



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **Manual de Membro de 2020**

Manual do Membro do *Neighborhood INTEGRITY*

1 de Janeiro de 2020 - 31 de Dezembro de 2020

A Sua Cobertura de Saúde e Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY Medicare – Plano Medicaid

Introdução ao *Manual do Membro*

Este manual informa-o sobre a sua cobertura com o Neighborhood INTEGRITY até 31 de Dezembro de 2020. Este manual, explica os serviços de saúde, a cobertura de saúde comportamental, a cobertura de medicamentos com prescrição e os serviços a longo prazo e apoio. Os serviços e apoios a longo prazo ajudam-no a ficar em casa em vez de ir a um lar de idosos ou hospital. Os termos-chave e as suas definições aparecem, por ordem alfabética, no último capítulo do *Manual do Membro*.

Isto é um documento legal importante. Por favor guarde-o num lugar seguro.

Este plano do Neighborhood INTEGRITY é oferecido pelo Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island. Quando este *Manual do Membro* mencionar "nós", "nos" ou "nosso", significa Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island. Quando mencionar "o plano" ou "nosso plano", significa Neighborhood INTEGRITY.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-812-6896 (TTY 711) 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tenemos a su disposición servicios de asistencia gratuitos en su idioma. Llame al 1-844-812-6896 (TTY o TDD 711) de lunes a viernes de 8 am a 8 pm, y sábados de 8 am a 12 mediodía. Los sábados por la tarde, domingos y días feriados puede dejar un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se você fala Português, os serviços de assistência com o idioma gratuitos, estão-lhe disponíveis. Ligue para o serviço de Membros no número 1-844-812-6896, usuários TTY (711), das 8 horas às 20 horas, de Segunda a Sexta-feira; 8 horas às 12 horas aos sábados. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, você pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A ligação é gratuita.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Também pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como letras grandes, braille ou áudio. Por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Os utilizadores de TTY devem ligar o 711. A chamada é gratuita.

Você pode pedir para obter este documento e os materiais futuros no seu idioma preferido e/ou formato alternativo ao ligar para os Serviços dos Membros. Isto é chamado de “pedido permanente”. Os Serviços dos Membros irão documentar o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no future no seu idioma e/ou formato preferido. Você pode alterar ou excluir o seu pedido permanente a qualquer momento, basta ligar para os Serviços dos Membros.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY

Índice

Capítulo 1: A iniciar como Membro.....	5
Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes	14
Capítulo 3: Utilizar a cobertura do plano para os seus cuidados de saúde e outros serviços cobertos.....	31
Capítulo 4: Tabela de Benefícios	49
Capítulo 5: Receber os seus medicamentos prescritos ambulatoriamente através do plano	102
Capítulo 6: Quanto paga pelos seus medicamentos prescritos do Medicare e Medicaid?	105
Capítulo 7: Pedir-nos para pagar uma conta que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos... ..	116
Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades	122
Capítulo 9: O que fazer se você tiver um problema ou reclamação	146
Capítulo 10: Terminar a sua adesão no nosso Plano Medicare-Medicaid	200
Capítulo 11: Avisos legais.....	206
Capítulo 12: Definições de palavras importantes	210



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Isenção de Responsabilidade

- ❖ A cobertura do Neighborhood INTEGRITY é uma cobertura de saúde qualificada chamada “cobertura essencial mínima”. Satisfaz os requisitos de responsabilidade compartilhada individual da Lei da Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis (ACA - Patient Protection and Affordable Care Act's). Visite a página do Internal Revenue Service (IRS – Receita Interna Federal) através da página www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações sobre a exigência de responsabilidade compartilhada individual.
- ❖ Se ficar ou tornar-se elegível para assistência e serviços a longo prazo, poderá ter de compartilhar o custo desses serviços. Este montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
- ❖ O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island é um plano de saúde que tem acordo com o Medicare e com o Rhode Island Medicaid proporcionando benefícios de ambos os programas aos membros inscritos.
- ❖ Os Prestadores de fora da rede/não contratados não têm obrigação de tratar os membros do Neighborhood INTEGRITY, exceto em situações de emergência. Por favor, ligue o nosso número de apoio ao cliente ou consulte o seu Manual do Membro para ter mais informações, incluindo a participação de custos que se aplica aos serviços de realizados fora da rede.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 1: A iniciar como Membro

Introdução

Este capítulo inclui informações sobre o Neighborhood INTEGRITY, um plano de saúde que cobre todos os seus serviços do Medicare e do Rhode Island Medicaid e sua adesão neles. Diz-lhe também o que esperar e que outras informações você terá do Neighborhood INTEGRITY. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Bem-vindo ao Neighborhood INTEGRITY	6
B. Informações sobre Medicare e Medicaid.....	6
B1. Medicare	6
B2. Medicaid.....	6
C. Vantagens deste plano	7
D. Área de atendimento do Neighborhood INTEGRITY.....	8
E. O que o torna elegível para ser um membro do plano.....	8
F. O que esperar quando você aderir a um plano de saúde pela primeira vez.....	8
G. O seu plano de cuidados de saúde.....	9
H. Prémio do plano mensal do Neighborhood INTEGRITY	9
I. O Manual do Membro.....	9
J. Outras informações que você receberá da nossa parte	9
J1. O seu Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY.....	9
J2. <i>Diretório de Prestadores e Farmácias</i>	10
J3. <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	11
J4. <i>A Explicação dos Benefícios</i>	12
K. Como manter o seu registo de membro atualizado.....	12
K1. A privacidade das informações pessoais de saúde (PHI)	13



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Bem-vindo ao Neighborhood INTEGRITY

O Neighborhood INTEGRITY é um Plano Medicare-Medicaid. Um plano Medicare-Medicaid é uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços de cuidados de saúde de longo prazo e apoio social, e outros provedores. Este plano também possui Gestores de Cuidados e uma Equipe de Cuidados para ajudá-lo a gerir todos os seus provedores e serviços. Todos trabalham juntos para proporcionar os cuidados que você precisa.

O Neighborhood INTEGRITY foi aprovado pelo Estado de Rhode Island e os Centros de Serviços Medicare & Medicaid (CMS) para providenciar-lhe serviços como parte da Iniciativa Integrada de Cuidados (Integrated Care Initiative).

A Iniciativa Integrada de Cuidados é um programa de demonstração dirigido conjuntamente por Rhode Island e pelo governo federal para fornecer os melhores cuidados de saúde às pessoas que têm ambos os planos: Medicare e Medicaid. Sob esta demonstração, o governo estatal e federal deseja testar novas formas de melhorar a maneira como você recebe os seus serviços de assistência médica do Medicare e Medicaid.

B. Informações sobre Medicare e Medicaid.

B1. Medicare

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

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

B2. Medicaid

O Medicaid é um programa executado pelo governo federal e pelo estado que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados, a pagar por serviços e apoios de longo prazo e custos médicos. Abrange serviços extras e medicamentos não cobertos pelo Medicare. Em Rhode Island, o Medicaid é chamado de Rhode Island Medicaid.

Cada estado decide:

- o que é contabilizado como rendimento e recursos,
- quem se qualifica,
- quais os serviços cobertos, e
- o custo dos serviços.

Desde que sigam as regras federais, os estados podem decidir como executar os seus programas.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O Medicare e Rhode Island devem aprovar Neighborhood INTEGRITY todos os anos. Você pode obter os serviços do Medicare e do Medicaid através do nosso plano, desde que:

- Escolhamos oferecer o plano, e
- Medicare e o estado de Rhode Island aprovem o plano.

Mesmo que, no futuro, o nosso plano deixe de funcionar, a sua elegibilidade para os serviços do Medicare e Medicaid não será afetada.

C. Vantagens deste plano

Agora, você vai ter todos os seus serviços do Medicare e Rhode Island Medicaid cobertos do Neighborhood INTEGRITY, incluindo os medicamentos prescritos. **Você não paga mais para participar neste plano de saúde.**

O Neighborhood INTEGRITY ajudará a fazer com que os seus benefícios do Medicare e Rhode Island Medicaid funcionem melhor juntos e funcionem melhor para si. Algumas das vantagens incluem:

- Você conseguirá trabalhar com **um** plano de saúde para **todas** as suas necessidades de seguro de saúde.
- Você terá uma Equipe de Cuidadores que ajudou a construir. A sua Equipe de Cuidadores pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para ajudá-lo a obter os cuidados que necessita.
- Você pode ter um Gestor de Cuidados. Este é uma pessoa que trabalha consigo, com o Neighborhood INTEGRITY e com seus prestadores para garantir que recebe os cuidados que precisa.
- Você conseguirá gerir seus próprios cuidados com a ajuda de sua Equipe de Cuidadores e o Gestor de Cuidados.
- A Equipe de Cuidadores e o Gestor de Cuidados irão trabalhar consigo para encontrarem um plano de cuidados, especificamente concebido para satisfazer suas necessidades de saúde. A Equipe de Cuidadores ficará responsável de coordenar os serviços que você precisar. Isto significa, por exemplo:
 - A sua Equipe de Cuidadores irá assegurar-se que os seus prestadores conhecem todos os medicamentos que você está a tomar, com o objetivo de reduzir os efeitos secundários.
 - A sua Equipe de Cuidadores irá assegurar-se que os resultados das suas análises são partilhados com todos os seus médicos e outros prestadores.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Área de atendimento do Neighborhood INTEGRITY

A nossa área de atendimento é no Estado de Rhode Island.

Apenas as pessoas que vivem na nossa área de atendimento podem aderir ao Neighborhood INTEGRITY.

Se você for para fora de Rhode Island, não poderá permanecer neste plano. Consulte o Capítulo 8, Seção J, para obter mais informações sobre as consequências de sair da nossa área de atendimento.

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

Você é elegível para o nosso plano desde que:

- viva na nossa área de atendimento, **e**
- tenha ambos os planos (Medicare Parte A e Medicare Parte B), e seja elegível para a Parte D, **e**
- seja cidadão dos Estados Unidos ou está legalmente presente nos Estados Unidos, **e**
- seja elegível para o Rhode Island Medicaid.

F. O que esperar quando você aderir a um plano de saúde pela primeira vez

Ao aderir ao plano, pela primeira vez, você receberá uma avaliação nos primeiros 180 dias.

Um membro da nossa Equipe de Gestão de Cuidados entrará em contacto consigo, por telefone, para completar essa avaliação. Com base nas suas necessidades, você poderá receber uma avaliação mais abrangente dentro de 45 dias, a partir da data efetiva da sua inscrição. A avaliação abrangente irá analisar de forma mais profunda as suas necessidades, recursos e os serviços que possa precisar.

Se o Neighborhood INTEGRITY for novo para si, poderá continuar a consultar/ver os prestadores quem tem atualmente, durante 180 dias.

Após 180 dias, você terá de ver os médicos e outros prestadores da rede do Neighborhood INTEGRITY. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Consulte o Capítulo 3, Seção D, para mais informações sobre como obter cuidados de saúde.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. O seu plano de cuidados de saúde

O seu plano de cuidados de saúde é o plano que identifica quais os serviços de saúde que irá receber e como irá obtê-los.

Após sua avaliação, a sua Equipa de Cuidadores irá encontrar-se consigo para conversar sobre os serviços de saúde que você precisa e deseja. Juntos, você e a sua Equipa de Cuidadores irá construir o seu plano de cuidados.

Todos os anos, caso os serviços de saúde que você precisa e deseja se alterem, a sua Equipa de Cuidadores trabalhará consigo para atualizar o seu plano de cuidados.

H. Prémio mensal do plano do Neighborhood INTEGRITY

O Neighborhood INTEGRITY não tem um prémio mensal do plano.

I. O *Manual do Membro*

Este *Manual do Membro* faz parte do nosso contrato consigo. Isto significa que temos de seguir todas as regras neste documento. Se achar que fizemos algo contra estas regras, poderá recorrer ou contestar a nossa ação. Para ter informações sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9, Secção 4, ou ligue para o número 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227).

Você pode solicitar um *Manual do Membro*, ligando para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Também pode consultar o *Manual do Membro* em www.nhpri.org/INTEGRITY ou descarregar o documento.

