicare Advantage que fornece cuidados de saúde sobretudo direcionados para grupos específicos de pessoas, como pessoas que têm Medicare e Medicaid, que residam num lar de idosos ou que tenham certas condições médicas crónicas.

Terapia por etapas – Uma ferramenta de utilização que requer que experimente primeiro outro medicamento para tratar a sua condição médica, antes de cobrirmos o medicamento que o seu médico possa ter prescrito inicialmente.

Supplemental Security Income (Subsídio de Segurança Suplementar, SSI) – Um benefício mensal pago pela Segurança Social a para pessoas com rendimentos e recursos limitados, deficientes, cegas ou com 65 anos ou mais. Os benefícios do SSI não são iguais aos benefícios da Segurança Social.

Serviços de necessidade urgente – serviços cobertos que não são serviços de emergência, prestados quando os prestadores da rede estão temporariamente indisponíveis ou inacessíveis ou quando o inscrito está fora da área de serviço. Por exemplo, precisa de cuidados imediatos durante o fim de semana. os serviços devem ser imediata e medicamente necessários.

CCA Medicare Value Serviço de Atendimento a Associados

Método	Serviço de Atendimento a Membros – Informações de contacto
TELEFONE PARA	**833-346-9222 - As chamadas** para este número são gratuitas **Horário de funcionamento:** 1 de abril a 30 de setembro: das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira e das 8 am às 6 pm, de sábado a domingo. 1 de outubro a 31 de março: das 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. O Serviço de Atendimento a Membros também oferece serviços gratuitos de intérprete.
TTY	711 Rhode Island Relay) As ligações para este número são gratuitas.
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

Rhode Island State Health Assistance Program (Rhode Island SHIP)

O Rhode Island SHIP é um programa estadual que recebe financiamento do governo federal para prestar aconselhamento local gratuito sobre seguros de saúde a pessoas com o Medicare.

Método	Rhode Island State Health Insurance Assistance Program – Informações de Contacto
TELEFONE 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, Building #57, Cranston, RI 02920
SÍTIO WEB	http://www.oha.ri.gov/SHIP/

Declaração de divulgação LRP De acordo com a Lei de Redução de Papel de 1995, ninguém é obrigado a responder a uma recolha de informação a não ser que inclua um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha é 0938-1051. Se tiver comentário ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

© 2022 Commonwealth Care Alliance Rhode Island, LLC