O contrato está em vigor nos meses em que você está inscrito no Neighborhood INTEGRITY.

J. Outras informações que você receberá da nossa parte

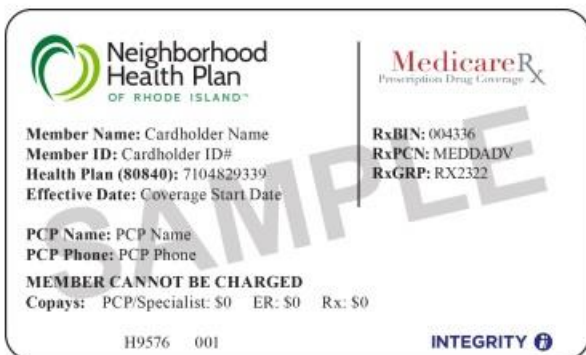
Você já deve ter recebido um Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY, informações sobre como aceder ao *Diretório de Prestadores e de Farmácias*, uma Lista de Equipamento Médico Durável e informações sobre como aceder à *Lista de Medicamentos Cobertos*.

J1. O seu Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY

De acordo com o nosso plano, você terá um cartão para os seus serviços Medicare e Rhode Island Medicaid, incluindo serviços de longo prazo e apoio social e prescrições. Você deve mostrar este cartão quando receber quaisquer serviços ou prescrições. Aqui está um exemplo de cartão para que você tenha uma ideia de como mostrar como será o seu:



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Se o seu cartão for danificado, perdido ou roubado, ligue, imediatamente, para os Serviços dos Membros e nós iremos enviar-lhe um novo cartão.

Desde que seja um membro do nosso plano, não irá precisar usar o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul ou seu cartão Rhode Island Medicaid para obter serviços. Guarde o seu cartão Medicare num lugar seguro, em caso de precisá-lo mais tarde. **Você ainda precisará usar o seu cartão Rhode Island Medicaid para serviços odontológico e transporte.** Se mostrar o seu cartão Medicare em vez do seu Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY, o prestador pode cobrar ao Medicare em vez de cobrar ao nosso plano, e você poderá receber uma fatura. Consulte o Capítulo 7, Secção A, para ver o que fazer se você receber uma fatura de um prestador.

12. Diretório de Prestadores e de Farmácias

O *Diretório de Prestadores e de Farmácias* indica os provedores e as farmácias que fazem parte da rede do Neighborhood INTEGRITY. Enquanto você for um membro do nosso plano, você deve utilizar os prestadores da rede para obter serviços cobertos. Existem algumas exceções quando adere ao nosso plano pela primeira vez (ver página 31).

Você pode pedir um *Diretório de Prestadores e de Farmácias* ao ligar para os Serviços dos Membros através do número de telefone 1-844-8126896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Também pode consultar o *Diretório de Prestadores e de Farmácias* em www.nhpri.org/INTEGRITY ou descarregar o documento da página.

O Diretório de Prestadores e de Farmácias fornece uma lista de profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros e psicólogos), instalações (como hospitais ou clínicas) e prestadores de apoio (como prestadores de serviços de saúde para adultos e saúde ao domicílio) que pode ver como membro do Neighborhood INTEGRITY. Este diretório também indica as farmácias que um Membro pode utilizar para obter medicamentos prescritos.

O *Diretório de Prestadores e de Farmácias* contém endereços e informações de contacto, bem como outros detalhes como horário de funcionamento, especialidades e qualificações de todos os provedores e farmácias da rede do Neighborhood INTEGRITY.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Definição de prestadores da rede

- Os prestadores da rede do Neighborhood INTEGRITY incluem:
 - Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que você pode consultar como membro de nosso plano;
 - Clínicas, hospitais, instalações de enfermagem, instalações para adultos e assistência à autonomia no domicílio e outros locais que prestam serviços de saúde ao nosso plano; e
 - Agências de saúde domiciliar, fornecedores de equipamentos médicos duráveis, e outros que fornecem bens e serviços que você recebe através do Medicare e do Rhode Island Medicaid.

Os prestadores da rede concordaram em aceitar o pagamento do nosso plano de serviços cobertos como pagamento integral. Se você for ou tornar-se elegível para assistência e serviços de longo prazo e apoio social, pode ter de pagar parte dos custos desses serviços. Este montante é determinado pelo Rhode Island.

Definição de farmácias da rede

- As farmácias da rede são farmácias (lojas de medicamentos) que concordaram em reabastecer as receitas dos nossos membros do plano. Use o *Diretório de Prestadores e de Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que deseja utilizar.
- Exceto em caso de emergência, você deve reabastecer as suas prescrições numa das nossas farmácias da rede se quiser que o nosso plano o ajude a pagar por elas.

Para mais informações, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Ambos os Serviços dos Membros e a página do Neighborhood INTEGRITY podem dar-lhe as informações mais atualizadas sobre as alterações na nossa rede de prestadores e farmácias.

Lista de Equipamento Médico Durável (DME)

Com este *Manual do Membro*, enviamos-lhe a Lista de Equipamento Médico Durável do Neighborhood INTEGRITY. Esta lista indica as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente das marcas, dos fabricantes e fornecedores também está disponível na nossa página www.nhpri.org/INTEGRITY. Para saber mais sobre os DME, consulte o Capítulo 4.

J3. Lista de Medicamentos Cobertos

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Como forma de abreviar, chamamos esta lista de “Lista de Medicamentos”. Indica quais os medicamentos prescritos são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

A Lista de Medicamentos também informa se existem regras ou restrições sobre quaisquer medicamentos, como um limite do valor que você pode conseguir. Para mais informações sobre



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

estas regras e restrições, consulte o Capítulo 5, Seção C.

A cada ano, enviaremos informações sobre como aceder à Lista de Medicamentos, mas algumas alterações podem ocorrer, durante o ano. Para obter as informações mais atualizadas sobre os medicamentos que são cobertos, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY ou ligue para o número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado.

J4. A Explicação dos Benefícios

Quando você usar seus benefícios de medicamentos de prescrição da Parte D, nós iremos enviar-lhe um relatório resumido para ajudá-lo a compreender e acompanhar os pagamentos dos seus medicamentos prescritos da Parte D. Este relatório resumido é chamado de *Explicação de Benefícios* (ou EOB).

A *Explicação de Benefícios* informa-o do montante total que você, ou outros em seu nome, tem usado nos seus medicamentos de prescrição da Parte D, e o valor total que nós pagamos por cada um dos seus medicamentos de prescrição Parte D, durante o mês. O Capítulo 6, Seção A, fornece mais informações sobre a *Explicação de Benefícios* e como pode ajudá-lo a acompanhar a sua cobertura de medicamentos.

Uma *Explicação dos Benefícios* também está disponível quando você pedir uma. Para pedir uma cópia, por favor, entre em contacto com os Serviços dos Membros.

Você tem a opção de receber a sua Explicação de Benefícios da Parte D eletronicamente. A versão eletrônica fornece as mesmas informações e no mesmo formato do documento em papel da Explicação dos Benefícios que recebe hoje. Para começar a receber uma Explicação dos Benefícios eletrônica, vá até à página www.caremark.com ou ligue para os Serviços dos Membros para se registar. Irá receber uma notificação por email quando tiver uma nova Explicação dos Benefícios para visualizar. Tenha certeza que guarda esses relatórios. São importantes registos das suas despesas de medicamentos.

K. Como manter o seu registo de membro atualizado

Você pode manter o seu registo de membro atualizado comunicando-nos sempre que as suas informações forem alteradas.

Os prestadores e as farmácias da rede do plano precisam ter a informação correta sobre si. **Eles usam o seu registo de membro para saber quais serviços e medicamentos você está a receber e quanto vai custar.** Por estes motivos, é muito importante que nos ajude a manter as suas informações atualizadas.

Informe-nos do seguinte:

- Alterações no seu nome, no seu endereço ou no seu número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde, como do empregador, do seu cônjuge ou da remuneração dos trabalhadores



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Quaisquer reclamações de responsabilidade, tais como indenizações de um acidente de automóvel
- Admissão num lar de idosos ou hospital
- Cuidados num hospital ou numa sala de emergência que esteja fora da área ou fora da rede
- Alterações de quem é o seu cuidador (ou alguém responsável por si)
- Você faz parte ou vai fazer parte de um estudo de pesquisa clínica

Se qualquer informação se alterar, por favor, informe-nos ligando para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 08h às 12h, ao sábado.

K1. A privacidade das informações pessoais de saúde (PHI).

As informações no seu registo de membro podem incluir informações pessoais de saúde (PHI). As leis exigem que mantenhamos as suas informações pessoais de saúde (PHI) privadas. Garantimos que as suas PHI estão protegidas. Para mais informações sobre como protegemos as suas PHI, consulte o Capítulo 8, Secção C1.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

Este capítulo dá-lhe informações de contacto sobre recursos importantes que podem ajudá-lo a responder às suas perguntas sobre o Neighborhood INTEGRITY e seus benefícios de cuidados de saúde. Você também pode utilizar este capítulo para conseguir informações sobre como contactar o seu coordenador de saúde e com outras pessoas que podem advogar em seu nome. Os termos-chave e as suas definições aparecem, por ordem alfabética, no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Como contactar os Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY.....	16
A1. Quando contactar os Serviços dos Membros.....	16
B. Como contactar o seu Gestor de Cuidados	19
B1. Quando contactar o seu Gestor de Cuidados.....	19
C. Como contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem	20
C1. Quando contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem.....	20
D. Como contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental	21
D1. Quando contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental.....	21
E. Como contactar o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP).....	22
E1. Quando falar com um conselheiro do SHIP	22
F. Como contactar a Organização de Melhoria de Qualidade (QIO)	23
F1. Quando contactar a KEPRO.....	23
G. Como contactar o Medicare	24
H. Como contactar o Rhode Island Medicaid.....	25
I. Como entrar em contato com o Defensor de Cuidados de Saúde RIPIN	26



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J. Como contactar a Aliança para Melhoria de Cuidados Continuados	26
K. Outros recursos	28



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Como contactar os Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY

TELEFONAR	1-844-812-6896 - Esta chamada é gratuita. Das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h (meio-dia), ao sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam Inglês.
TTY	711 - Esta chamada é gratuita. Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para ligar para este número. Das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h (meio-dia), ao sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island Attn: Member Services 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
PÁGINA NA INTERNET	http://www.nhpri.org/INTEGRITY

A1. Quando contactar os Serviços dos Membros

- Perguntas sobre o plano
- Perguntas sobre reclamações, facturamento ou Cartões de Identificação dos Membros
- Decisões de cobertura relativas aos seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados de saúde é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e serviços cobertos, **ou**
 - o montante que vamos pagar pelos seus serviços de saúde.
 - Se tiver dúvidas sobre uma decisão de cobertura sobre os cuidados de saúde, ligue-nos.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, Secção 4.
- Recursos sobre os seus cuidados de saúde
 - Um recurso é uma maneira formal de pedir-nos para rever uma decisão de cobertura que tomámos e solicitar-nos que seja alterada, no caso de achar que cometemos um erro.
 - Para saber mais sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9, Secção 4.
- Reclamações relativo a seu cuidado de saúde
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou qualquer prestador (incluindo um prestador da rede ou fora da rede). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Você pode também fazer-nos uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados que você recebeu ou à Organização de Melhoria da Qualidade (veja a Secção F).
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura dos seus cuidados de saúde, você pode fazer um recurso (Veja a Secção acima).
 - Você pode enviar uma reclamação sobre o Neighborhood INTEGRITY diretamente para o Medicare. Pode usar um formulário on-line na página <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Ou pode ligar para o número 1800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para saber mais sobre como fazer uma reclamação sobre os seus cuidados de saúde, consulte o Capítulo 9, Secção 10.
- Decisões de cobertura sobre os seus medicamentos
 - Uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos é uma decisão sobre:
 - os seus benefícios e medicamentos, ou
 - o montante que pagaremos pelos seus medicamentos.
 - Isto aplica-se à sua Parte D de medicamentos, aos medicamentos com receita médica do Rhode Island Medicaid e aos medicamentos de venda livre do Rhode Island Medicaid.
 - Para mais informações sobre decisões de cobertura sobre os seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, Secção 5 e 6.
- Recursos sobre os seus medicamentos
 - Um recurso é uma maneira de nos pedir para alterar uma decisão de cobertura.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Pode solicitar um recurso para os medicamentos sujeitos a receita médica do Medicaid ou Parte D, ao ligar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; Das 8h às 12h ao sábado. Os medicamentos que não fazem parte dos medicamentos da Parte D são codificados como "**DP**" na nossa Lista de Medicamentos; estes são medicamentos de Medicaid.
- Para obter mais informações sobre como fazer um recurso sobre os seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, Secção 5 e 6.
- Reclamações sobre seus medicamentos
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou qualquer farmácia. Isso inclui uma queixa sobre seus medicamentos de prescrição. (Veja a secção acima.)
 - Você pode enviar uma reclamação sobre o Neighborhood INTEGRITY diretamente à Medicare. Pode usar um formulário on-line na página <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Ou pode ligar para o número 1800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para mais informações sobre como fazer uma reclamação sobre os seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, Secção 10.
- Pagamento de cuidados de saúde ou medicamentos que você já pagou
 - Para mais informações sobre como nos pedir um reembolso, ou de pagar uma conta que você recebeu, veja o Capítulo 7, Secção A.
 - Se nos pedir para pagar uma conta e negarmos qualquer parte de seu pedido, você pode recorrer da nossa decisão. Consulte o capítulo 9, Secção 5.5 para mais informações sobre recursos.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B. Como contactar o seu Gestor de Cuidados

Um Gestor de Cuidados é um clínico licenciado (uma enfermeira registrada - RN) ou uma assistente social) que o ajuda a gerir todos os seus prestadores e serviços. Ele ou ela irá trabalhar com a sua Equipa de Cuidados para garantir que recebe os cuidados que precisa. Se escolher, pode ter um Gestor de Cuidados para o ajudar a coordenar os seus cuidados. Para solicitar, alterar ou entrar em contacto com um Gestor de Cuidados, ligue para os Serviços dos Membros.

LIGUE	1-844-812-6896 – A chamada é gratuita. Das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, você pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam Inglês.
TTY	711 - A chamada é gratuita. Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar. Das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917

B1. Quando contactar o seu Gestor de Cuidados

- Perguntas sobre o seu cuidado de saúde
- Perguntas sobre como obter serviços de saúde comportamental, transporte e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS)

Os indivíduos que têm um nível alto ou mais alto de necessidade de cuidados, e que de outra forma necessitariam de cuidados institucionais, podem ser elegíveis para Serviços de Longo Prazo e Apoio Social (LTSS) nas suas casas. O LTSS oferece uma variedade de serviços e apoios que ajudam pessoas idosas e pessoas com deficiência a satisfazer diariamente as suas necessidades



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

de assistência e melhorar a sua qualidade de vida para que possam permanecer em segurança na comunidade.

Às vezes você pode conseguir ajuda para suas necessidades diárias de cuidados de saúde e de vida. Você pode conseguir esses serviços:

- Cuidados de enfermagem qualificados
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia da fala
- Serviços sociais médicos
- Assistência Médica em Casa

C. Como contactar o a Linha de Aconselhamento de Enfermagem

A Linha de Aconselhamento de Enfermagem está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. As enfermeiras podem ajudá-lo a decidir qual o melhor lugar para receber os seus cuidados, como o seu médico, cuidados de urgência ou sala de emergência. As enfermeiras também podem ajudar a responder a perguntas sobre as suas preocupações de saúde, perguntas sobre medicamentos e o que pode fazer em casa para cuidar da sua saúde.

LIGAR	1-844-617-0563 - Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam Inglês.
TTY	711 - A chamada é gratuita. Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar. 24 horas por dia, 7 dias por semana

C1. Quando contactar o a Linha de Aconselhamento de Enfermagem

- Perguntas sobre seu cuidado de saúde



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Como contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental

A Linha de Crise de Saúde Comportamental fornece informações e apoio presencial aos membros que precisam localizar e aceder a serviços de saúde comportamental ou serviços de uso de substâncias.

LIGAR	1-401-443-5995 - Esta chamada é gratuita. 24 horas por dia, 7 dias por semana. Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam Inglês.
TTY	711 - A chamada é gratuita. Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar. 24 horas por dia, 7 dias por semana

D1. Quando contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental

- Perguntas sobre os serviços de saúde comportamental
- Perguntas sobre serviços de distúrbio por uso de substâncias



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Como contactar o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP)

O Programa de Assistência de Seguro do Estado (SHIP) oferece aconselhamento de seguro de saúde gratuito a pessoas com Medicare. Em Rhode Island, pode obter uma indicação para um conselheiro do SHIP, ao ligar para o The POINT.

The POINT não está ligado a nenhuma companhia de seguro ou plano de saúde.

LIGAR	1-401-462-4444
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	United Way of RI, 50 Valley Street, Providence, RI 02909

E1. Quando falar com um conselheiro do SHIP

- Perguntas sobre o seu seguro de saúde Medicare
 - Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas sobre a alteração para um novo plano e podem ajudá-lo a:
 - entender os seus direitos,
 - entender as suas escolhas de plano
 - fazer queixas sobre os seus cuidados de saúde ou tratamento, e
 - corrigir problemas com as suas contas.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F. Como contactar a Organização de Melhoria de Qualidade (QIO)

O nosso estado tem uma organização chamada KEPRO. Este é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade dos cuidados para as pessoas com Medicare. A KEPRO não está relacionada com o nosso plano.

LIGAR	1-888-319-8452
TTY	1-844-843-4776 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
PÁGINA NA INTERNET	https://www.keproqio.com/

F1. Quando contactar a KEPRO

- Perguntas sobre o seu serviço de saúde
 - Você pode fazer uma reclamação sobre os cuidados que recebeu se:
 - tiver um problema com a qualidade do cuidado,
 - achar que sua estadia no hospital está a terminar muito cedo, **ou**
 - achar que o seu cuidado domiciliar de saúde, o serviço de enfermagem especializado ou a Unidade de Reabilitação Ambulatorial (CORF) estão a terminar muito cedo.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Como contactar o Medicare

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

A agência federal responsável do Medicare é o Centro dos Serviços Medicare e Medicaid, ou CMS.

LIGAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas, 24 horas por dia, sete dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 - Esta chamada é gratuita. Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
PÁGINA NA INTERNET	http://www.medicare.gov Esta é a página oficial do Medicare. Aqui, tem informação atualizada sobre o Medicare. Também pode encontrar informações sobre hospitais, lares de idosos, médicos, agências de saúde domiciliares e instituições de hemodiálise. Incluindo folhetos que pode imprimir a partir do seu computador. Também pode encontrar os contactos do Medicare no seu estado, seleccionando "Formulários, Ajuda e Recursos" e, clicando em seguida nos "Números de Telefone e Páginas de internet." A página de internet do Medicare tem a ferramenta seguinte para ajudá-lo a encontrar planos na sua área: Localizador de plano Medicare: Fornece informações personalizadas sobre planos de medicamentos prescritos do Medicare, planos de saúde do Medicare e políticas do Medigap (Seguro Suplementar do Medicare) na sua área. Selecione "Encontrar planos de saúde e planos de medicamentos." Se você não tiver um computador, a sua biblioteca local ou centro de idosos pode conseguir ajudá-lo a visitar esta página de internet usando os seus computadores. Ou, pode ligar para o Medicare através do número indicado acima e dizer-lhes o que está à procura. Eles irão encontrar as informações na página, irão imprimi-las e enviá-las para si.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Como contactar o Rhode Island Medicaid

O Rhode Island Medicaid ajuda com os cuidados de saúde e serviços de longo prazo e suporta os custos para as pessoas com rendimentos e recursos limitados.

Você está inscrito no Medicare e Medicaid. Se tiver perguntas sobre a ajuda que você recebe do Medicaid, ligue para o Rhode Island Medicaid.

LIGAR	1-855-697-4347
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	Virks Building, 3 West Road, Cranston, RI 02920
PÁGINA NA INTERNET	http://www.eohhs.ri.gov



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Como entrar em contacto o Defensor de saúde RIPIN

O Defensor de Saúde RIPIN trabalha como um advogado em seu nome. Se tiver um problema ou reclamação, o RIPIN pode responder às perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer. Também ajuda as pessoas inscritas no Iniciativa de Cuidados Integrados de Rhode Island com serviço ou problemas de faturação. Estas duas entidades não estão ligadas ao nosso plano ou a qualquer companhia de seguro ou plano de saúde. Os seus serviços são gratuitos.

LIGAR	1-855-747-3224
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	1210 Pontiac Avenue Cranston, RI 02920
CORREIO ELETRÓNICO (E-MAIL)	HealthcareAdvocate@ripin.org
PÁGINA NA INTERNET	http://ripin.org/healthcareadvocate/

J. Como contactar a Aliança para a Melhoria de Cuidados Continuados

A Aliança para a Melhoria de Cuidados Continuados é um programa de mediação que ajuda as pessoas a aprender sobre lares de idosos e outras facilidades de cuidados a longo prazo. Também ajuda a resolver problemas entre estas facilidades e os residentes ou as suas famílias.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

LIGAR	1-401-785-3340 ou 1-888-351-0808
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	422 Post Road, Suite 204 Warwick, RI 02888
PÁGINA NA INTERNET	http://www.alliancebltc.com/



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. Outros recursos

O **Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island** ajuda a fornecer informações aos idosos, às suas famílias e aos seus cuidados de Rhode Island. Alguns programas e serviços incluem, entre outros, gestão de processos, assistência em aquecimento, assistência jurídica, Cuidados continuados e Apoio Social em Rhode Island (LTSS) e denúncia de abuso a idosos.

LIGAR	1-401-462-3000
TTY	1-401-462-0740 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	Louis Pasteur Building, 2nd Floor 25 Howard Avenue Cranston, RI 02920
PÁGINA NA INTERNET	http://www.dea.ri.gov/

A **Linha de Informações do Departamento de Serviços Humanos (DHS)** fornece informações gerais sobre o Programa Nutricional de Assistência Suplementar (SNAP), Assistência Pública Geral (GPA) e outros programas de agências.

LIGAR	1-855-697-4347
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
PÁGINA NA INTERNET	http://dhs.ri.gov/DHSOffices/index.php



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A Crossroads Rhode Island oferece informações sobre habitação a preços razoáveis para famílias e indivíduos, educação e serviços de emprego, além de acesso aos serviços de emergência 24 horas por dia, 7 dias por semana.

LIGAR	1-401-521-2255
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	160 Broad Street Providence, RI 02903
PÁGINA NA INTERNET	https://www.crossroadsri.org

O **Centro de Lei de Deficiência de Rhode Island (RIDLC)** é um escritório de advocacia independente sem fins lucrativos designado de Sistema Federal de Proteção e Advocacia de Rhode Island. Esta instituição ajuda a fornecer assistência jurídica gratuita às pessoas com deficiências.

LIGAR	1-401-831-3150
TTY	1-401-831-5335 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	Rhode Island Disability Law Center Inc. 33 Broad Street, Suite 601 Providence, RI 02903
PÁGINA NA INTERNET	https://www.ridlc.org/



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O **United Way de Rhode Island** fornece informações gratuitas e confidenciais sobre assistência com necessidades de serviços humanos tais como alimentação e cuidados infantis.

LIGAR	211 ou 1-401-444-0600
TTY	711 Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter um equipamento de telefone especial para telefonar.
CORREIO	50 Valley Street Providence, RI 02909
PÁGINA NA INTERNET	https://www.uwri.org



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 3: Utilizar a cobertura do plano para os seus cuidados de saúde e outros serviços cobertos

Introdução

Este capítulo tem termos e regras específicos que precisa saber para conseguir cuidados de saúde e outros serviços cobertos com o Neighborhood INTEGRITY. Também informa sobre o seu Gestor de Cuidados, como conseguir cuidados de diferentes tipos de prestadores e sob certas circunstâncias especiais (incluindo provedores ou farmácias de fora da rede), o que fazer quando for cobrado diretamente por serviços abrangidos pelo nosso plano e as regras de posse dos Equipamento Médico Durável (DME). Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Informações sobre "serviços", "serviços cobertos," "prestadores" e "prestadores da rede".....	33
B. Regras para receber os seus cuidados de saúde, saúde comportamental e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) cobertos pelo plano	33
C. Informações sobre o seu Gestor de Cuidados	35
C1. O que é um Gestor de Cuidados.....	35
C2. Como contactar o seu Gestor de Cuidados.....	35
C3. Como pode alterar o seu Gestor de Cuidados	35
D. Atendimento dos prestadores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros prestadores da rede e fora da rede.....	35
D1. Cuidados de um prestador de saúde primário	35
D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	37
D3. O que fazer quando um prestador deixar nosso plano	38
D4. Como receber cuidados de prestadores de fora da rede.....	38
E. Como receber serviços de longo prazo e apoio social (LTSS)	39
F. Como receber serviços de saúde comportamental	39

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



G. Como receber cuidados orientados.....	40
G1. O que são cuidados orientados	40
G2. Quem pode receber cuidados orientados.....	40
G3. Como receber ajuda na contratação de prestadores de cuidados pessoais.....	40
H. Como ter acesso aos serviços de transportes	41
I. Como receber serviços cobertos em caso de emergência médica ou necessidade urgente de cuidados, ou durante um desastre	41
I1. Cuidados de saúde quando tiver uma emergência médica.....	41
I2. Cuidados urgentes necessários.....	43
I3. Cuidados durante um desastre	43
J. O que fazer se for cobrado diretamente por serviços cobertos pelo nosso plano.....	44
J1. O que fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano	44
K. Cobertura de serviços de saúde quando participar num estudo de pesquisa clínica.....	45
K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica	45
K2. Pagamento dos serviços quando participa num estudo de pesquisa clínica	45
K3. Aprender mais sobre estudos de pesquisa clínica.....	46
L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando recebe cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos?.....	46
L1. Definição de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	46
L2. Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos.....	46
M. Equipamento Médico Durável (DME).....	47
M1. Os DME como um membro do nosso plano	47
M2. Propriedade dos DME quando muda para o Original Medicare ou o Medicare Advantage .	47



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Informações sobre os "serviços", "serviços cobertos," "prestadores" e "prestadores da rede"

Os serviços são cuidados de saúde, serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), suprimentos, saúde comportamental, medicamentos prescritos e de venda livre, equipamentos e outros serviços. Os serviços cobertos são qualquer um destes serviços que o nosso plano paga. Os cuidados de saúde e serviços de longo prazo e apoio social cobertos estão indicados na tabela de benefícios, no Capítulo 4, Seção D.

Os prestadores são médicos, enfermeiros e outras pessoas que prestam serviços e cuidados. O termo “prestadores” também inclui hospitais, agências de saúde domiciliárias, clínicas e outros locais que oferecem serviços de assistência médica, equipamentos médicos e serviços de longo prazo e apoio social.

Os Prestadores da rede são prestadores que trabalham com o plano de saúde. Estes prestadores concordaram em aceitar o nosso pagamento como pagamento total. Os prestadores da rede cobram-nos, diretamente, os cuidados que lhe são prestados. Quando consulta um prestador da rede normalmente, não paga nada pelos serviços cobertos. No entanto, se for ou tornar-se elegível para serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), pode ser necessário pagar parte do custo desses serviços. Este montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

B. Regras para receber os seus cuidados de saúde, saúde comportamental e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) cobertos pelo plano

O Neighborhood INTEGRITY abrange todos os serviços cobertos pelo Medicare e a maioria dos serviços cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Estes serviços incluem a saúde comportamental e os serviços de longo prazo e apoio social. No entanto, determinados benefícios do Medicaid ainda serão cobertos pelo Rhode Island Medicaid, como os seus serviços dentários e de transporte. Podemos ajudá-lo a aceder a estes serviços.

O Neighborhood INTEGRITY, geralmente, pagará pelos cuidados de saúde e serviços que receber, se seguir as regras do plano. Para ser coberto pelo nosso plano:

- Os cuidados que recebe devem ser um **benefício do plano**. Isto significa que deve ser incluído na Tabela de Benefícios do plano. (A tabela está no Capítulo 4, Seção D, deste manual).
- O cuidado deve ser **medicamento necessário**. Medicamento necessário significa que precisa de serviços para prevenir, diagnosticar, tratar uma condição relacionada com a saúde, prevenir que uma condição de saúde piore, ou para manter seu estado de saúde atual. Isto inclui cuidados que podem impedi-lo de ir a um hospital ou lar de idosos. Também significa que os serviços, suprimentos ou medicamentos cumprem as normas padrões aceites na prática médica.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Você deve ter um prestador **de cuidados primários da rede (PCP)** que solicitou o cuidado ou que lhe pediu para procurar outro provedor. Como um Membro do plano, deve escolher um prestador da rede para ser seu PCP.
 - Você não precisa de uma referência do seu PCP para cuidados de emergência, cuidados urgentes necessários, cuidados de saúde comportamental ou para consultar um prestador de saúde da mulher. Você pode receber outros tipos de cuidados sem ter uma referência do seu PCP. Para saber mais sobre isto, consulte a página 34.
 - Para saber mais sobre como escolher um PCP, consulte a página 33.
 - **Nota:** Pelo menos nos primeiros 6 meses que estiver inscrito no nosso plano, poderá continuar a consultar os seus prestadores atuais, sem nenhum custo, se eles não fizerem parte da nossa rede. Isto é conhecido como uma continuidade do período de cuidados. Durante os primeiros 6 meses que você estiver inscrito no nosso plano, o nosso Gestor de Cuidados entrará em contacto consigo para ajudá-lo a encontrar os prestadores da nossa rede. Após o período de continuidade de cuidados terminar, deixaremos de cobrir os seus cuidados caso decida continuar a consultar prestadores de fora da rede.
- **Você deve receber os seus cuidados dos prestadores da rede.** Normalmente, o plano não cobre os cuidados de um profissional que não trabalha com o plano de saúde. Aqui estão alguns casos em que esta regra não se aplicar:
 - O plano cobre cuidados de emergência ou urgentes de um prestador que não faça parte da rede. Para saber mais e ver o que significa cuidados de emergência ou cuidados urgentes necessários, consulte a Secção I, da página 37.
 - Se precisar de cuidados cobertos pelo nosso plano e os nossos prestadores da rede não os poderem dar, pode obtê-los através de um provedor fora da rede. Antes de receber o serviço, o seu prestador deve submeter uma autorização prévia e obter a aprovação do Neighborhood. Nesta situação, cobriremos o cuidado sem nenhum custo para si. Para saber como obter a aprovação para consultar um prestador de fora da rede, consulte a página 32.
 - O plano cobre serviços de hemodiálise renal quando estiver fora da área de serviço do plano, durante um curto prazo. Pode receber estes serviços num centro de hemodiálise certificado pelo Medicare.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Quando aderir ao plano pela primeira vez, você poderá continuar a ver os prestadores que consulta atualmente, durante os primeiros 6 meses ou do período de tempo do seu plano de cuidados; o que for superior.
- Serviços de planeamento familiar estão disponíveis para si com qualquer prestador. Não precisa de uma autorização para estes serviços.

C. Informações sobre o seu Gestor de Cuidados

Se escolher, pode ter um Gestor de Cuidados para ajudar a coordenar os seus cuidados.

C1. O que é um Gestor de Cuidados

- Um Gestor de Cuidados é um profissional de saúde licenciado (pode ser uma Enfermeira Registada – RN, ou um assistente social) que o ajuda a gerir todos os seus prestadores e serviços. Ele ou ela trabalha com a sua Equipa de Cuidadores de forma a assegurar-se que está a receber os cuidados que precisa.

C2. Como contactar o seu Gestor de Cuidados

- Pode contactar seu Gestor de Cuidados ao ligar para o número 1-844-812-6896 (TTY 711), entre as 8h e as 20h, de segunda a sexta-feira; e entre as 8h e as 12h, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

C3. Como pode alterar o seu Gestor de Cuidados.

- Pode pedir para alterar o seu Gestor de Cuidados ao ligar para o número 1-844-812-6896 (TTY 711), entre as 8h e as 20h, de segunda a sexta-feira; e entre as 8h e as 12h, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

D. Atendimento dos prestadores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros prestadores da rede e fora da rede

D1. Atendimento de um prestador de cuidados de saúde primário

Deve escolher um prestador de cuidados de saúde primários (PCP) para providenciar e gerir os seus cuidados.

Definição de "PCP" e o que um PCP faz para você

O seu prestador de cuidados de saúde primários (PCP) é o seu principal provedor e será responsável por proporcionar muitos dos seus serviços de cuidado primário e preventivo.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



O PCP será uma parte da sua Equipe de Cuidadores. O PCP irá ajudá-lo a:

- Desenvolver o seu plano de cuidados,
- Determinar as suas necessidades de cuidados,
- Recomendar ou solicitar muitos dos serviços e produtos/artigos que precisa,
- Conseguir as autorizações prévias da sua Equipe de Cuidadores ou do Neighborhood INTEGRITY, conforme for necessário, e
- Coordenar os seus cuidados.

O seu PCP pode ser um dos seguintes provedores ou, sob certas circunstâncias, até mesmo um especialista:

- Médico de Família
- Medicina Interna
- Clínica Geral
- Geriatria
- Ginecologia
- Enfermeira Certificada (CNP)
- Médico Assistente (PA)
- Enfermeira Parteira Certificada

Não pode selecionar uma clínica (RHC ou FQHC) como o seu provedor de cuidados de saúde primários, mas se o prestador que selecionar trabalhar numa clínica e cumprir os critérios, este provedor poderá ser seu prestador de cuidados de saúde primários.

A sua escolha do PCP

Pode escolher qualquer provedor de cuidados primários na nossa rede. Pode encontrar uma lista dos prestadores participantes na nossa página de internet no www.nhpri.org/INTEGRITY. Por favor, entre em contacto com os Serviços dos Membros se precisar de ajuda para encontrar um PCP participante na sua área. Se já tiver escolhido um PCP e esse provedor não estiver indicado no seu Cartão de Identificação do Membro, pode contactar os Serviços dos Membros para solicitar que isto seja alterado, ligando o número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h de segunda - sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Opção para mudar o seu PCP

Pode mudar o seu PCP por qualquer motivo, a qualquer momento, ao longo do ano. Também é possível que o seu PCP saia da rede do nosso plano. Podemos ajudá-lo a encontrar um novo PCP se aquele que tem agora, deixar a nossa rede.

Se você quiser trocar de PCP, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812- 6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8 às 12 horas, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

Iremos alterar o seu PCP a partir da data do pedido e enviaremos um novo Cartão de Identificação do Membro para si.

D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

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

- Os oncologistas cuidam de pacientes com cancro.
- Os cardiologistas cuidam de pacientes com problemas cardíacos.
- Os ortopedistas cuidam de pacientes com problemas de ossos, articulações ou musculares.

É muito importante falar com o seu prestador de cuidados de saúde primários (PCP) antes de consultar um especialista. O Neighborhood não exige que tenha uma referência para ver um especialista. No entanto, deve manter o seu PCP e o seu Gestor de Cuidados informados de qualquer alteração na sua saúde.

Depois de ver um especialista, ele ou ela pode pedir outros serviços ou medicamentos que possam exigir uma autorização prévia. Uma autorização prévia significa que o membro deve obter a aprovação do plano antes de começar um serviço específico, medicação ou consultar um prestador fora da rede. Normalmente, o seu prestador deverá enviar uma carta ou um formulário ao Neighborhood que explique a necessidade do serviço ou medicamento. Para mais informações, consulte a Tabela de Benefícios, no Capítulo 4.

A sua escolha de PCP não o limita a determinados especialistas ou hospitais.

Se precisar de ajuda a encontrar um especialista, pode pedir ao seu PCP ou visitar a nossa página na internet www.nhpri.org/INTEGRITY para ver o nosso Diretório de Prestadores e de Farmácias. Se precisar de ajuda pode telefonar para os Serviços dos Membros através do 1-844-812- 6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



D3. O que fazer quando um prestador deixar o nosso plano

Um prestador da rede que está a consultar pode deixar o nosso plano. Se um dos seus provedores deixar o nosso plano, você tem certos direitos e certas proteções que estão resumidas em seguida:

- Embora, ao longo do ano, a nossa rede de prestadores possa mudar devemos proporcionar-lhe acesso contínuo aos cuidados de uma ampla rede de provedores qualificados.
- Faremos um esforço para notifica-lo com a antecedência de pelo menos 30 dias, para que tenha tempo de selecionar um novo prestador.
- Iremos ajudá-lo a selecionar um novo provedor qualificado para continuar a gerir as suas necessidades de cuidados de saúde.
- Se estiver sob tratamento médico, tem o direito de solicitar e, trabalharemos consigo para assegurar que está a receber o tratamento médico necessário sem interrupção.
- Se acredita que não substituímos o seu prestador anterior com um provedor qualificado ou que o seu cuidado não esteja a ser gerido adequadamente, tem o direito de se queixar ou recorrer (consulte o Capítulo 9 para obter informações sobre registar queixas e recursos).

Se descobrir que um dos seus prestadores está a deixar o nosso plano, por favor, contacte-nos para que o ajudemos a encontrar um novo provedor e gerir os seus cuidados. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

D4. Como receber cuidados de prestadores de fora da rede

Se um especialista não pertencer à nossa rede, o seu PCP ou outro prestador de cuidados de saúde será o responsável de entrar em contacto connosco para conseguir a autorização da sua consulta, com um especialista de fora da rede. A nossa equipa de profissionais de cuidados de saúde analisará todos os pedidos de autorização prévia. Se o serviço não estiver disponível dentro da rede do nosso plano, o seu pedido será aprovado. Podem existir certas limitações para a aprovação, tais como o número de visitas. Se os serviços de especialista estiverem disponíveis dentro da rede do nosso plano, o pedido dos serviços pode ser negado. Você tem sempre o direito de recorrer.

Se consultar um prestador de fora da rede, o provedor deve ser elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participar em Medicare ou Medicaid.
- Se for a um prestador que não seja elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid, deverá pagar o custo total dos serviços recebidos.
- Os prestadores devem informá-lo se não são elegíveis para participar no Medicare e/ou Medicaid.

E. Como receber serviços de longo prazo e apoio social (LTSS)

Os Serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) são benefícios que ajudam a cumprir as suas necessidades diárias de assistência e a melhorar a qualidade da sua vida. Os LTSS podem ajudá-lo com as tarefas diárias como tomar banho, vestir-se, fazer compras de supermercado, lavar a roupa, com transporte e tomar os medicamentos. A maioria destes serviços são proporcionados na sua casa ou na sua comunidade, mas podem ser fornecidos num lar de idosos ou hospital. Como um membro do Neighborhood INTEGRITY, receberá um exame inicial de saúde para ajudar a determinar as suas necessidades de LTSS. Se você se qualificar, os benefícios de LTSS estão disponíveis. Se precisar de LTSS, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que ajuda a criar com a sua Equipa de Cuidadores.

Os serviços disponíveis incluem:

- Cuidados de enfermagem qualificados
- Fisioterapia
- Modificações ambientais (adaptações a acessibilidade em casa)
- Cuidados paliativos
- Serviços Domésticos
- Coordenação de transição/serviços

Se precisar de ajuda com a obtenção destes serviços, contacte o seu Gestor de Cuidados que irá ajudá-lo no processo para determinar se é elegível para os serviços de longo prazo do Rhode Island Medicaid. Para entrar em contacto com seu Gestor de Cuidados, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. Esta chamada é gratuita.

F. Como receber serviços de saúde comportamental

Os serviços de saúde mental e uso de substâncias são chamados de serviços comportamentais de saúde. Os serviços de saúde comportamental estão disponíveis para todos os membros do Neighborhood INTEGRITY. Optum™ é o benefício de saúde comportamental e o gestor da rede do Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Como membro do Neighborhood INTEGRITY, você receberá um exame inicial de saúde para ajudar a determinar suas necessidades de saúde comportamental. Se precisar, ou se puder beneficiar de serviços de saúde comportamental, estes serão incluídos no seu plano de cuidados, que ajudou a criar com sua Equipe de Cuidadores.

- Se tiver dúvidas, perguntas, um problema ou crise de saúde comportamental, ligue para o número de telefone 1-401-443-5995, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os Membros de TTY devem ligar para o 711. Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou fala. Você deve ter um equipamento telefônico especial para ligar. Esta chamada é gratuita. Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam Inglês.

G. Como receber cuidados orientados

O cuidado autogerido é a opção de contratar os seus próprios Assistentes de Cuidados Pessoais (PCA).

G1. O que são os cuidados autogeridos

- Se optar por participar no tratamento autogerido, você ou o seu representante seriam os responsáveis pelo recrutamento, contratação, agendamento, formação e, se necessário, demissão do PCA. Se você escolher de autogerir seus cuidados, você ou o seu representante seriam responsáveis do recrutamento, da contratação, programação, de formação e, se for necessário, de demitir seu PCA. A Auto direção dos serviços de PCA é voluntária. É escolha do membro, até que ponto gostariam de se autogerir.

G2. Quem pode receber cuidados autogeridos

- Os membros que são elegíveis e recebem serviços e apoios de longo prazo (LTSS) têm a opção de obter cuidados autogeridos. Para participar nos cuidados autogeridos, entre em contacto com seu Gestor de Cuidados através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), entre as 8h e as 20h, de segunda a sexta-feira. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.

G3. Como receber ajuda na contratação de prestadores de cuidados pessoais

- A página na internet do Rewarding Work (Trabalho Recompensador) é um recurso on-line que ajuda os membros que participam nos cuidados autogeridos a contratar prestadores de cuidados pessoais (PCA) disponíveis. Para mais informações visite a página www.RewardingWork.org ou ligue ao seu Gestor de Cuidados.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Como ter acesso aos serviços de transportes

Pode ser elegível para um passe de autocarro RIPTA, com tarifa reduzida. Para receber um passe de autocarro com tarifa reduzida RIPTA, visite o Escritório de Identificação do RIPTA em One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o Escritório de Atendimento ao Cliente do RIPTA em 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Ligue ao RIPTA através do número 1-401-784- 9500 para mais informações ou visite <https://www.ripta.com/reducedfareprogram>.

Se não for capaz de usar um passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre o transporte não emergente. Se precisar de transporte não emergencial, ligue para o número 1-855-330- 9131 (TTY 711) ou o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 TTY 711. Pode pedir transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, sete dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser marcado, pelo menos, dois dias úteis antes da sua visita.

Em casos de emergência, você deve ligar o 911 para transporte urgente para ir para a sala de emergência mais próxima.

I. Como receber serviços cobertos em caso de emergência médica ou necessidade urgente de cuidados, ou durante um desastre

II. Cuidados de saúde quando tiver uma emergência médica

Definição de uma emergência médica

Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como dor intensa ou ferimentos graves. A condição é tão séria que, se não conseguir receber atendimento médico imediato, você ou qualquer pessoa com um conhecimento médio de saúde e medicina, pode esperar que isto resulte em:

- risco grave para a sua saúde ou para a sua criança por nascer; **ou**
- sérios danos às funções corporais; **ou**
- disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo; **ou**
- no caso de uma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando:
 - não há tempo suficiente para transferi-la em segurança para outro hospital antes do nascimento.
 - uma transferência para outro hospital pode constituir uma ameaça para a sua saúde e/ou segurança ou a saúde e segurança do seu bebê.

O que fazer se tiver uma emergência médica

Se você tiver uma emergência médica:



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Peça ajuda o mais rápido possível.** Ligue para o 911 ou vá à sala de emergência ou ao hospital mais próximo. Ligue uma ambulância se for necessário. Você *não* precisa de receber antes, uma aprovação ou referência do seu PCP.
- **Logo que possível, assegure-se que informa o nosso plano da sua emergência.**

Precisamos dar seguimento aos seus cuidados de emergência. Você ou alguém deve ligar-nos para nos informar sobre os seus cuidados de emergência, normalmente dentro de 48 horas. No entanto, não terá de pagar pelos serviços de emergência devido a um atraso em informar-nos. Por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.

Serviços cobertos em caso de urgência médica

Você pode receber atendimento de emergência assim como precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou os seus territórios. Se precisar de uma ambulância para chegar à sala de emergência, o nosso plano cobre. Medicare, Rhode Island Medicaid e Neighborhood INTEGRITY **não** cobrem atendimento médico de emergência fora dos Estados Unidos e os seus territórios. Para saber mais, consulte a Tabela de Benefícios, Capítulo 4, Secção D.

Se tiver uma emergência, falaremos com os prestadores que lhe deram os cuidados de emergência. Estes provedores irão informar-nos quando a sua emergência médica terminar.

Após o fim da emergência, pode precisar de cuidados de acompanhamento para garantir que melhora. O seu acompanhamento será coberto pelo nosso plano. Se receber atendimento de emergência de prestadores de fora da rede, tentaremos que os provedores da rede assumam os seus cuidados, o mais rápido possível.

O que fazer se tiver uma emergência de saúde comportamental

Se tiver um problema de saúde comportamental ou crise, ligue para a Linha de Crise de Saúde Comportamental através do número 1-401-443-5995, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Esta chamada é gratuita.

Os Membros de TTY devem ligar o 711. Está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. Este número é para pessoas com problemas de audição e fala. Deve ter um equipamento telefónico especial para ligar. Esta chamada é gratuita.

Temos serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam Inglês.

Receber cuidados de emergência quando não é uma emergência

Às vezes pode ser difícil saber se tem uma emergência de saúde médica ou comportamental. Você pode até ir ao atendimento de emergência e o provedor dizer que não era realmente uma



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

emergência. Desde que você avalie razoavelmente que sua saúde estava em perigo grave, nós iremos cobrir os seus cuidados.

No entanto, depois do prestador dizer que não foi uma emergência, cobriremos o cuidado adicional apenas se:

- você consultar um prestador da rede, **ou**
- os cuidados adicionais forem considerados "cuidados urgentes" e seguir as regras para receber este tratamento. (Veja a próxima a Seção).

I2. Cuidados urgentes necessários

Definição de cuidados urgentes

Cuidado urgente é o cuidado que recebe para uma doença súbita, ferimento ou uma condição que não seja uma emergência, mas que precise de cuidados imediatos. Por exemplo, pode ter um surto de uma condição existente e precisar tratá-la.

Necessidade de cuidados urgentes quando estiver na área de serviço do plano

Na maioria dos casos, cobriremos os cuidados urgentes apenas se:

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

No entanto, se não puder aceder a um prestador da rede, cobriremos os cuidados urgentes que receba de um provedor de fora da rede.

Para aceder os serviços urgentes, deverá ir ao centro de atendimento de cuidados urgentes mais próximo, que esteja aberto. Se estiver a procurar um atendimento urgente na nossa área de serviço, deverá procurar no Diretório de Prestadores e de Farmácias, uma lista de centros de atendimento urgente dentro da rede do nosso plano.

Necessidade de cuidados urgentes quando estiver fora da área de serviço do plano

Quando estiver fora da área de serviço do plano, talvez não consiga atendimento de um prestador da rede. Neste caso, o nosso plano irá abranger os cuidados urgentes necessários que receber de qualquer provedor.

O nosso plano não cobre cuidados urgentes ou quaisquer outros cuidados de emergência ou não emergentes que receba fora dos Estados Unidos.

I3. Cuidados durante um desastre

Se o governador do seu estado, o Secretário de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos ou do Presidente dos Estados Unidos declararem um estado de desastre ou de emergência na sua área geográfica, você ainda terá direito aos cuidados do Neighborhood INTEGRITY.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Por favor, visite a nossa página para ter informações sobre como receber os cuidados necessários durante um desastre declarado: www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante um desastre declarado, se não conseguir consultar um prestador da rede, nós permitiremos que receba cuidados de prestadores de fora da rede sem nenhum custo para si. Se não conseguir utilizar uma farmácia da rede durante um desastre declarado, poderá recarregar os seus medicamentos numa farmácia de fora da rede. Por favor, para mais informações, consulte o Capítulo 5, Secção A8.

J. O que fazer se for cobrado diretamente por serviços cobertos pelo nosso plano

Se um provedor lhe enviar uma fatura em vez de enviá-la para o plano, pode pedir-nos para pagar a conta.

Você mesmo, não deve pagar a sua conta. Se o fizer, o plano pode não ser capaz de pagar-lhe de volta.

Se já pagou pelos seus serviços cobertos ou se recebeu uma conta pelos serviços médicos cobertos, consulte o Capítulo 7, Secção A, para saber o que fazer.

J1. O que fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano

O Neighborhood INTEGRITY cobrirá todos os serviços:

- que forem medicamente necessários, e
- que estão indicados na Tabela de Benefícios do plano (consulte o Capítulo 4, Secção D), e
- que receba seguindo as regras do plano.

Se receber serviços que não sejam cobertos pelo nosso plano, **você mesmo terá de pagar o custo total desses serviços.**

Se quiser saber se pagaremos por qualquer serviço médico ou cuidado, tem o direito de nos perguntar. Também tem o direito de pedir isto por escrito. Se dissermos que não pagaremos pelos seus serviços, você tem o direito de recorrer da nossa decisão.

O Capítulo 9, Secção 5.2, explica o que fazer se quiser que o plano cubra um produto ou serviço. Também informa como recorrer de uma decisão de cobertura do plano. Para saber mais sobre os seus direitos de recurso também pode ligar para os Serviços dos Membros.

Pagaremos alguns serviços até um determinado limite. Se ultrapassar o limite, terá de pagar o custo total para receber mais deste tipo de serviço. Ligue para os Serviços dos Membros para saber quais são os limites e quão perto está de os atingir.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. Cobertura de serviços de saúde quando participar num estudo de pesquisa clínica

K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica

Um estudo de pesquisa clínica (também chamado de ensaio clínico) é uma forma de os médicos e outros provedores testarem novos tipos de cuidados de médicos ou medicamentos. Eles pedem voluntários para ajudar no estudo. Este tipo de estudo ajuda os provedores a decidir se um novo tipo de assistência médica ou medicamento funciona e se é seguro.

Assim que o Medicare aprovar um estudo que deseja participar, alguém que trabalha no estudo entrará em contacto consigo. Essa pessoa irá informá-lo sobre o estudo e verá se você se qualifica para participar nele. Pode fazer parte do estudo, desde que cumpra as condições exigidas. Também deverá entender e aceitar o que deverá fazer para o estudo.

Enquanto estiver no estudo, poderá ficar inscrito no nosso plano. Desta forma, continuará a receber os cuidados do nosso plano fora do contexto do estudo.

Se quiser participar de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, *não* irá precisar receber a nossa aprovação ou do seu prestador de cuidados primários. Os provedores que irão cuidar de si no contexto do estudo *não* precisam ser provedores da rede.

Você precisa de nos informar antes de começar a participar num estudo de pesquisa clínica. Se pretende fazer parte de um estudo de pesquisa clínica, você ou o seu Gestor de Cuidados deverá contactar os Serviços dos Membros para que possamos saber que participará num ensaio clínico.

K2. Pagamento dos serviços quando participa num estudo de pesquisa clínica

Se quiser ser voluntário de um estudo de pesquisa clínica que o Medicare aprove, não pagará nada pelos serviços abrangidos no âmbito do estudo e o Medicare pagará pelos serviços abrangidos no âmbito do estudo, bem como os custos associados ao seu cuidado de rotina. Assim que fizer parte de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, estará coberto pela maioria dos produtos e serviços que receber como parte do estudo. Isto inclui:

- Quarto e refeições para uma hospitalização que o Medicare pagaria, mesmo que não estivesse no estudo.
- Uma operação ou outro procedimento médico que faz parte do estudo da pesquisa.
- Tratamento de quaisquer efeitos secundários e complicações do novo cuidado.

Se fizer parte de um estudo que **não foi aprovado** pelo Medicare, terá que pagar quaisquer custos por estar no estudo.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K3. Aprender mais sobre estudos de pesquisa clínica

Pode aprender mais sobre como participar num estudo de pesquisa clínica lendo "Medicare & Estudos de Pesquisa Clínica na página do Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-ClinicalResearch-Studies.pdf>). Também pode ligar para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar o 1-877-486-2048.

L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando recebe cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos

L1. Definição de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos

Uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos é um local que fornece cuidados que, normalmente, receberia num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada. Se receber tratamento num hospital ou numa clínica de enfermagem especializada, for contra suas crenças religiosas, iremos cobrir o atendimento numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos.

Pode optar por obter assistência médica a qualquer momento, por qualquer motivo. Este benefício é apenas para os serviços de internamento do Medicare Parte A (serviços de saúde não médicos). O Medicare pagará apenas pelos serviços de saúde não médicos prestados pelas instituições religiosas de cuidados de saúde não médicos.

L2. Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos

Para receber assistência de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos, deve assinar um documento legal que declara que é contra receber tratamento médico que é "não excluído".

- Um tratamento médico "não excluído" é qualquer cuidado voluntário e não exigido por qualquer lei federal, estatal ou local.
- Um tratamento médico "exceto" é qualquer cuidado que não seja voluntário e seja exigido pelas leis federais, estatais ou locais.

Para ser abrangido pelo nosso plano, o cuidado que receber de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos deverá satisfazer as seguintes condições:

- A instituição que presta os cuidados deve ser certificada pelo Medicare.
- A cobertura dos serviços do nosso plano é limitada aos aspetos não religiosos dos cuidados.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se receber os serviços desta instituição que lhe são fornecidos numa instalação, o seguinte deverá aplicar-se:
 - Deverá ter uma condição médica que lhe permita receber serviços cobertos para cuidados com internamento hospitalar ou num centro de enfermagem especializado.
 - Deverá obter a aprovação do nosso plano antes de ser admitido na instalação ou a sua estadia não será coberta.

Cobertura de internação hospitalar é ilimitada. A cobertura é baseada numa necessidade médica e requer autorização prévia. Para mais informações sobre a cobertura de internamento hospitalar consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4.

M. Equipamento Médico Durável (DME)

M1. O DME como um membro do nosso plano

O DME significa certos produtos encomendados por um provedor para usar na sua própria casa. Exemplos desses produtos são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares solicitadas por um prestador para uso domiciliar, bombas de infusão intravenosa (IV), dispositivos geradores de fala, equipamentos e suprimentos de oxigénio, nebulizadores e andarilhos.

Você será sempre o proprietário de certos produtos, como próteses.

Nesta secção, discutiremos o DME que deve alugar. Como membro do Neighborhood INTEGRITY, não será dono do DME, não importa quanto tempo o alugue.

Em certos casos, iremos transferir a propriedade do produto de DME para si. Ligue para os Serviços dos Membros para saber mais sobre os requisitos que você deverá cumprir e os documentos que deverá fornecer.

M2. Propriedade do DME quando muda para o Original Medicare ou o Medicare Advantage

No programa Original Medicare, as pessoas que alugam certos tipos de DME passam a ser proprietárias após 13 meses. Num plano Advantage Medicare, o plano pode definir o número de meses que as pessoas devem alugar certos tipos de DME, antes que eles serem os proprietários.

Nota: Pode encontrar as definições dos planos Original Medicare e Medicare Advantage no Capítulo 12. Também pode encontrar mais informações sobre estes no Manual *Medicare & Você 2020*. Se não tiver uma cópia deste folheto, consegue obtê-lo através da página do Medicare (<http://www.medicare.gov>) ou ligando para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar o 1-877-486-2048.

Você terá de fazer 13 pagamentos sucessivos sob Original Medicare, ou terá de fazer o número



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

de pagamentos sucessivos definido pelo plano Medicare Advantage, para possuir o produto DME se:

- não se tornou o proprietário do produto de DME enquanto estava no nosso plano, e
- sair do nosso plano e obter os seus benefícios do Medicare fora de qualquer plano de saúde do Programa Original Medicare ou do plano Medicare Advantage.

Se efetuou pagamentos pelo produto de DME sob o Original Medicare ou um plano do Medicare Advantage antes de aderir ao nosso plano, **esses pagamentos do plano Original Medicare ou Medicare Advantage não contam para os pagamentos que precisa fazer após sair do plano.**

- Você terá de fazer 13 pagamentos sucessivos sob o Original Medicare, ou um número de pagamentos sucessivos definido pelo plano Medicare Advantage, para ser proprietário do produto.
- Não há exceções a isto quando voltar ao plano Original Medicare ou ao plano do Medicare Advantage.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 4: Tabela de Benefícios

Introdução

Este capítulo descreve os serviços que o Neighborhood INTEGRITY cobre e quaisquer restrições ou limites nesses serviços. Também informa sobre os benefícios não cobertos pelo nosso plano. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Os seus serviços cobertos	49
B. Regras contra provedores que cobram por serviços.....	50
C. A Tabela de Benefícios do nosso plano.....	50
D. A Tabela de Benefícios.....	51
E. Benefícios cobertos fora do Neighborhood INTEGRITY.....	98
E1. Cuidados Paliativos.....	98
E2. Serviços odontológicos	99
E3. Transporte não urgente.....	99
E4. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento...	99
E5. Serviços de estabilização residencial.....	99
F. Benefícios não abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY, Medicare, ou Rhode Island Medicaid	99

A. Os seus serviços cobertos

Este capítulo mostra quais são os serviços que o Neighborhood INTEGRITY paga. Também pode aprender sobre serviços que não são cobertos. As informações sobre os benefícios dos medicamentos estão no Capítulo 5. Este capítulo explica também os limites de alguns serviços.

Se obtiver ou se qualificar para os serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), poderá ser obrigado a pagar parte do custo desses serviços. Este valor é determinado pelo Rhode Island Medicaid. Se não está a receber ou não for elegível para receber LTSS, não pagará nada pelos serviços cobertos, desde que siga as regras do plano. Consulte o Capítulo 3, Secção B, para obter detalhes sobre as regras do plano.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Se precisar de ajuda para perceber quais os serviços que são cobertos, ligue para o seu Gestor de Cuidados e/ou os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.

B. Regras contra provedores que cobram por serviços

Não permitimos que os provedores do Neighborhood INTEGRITY cobrem por serviços cobertos. Pagamos aos nossos fornecedores diretamente e iremos protegê-lo de quaisquer cobranças. Isto é certo mesmo se pagamos ao prestador menos do que o prestador cobra por um serviço.

Você nunca deveria receber uma fatura de um provedor pelos serviços cobertos. Se isso acontecer, consulte o Capítulo 7, Seção A ou ligue para os Serviços dos Membros. A única exceção é se estiver a receber LTSS e o Rhode Island Medicaid diz que você deve pagar parte dos custos desses serviços.

C. A Tabela de Benefícios do nosso plano

A Tabela de Benefícios informa-o quais são os serviços que o plano paga. Indica as categorias dos serviços por ordem alfabética e explica os serviços cobertos.

Pagaremos pelos serviços indicados na Tabela de Benefícios apenas enquanto as regras seguintes forem cumpridas.

A menos que esteja a receber ou seja elegível para receber os serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), não pagará nada pelos serviços indicados na Tabela de Benefícios, desde que cumpra os requisitos de cobertura descritos abaixo. Se obtiver ou tornar-se elegível para os serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), poderá ser obrigado a pagar parte do custo desses serviços. Este montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

- Os seus serviços cobertos pelo Medicare e Rhode Island Medicaid devem ser providenciados de acordo com as regras estabelecidas pelo Medicare e Rhode Island Medicaid.
- Os serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, suprimentos, equipamentos e medicamentos) devem ser medicamente necessários. Medicamente necessário significa que precisa de serviços médicos, cirúrgicos ou outros serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou manter o seu estado de saúde atual. Isto inclui o cuidado que o mantenha longe de um hospital ou de um lar de idosos. Também significa que os serviços, suprimentos, ou medicamentos que cumprem as normas aceites na prática médica. Medicamente necessário inclui os serviços para evitar que uma condição relacionada com a saúde piore.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Você recebe o seu cuidado de um prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Na maioria dos casos, o plano não pagará pelos cuidados que receber de um provedor de fora da rede. O Capítulo 3, Seção D, contém mais informações sobre como usar os provedores da rede e de fora da rede.
- Você tem um prestador de cuidados de saúde primário (PCP) ou uma equipa de cuidadores que está a fornecer e a gerir os seus cuidados.
- Alguns dos serviços indicados na Tabela de Benefícios são cobertos apenas se o seu médico ou outro provedor da rede receber aprovação da nossa parte em primeiro lugar. Isto é chamado de autorização prévia. Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia são marcados na Tabela de Benefícios por um asterisco (*).
- Na Tabela de Benefícios, vai ver esta maçã 🍏 ao lado de serviços preventivos.

D. A Tabela de Benefícios

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Rastreo de aneurisma de aorta abdominal O plano pagará por um único exame de ultrassom para as pessoas em risco. O plano cobre apenas esta rastreio, se tiver certos fatores de risco e se for encaminhado pelo seu médico, médico assistente, enfermeiro clínico ou especialista em enfermagem clínica.	\$0
	Aborto* O plano não pagará por um aborto, exceto em casos de violação ou incesto, ou se a gravidez ameaçar a vida da mãe. *É necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços de Dia para Adultos* O plano pagará pelos serviços de dia para adultos. O plano abrange dois níveis de serviços de dia para adultos: um nível de serviço básico e um nível de serviço melhorado. Alguns exemplos de serviços de dia para adultos são: • Atividades sociais e recreativas • Refeições • Cuidados de enfermagem ou ferimentos *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
 Rastreio e aconselhamento por abuso de álcool O plano pagará pelo rastreio de abuso de álcool. Se tiver uma rastreio positiva de abuso de álcool, o plano abrange as sessões de aconselhamento com um provedor qualificado ou médico.	\$0

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços de ambulância* Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de “fixed-wing” e “rotary-wing” (serviço de transporte aéreo de pacientes para zonas específicas e pré-determinadas até às instituições médicas) e serviços de ambulância terrestre. A ambulância irá levá-lo ao local mais próximo que possa providenciar-lhe cuidados. A sua condição deve ser séria o suficientemente para que outras formas de chegar a um local de cuidados possam arriscar a sua vida ou saúde. Os serviços de ambulância para outros casos devem ser aprovados pelo plano. Nos casos que não são situações de emergência, o plano pode pagar por uma ambulância. A sua condição deve ser suficientemente séria para que outras formas de chegar ao local de cuidados possam arriscar a sua vida ou saúde. * Uma autorização prévia pode ser necessária para o transporte de ambulância não emergencial.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Consulta anual de bem-estar O plano pagará por um exame anual completo, a cada 12 meses. Isto é para fazer ou atualizar um plano de prevenção com base nos seus fatores de risco atuais.	\$0
	Medição de massa óssea O plano pagará por certos procedimentos para os Membros que se qualificarem (geralmente, alguém em risco de perder a massa óssea ou em risco de osteoporose). Estes procedimentos identificam a massa óssea, encontram a perda óssea ou descobrem a qualidade óssea. O plano pagará também para que um provedor analise e comente os resultados. Este serviço é limitado a um (1) a cada vinte e quatro (24) meses.	\$0
	Rastreio de cancro de mama (mamografias) O plano pagará por mamografias e exames clínicos de mama. Este serviço é limitado a um (1) a cada doze (12) meses.	\$0

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Serviços de reabilitação cardíaca (coração) O plano pagará por serviços de reabilitação cardíaca como exercício, educação e aconselhamento. Os Membros devem satisfazer determinadas condições com o pedido de um prestador. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que os programas padrão de reabilitação cardíaca.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Consultas de redução de risco de doença Cardiovascular (coração) (terapia para doenças cardíacas) O plano paga consultas com o seu provedor de cuidados primários para ajudar a diminuir o risco de doenças cardíacas. Durante esta consulta, o seu provedor pode: • discutir o uso da aspirina, • verificar a sua pressão arterial, ou • dar-lhe dicas para garantir que está a alimentar-se bem.	\$0
	Teste de doenças cardiovasculares (coração) O plano paga exames de sangue para verificar doenças cardiovasculares. Estes exames de sangue verificam também os defeitos devidos ao alto risco de doença cardíaca. Este serviço é limitado a um (1) a cada sessenta (60) meses.	\$0

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Plano de cuidados de terapias alternativas* O plano pagará serviços que sua Equipa de Cuidadores identificou no seu plano de cuidados individuais. Alguns exemplos destes serviços são: • Acupuntura • Serviços de quiroprática • Serviços domiciliários • Massagem terapêutica • Refeições trazidas para a sua casa • Aulas de meditação • Sistema pessoal de resposta a emergências (PERS) • loga * Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Rastreio do cancro do colo do útero e vaginal O plano pagará os testes de Papanicolau e exames pélvicos. Este serviço é limitado a um (1) a cada doze (12) meses.	\$0
	Serviços de quiroprática* O plano pagará os seguintes serviços: Correções da coluna vertebral para corrigir o alinhamento * É necessária autorização prévia.	\$0

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Rastreio de cancro colorrectal O plano pagará por: - Sigmoidostomia flexível (ou rastreio de enema opaco) - Exame de sangue oculto das fezes - Colonoscopia de rastreio (ou rastreio de enema opaco) - O teste Guaic de sangue oculto das fezes ou teste imunoquímico fecal, a cada doze (12) meses ou conforme for clinicamente necessário - Rastreio colorretal baseado no DNA, a cada três anos ou conforme for clinicamente necessário - O teste de rastreio Cologuard® é limitado a um (1) a cada vinte e quatro (24) meses com um limite de idade de 50 a 85 anos	\$0
	Aconselhamento para deixar de fumar ou usar tabaco Se usa tabaco, o plano pagará pelo aconselhamento face a face a fim de ajudá-lo a deixar de fumar ou usar tabaco. O plano pagará também por apoio e aconselhamento por telefone.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Rastreo de depressão O plano pagará pelo rastreo de depressão. O rastreo deve ser feito num ambiente de cuidados primários que pode resultar em tratamento de acompanhamento e encaminhamentos. Este serviço é limitado a um (1) a cada doze (12) meses.	\$0
	Rastreo de diabetes O plano pagará pelo rastreo de diabetes (inclui testes “jejum da glicose”). Este serviço é limitado a um (1) a cada doze (12) meses. Para membros diagnosticados com pré-diabetes, este serviço é coberto a cada seis (6) meses.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
 Formação de autogestão para diabéticos, serviços e suprimentos* O plano pagará os seguintes serviços para todas as pessoas que têm diabetes (se usarem insulina ou não): • Suprimentos para monitorizar a sua glicose no sangue, incluindo o seguinte: ○ Um monitor de glicose ○ Tiras-teste de glicemia: • Dependente de <u>insulina</u> e membros com diabetes gestacional: ➤ Limitado a cem (100) tiras de teste a cada trinta (30) dias, quando recebidos de um fornecedor de equipamento médico durável (DME) ➤ Limitado a cem (100) tiras de teste a cada vinte e cinco (25) dias, quando recebidas numa farmácia • Membros <u>não dependentes</u> de insulina: ➤ Limitado a cem (100) tiras de teste a cada noventa (90) dias, quando recebidos de um fornecedor de equipamento médico durável (DME) ➤ Limitado a cem (100) tiras de teste a cada noventa (90) dias, quando recebidas numa farmácia ○ Lancetas e dispositivo (caneta de lancetas) ○ Soluções de controlo da glicose para verificar a precisão de tiras-teste e monitores Este benefício continua na próxima página.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Formação de autogestão para diabéticos, serviços e suprimentos* (continuação) • Para pessoas com diabetes que têm a doença do pé diabético severa, o plano pagará o seguinte: ○ Um (1) par de sapatos terapêuticos personalizados (incluindo insertos) e dois (2) pares extra de insertos a cada ano civil, ou ○ Um (1) par de sapatos aprofundados e três (3) pares de insertos a cada ano (não incluindo os insertos removíveis não personalizados fornecidos com esses sapatos) • O plano pagará também pela instalação de sapatos terapêuticos personalizados ou aprofundados. • O plano pagará a formação para ajudá-lo a gerir os seus diabetes, em alguns casos. Poder haver limitações nas marcas e nos suprimentos quando recarregar os medicamentos na farmácia. *Pode ser necessária autorização prévia.	
--	--	--



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Equipamento Médico Durável (DME) e suprimentos relacionados * (Para uma definição de “Equipamento Médico Durável (DME),” consulte o Capítulo 12 deste manual). A seguir, estão exemplos de produtos DME que são cobertos: • Cadeiras de rodas • Muletas • Sistemas de colchão motorizado • Suprimentos para diabéticos • Camas de hospital encomendadas por um prestador para utilização doméstica • Bombas de infusão intravenosa (IV) • Dispositivos geradores de fala • Equipamento e suprimento de oxigênio • Nebulizadores • Andarilhos Outros produtos podem ser cobertos. Com este <i>Manual do Membro</i>, enviamos-lhe a Lista do DME (Equipamento Médico Durável) do Neighborhood INTEGRITY. Esta lista indica-lhe as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente das marcas, dos fabricantes e fornecedores também está disponível na nossa página www.nhpri.org/INTEGRITY. Este benefício continua na próxima página.	\$0



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Equipamento Médico Durável (DME) e suprimentos relacionados (continuado) * Geralmente, o Neighborhood INTEGRITY abrange qualquer DME coberto pelo Medicare e Rhode Island Medicaid de marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas nem outros fabricantes a menos que o seu médico ou outro provedor nos diga que precisa dessa marca. No entanto, se for novo no Neighborhood INTEGRITY e estiver a usar uma marca de DME que não esteja na nossa lista, continuaremos a pagar por essa marca até 180 dias. Durante este período, deve conversar com seu provedor para decidir qual marca é clinicamente correta para si, após esse período de 180 dias. (Se não concordar com o seu provedor, pode pedir-lhe que o encaminhe para uma segunda opinião.) Se você (ou seu provedor) não concordar com a decisão de cobertura do plano, você ou seu provedor pode preencher um recurso. Pode também apresentar um recurso, se não concordar com a decisão do seu provedor sobre qual produto ou marca é mais adequado para a sua condição médica. (Para mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9.) *Pode ser necessária autorização prévia e limites de quantidade.	
Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Cuidados de emergência Cuidados de emergência significa serviços que são: • prestados por um provedor formado para prestar serviços de emergência, e • necessários para tratar uma emergência médica. Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas com dor intensa ou ferimentos graves. A condição é tão séria que, se não receber atendimento médico imediato, qualquer pessoa com um conhecimento médio da saúde e medicina pode esperar que isto resulte em: • risco grave para sua saúde ou para a sua criança por nascer; ou • sérios danos às funções corporais; ou • disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo; ou • no caso de uma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando: ○ não há tempo suficiente para transferi-la em segurança para outro hospital antes do nascimento. ○ uma transferência para outro hospital pode constituir uma ameaça à sua saúde ou segurança ou à do seu filho ainda por nascer. O plano pagará por cuidados de emergência e serviços de transporte de emergência. A cobertura é limitada apenas para os EUA e os seus territórios.	\$0 Se receber cuidados de emergência num hospital fora da rede e precisar de cuidados de internamento após a sua emergência estar estabilizada, deverá voltar a um hospital da rede para o seu cuidado continuar a ser pago. Pode ficar no hospital de fora da rede para o seu internamento apenas se o plano aprovar a sua estadia.
---	--



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Modificações ambientais ou em casa* O plano pagará por alterações na sua casa ou veículo para ajudá-lo a viver em segurança, em casa. A seguir, estão exemplos de produtos de DME que são cobertos: • Barras de apoio • Cadeiras de banho • Utensílios de alimentação • Assentos sanitários elevados • Rampas para cadeira de rodas • Postes verticais Outros serviços também podem ser cobertos. *É necessária autorização prévia.	\$0
Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços de planeamento familiar A lei permite-lhe escolher qualquer provedor para obter determinados serviços de planeamento familiar. Isto significa que pode receber serviços de planeamento familiar de qualquer prestador da rede ou de fora da rede, clínica, hospital, farmácia ou gabinete de planeamento familiar. O plano pagará pelos seguintes serviços: • Exame de planeamento familiar e tratamento médico • Laboratório de planeamento familiar e testes de diagnóstico • Métodos de planeamento familiar (pílulas anticoncepcionais, adesivo, anel, DIU, injeções, implantes) • Suprimentos de planeamento familiar com receita médica (preservativo, esponja, espuma, filme, diafragma, tampão) • Aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços relacionados • Aconselhamento e testes para infeções sexualmente transmissíveis (DST), SIDA e outras condições relacionadas com o VIH	\$0

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



	• Tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (DST) • Esterilização voluntária (deve ter 21 anos ou mais e assinar um formulário de consentimento federal para esterilização. Pelo menos 30 dias, mas não mais de 180 dias, devem passar entre a data em que você assina o formulário e a data da cirurgia.) • Aconselhamento genético O plano pagará também por alguns outros serviços de planejamento familiar. No entanto, deverá ver um provedor da rede do plano para os seguintes serviços: • Tratamento para SIDA e outras condições relacionadas com o VIH, incluindo gestão de processos médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA e serviços de gestão de cuidados não médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA ou que estão em risco de contrair o VIH. • Exames genéticos	
	Programas de educação de saúde e bem-estar O plano pagará pela gestão de doenças e programas de saúde para ajudá-lo a compreender melhor as condições e os problemas de saúde. O plano paga por programas educacionais em grupo e individuais, incluindo serviços de terapia nutricional e programas de controlo de peso, quando prestado por um nutricionista licenciado. Condições crónicas como asma, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) podem ser difíceis de gerir. O plano pagará também para testes especiais e medicamentos para ajudar a manter a sua condição sob controlo e mantê-lo saudável.	\$0

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



	Serviços auditivos O plano paga exames de audição de rotina e testes de audição e equilíbrio, feitos pelo seu provedor. Estes testes indicam se precisa de tratamento médico. São cobertos como atendimento ambulatorio quando você os recebe de um médico, audiologista ou outro profissional qualificado. O plano também cobre aparelhos auditivos e avaliações para a instalação de aparelhos auditivos, a cada três anos.	\$0
	Rastreo de VIH O plano paga pelos exames de rastreo do VIH e testes de rastreo do VIH. O plano também pagará pela gestão de processos médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA e serviços de gestão de cuidados não médicos para pessoas que vivem com VIH/SIDA ou que estão em risco de contrair o VIH. Este serviço é limitado a uma (1) triagem a cada doze (12) meses. Exames adicionais são cobertos para membros que estão grávidas.	\$0

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Serviços de Assistência domiciliar* O plano pagará por serviços de cuidados pessoais, como ajuda para vestir-se, alimentar-se e serviços domésticos, como lavar a roupa e fazer as compras. Os serviços de assistência domiciliar não incluem cuidados de repouso ou cuidados de dia. O plano também pode pagar por outros serviços não indicados aqui. *É necessária autorização prévia.	\$0



Agência de cuidados de saúde ao domicílio* Antes de conseguir serviços de saúde ao domicílio, um provedor deve dizer-nos que você está a precisar deles, e devem ser providenciados por uma agência de saúde domiciliária. O plano pagará pelos seguintes serviços: • Serviços especializados de enfermagem a tempo inteiro, tempo parcial ou tempo intermitente, auxiliar de enfermagem certificado e serviços de assistência domiciliar. • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços médicos e sociais • Equipamentos e suprimentos médicos O plano também pode pagar por outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
---	------------

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
---------------------------------	-------------------------



Cuidados paliativos Você pode receber cuidados paliativos de qualquer programa certificado pelo Medicare. Tem o direito de escolher os cuidados paliativos se o seu provedor e o diretor médico dos cuidados paliativos determinarem que você tem um prognóstico terminal. Isto quer dizer que você tem uma doença terminal e a sua esperança de vida é de seis meses ou menos. O seu prestador de cuidados paliativos pode ser um provedor da rede ou de fora da rede. Enquanto você estiver a receber os serviços de cuidados paliativos, o plano pagará pelo seguinte: • Medicamentos para tratar sintomas e dor • Cuidados temporários a curto prazo • Cuidados domiciliários Cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B são cobrados ao Medicare. • Para mais informações, consulte a Secção E1 deste capítulo. Para serviços cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY mas não cobertos pelo Medicare Parte A ou B: • O Neighborhood INTEGRITY irá cobrir os serviços cobertos pelo plano não cobertos pelo Medicare Parte A ou B. O plano cobrirá os serviços, estejam eles relacionados ou não ao seu prognóstico terminal. Você não paga nada por estes serviços. Para os medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Parte D do Neighborhood INTEGRITY: • Os medicamentos nunca são cobertos pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano, ao mesmo tempo. Para mais informações, por favor, consulte o Capítulo 5, Secção F3. Nota: Se precisar de cuidados não paliativos, você deve ligar seu Gestor de Cuidados para organizar os serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados que não estão relacionados ao seu prognóstico terminal.	
--	--



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
 Imunizações O plano pagará pelos seguintes serviços: • Vacina contra a pneumonia • Vacina contra a gripe, uma vez por ano no outono ou inverno, com vacinas adicionais, se clinicamente necessário • Vacina contra a hepatite B, se estiver em risco alto ou intermediário de contrair a hepatite B • Outras vacinas, se você estiver em risco e elas cumprirem as regras de cobertura do Medicare Parte B ou Rhode Island Medicaid O plano pagará por outras vacinas que cumpram as regras de cobertura do Rhode Island Medicaid ou Medicare Parte D. Leia o Capítulo 6, Seção D, para saber mais.	\$0



	Suprimentos para incontinência* O plano pagará por suprimentos como: • Fraldas ➤ É necessária autorização prévia quando a quantidade estiver entre cento e noventa e três (193) e trezentos (300) por mês. ➤ Limitado a trezentas (300) por mês. • Roupa interior descartável para incontinência ➤ Limitado a cento e cinquenta (150) resguardos descartáveis, por mês. • Resguardos	\$0
--	--	-----



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Internamento hospitalar* O plano pagará pelos cuidados de hospitalização medicamente necessários. O plano abrange os seguintes serviços: • Quarto semiprivado (ou um quarto privado se for clinicamente necessário) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem regulares • Custos de unidades de cuidados especiais, como cuidados intensivos ou unidade de cuidados coronários • Fármacos e medicamentos • Análises de laboratório e outros testes de diagnóstico • Raios-X e outros serviços de radiologia, incluindo materiais e serviços técnicos • Necessidades cirúrgicas e suprimentos médicos • Aparelhos, como cadeiras de rodas • Serviços operatórios e sala de recuperação • Fisioterapia, ocupacional e terapia da fala • Serviços de internamento de uso de substâncias • Sangue, incluindo armazenamento e administração ○ O plano pagará por todo o sangue, hemácias concentradas e todas as outras partes do sangue. • Serviços médicos • Transplantes, incluindo córnea, rins, rim/pâncreas, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células estaminais e intestinal/multivisceral. Outros tipos de transplantes podem ser cobertos. Este benefício continua na próxima página.	\$0 Você deve obter a aprovação do plano para continuar a receber atendimento hospitalar num hospital de fora da rede após a sua emergência estar sob controle.



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Internamento hospitalar (continuação)* Se você precisa de um transplante, um centro de transplantes aprovado pelo Medicare irá analisar o seu caso e decidirá se é candidato a um transplante. Os prestadores de transplantes podem ser locais ou fora da área de serviço. Se os provedores locais de transplante estiverem dispostos a aceitar a taxa do Medicare, nesse caso você pode receber os seus serviços de transplante localmente ou fora do padrão de cuidados da sua comunidade. Se o Neighborhood INTEGRITY fornecer serviços de transplante num local distante fora da área de serviço e você optar por receber o seu transplante lá, providenciaremos ou pagaremos os custos de alojamento e viagem para si e para uma outra pessoa. *É necessária autorização prévia.	
Cuidados de saúde mental em regime de internamento hospitalar* O plano pagará pelos serviços de saúde mental que exigem uma estadia no hospital. *É necessária autorização prévia.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços e suprimentos para doenças renais O plano pagará pelos seguintes serviços: - Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar os cuidados renais e ajudar os Membros a tomar boas decisões sobre os seus cuidados. Você deve ter uma doença renal crônica no estágio IV e o seu médico deve encaminhá-lo. O plano cobrirá até seis sessões de serviços de educação sobre doenças renais. - Tratamentos de hemodiálise ambulatoriais, incluindo tratamentos de hemodiálise quando temporariamente fora da área de serviço, são explicados no Capítulo 3, Seção B. - Tratamentos de hemodiálise hospitalares se você for admitido (internado) num hospital para cuidados especiais - Formação de hemodiálise domiciliária, incluindo formação para si e qualquer pessoa que o ajude com os seus tratamentos de hemodiálise em casa - Equipamento e suprimentos domiciliários de hemodiálise - Certos serviços de apoio domiciliar, como visitas necessárias de profissionais treinados em hemodiálise para verificar a sua hemodiálise em casa, auxiliar em situações de emergência e verificar o seu equipamento de hemodiálise e suprimento de água O seu benefício do Medicare Parte B paga alguns medicamentos para a hemodiálise. Para obter informações, consulte “Medicamentos prescritos do Medicare Parte B” nesta tabela.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
 Rastreamento do câncer do pulmão O plano pagará o rastreamento do câncer do pulmão a cada 12 meses se você: • Tiver entre 55-77 anos, e • Tiver um aconselhamento e uma visita compartilhada de tomada de decisão com o seu médico ou outro profissional, e • Tiver fumado, pelo menos, 1 maço por dia, durante 30 anos sem sinais ou sintomas de câncer do pulmão ou estiver a fumar agora ou tiver parado nos últimos 15 anos. Depois do primeiro rastreamento, o plano pagará por outro rastreamento a cada ano, com uma ordem por escrito do seu médico ou outro prestador qualificado.	\$0
 Programa de Prevenção de Diabetes do Medicare (MDPP) O plano pagará pelos serviços do MDPP. O MDPP é concebido para ajudar a melhorar um comportamento saudável. Ele disponibiliza formação prática em: • mudança alimentar a longo prazo, e • aumento da atividade física, e • formas de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Medicamentos prescritos do Medicare Parte B* Estes medicamentos estão cobertos pela Parte B do Medicare. O Neighborhood INTEGRITY pagará pelos medicamentos seguintes: • Medicamentos que, normalmente, você não administra a si próprio e são injetados ou através de infusão enquanto recebe serviços de cuidado médico, cuidado ambulatorio ou serviços de centro de cirurgia ambulatoria. • Medicamentos que toma usando equipamento médico durável (como nebulizadores) que foram autorizadas pelo plano • Fatores de coagulação que administra por injeção se tiver hemofilia • Medicações imunossupressores, se você estiver inscrito no Medicare Parte A, no momento do transplante de órgão • Medicamentos de osteoporose que são injetados. Estes medicamentos são pagos se você não poder sair de casa, tiver uma fratura óssea que um prestador certifique estar relacionada à osteoporose pós-menopausa e não puder injetar a si mesma o medicamento • Antigénios • Certos medicamentos orais anticancerígenos e medicamentos contra a náusea • Certos medicamentos para a hemodiálise domiciliar, incluindo a heparina, o antídoto para heparina (quando medicamento necessário), os anestésicos tópicos e agentes estimulantes de eritropoiese (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® ou Darbepoetina Alfa) • Imunoglobulina Intravenosa (IV) para o tratamento domiciliar de doenças primárias por deficiência imunológica • O link seguinte irá levá-lo a uma Lista de Medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos à terapia por etapas**: https://www.nhpri.org/medicare-medicaid/pharmacybenefits/2020-pharmacy-benefits/	\$0



	Medicamentos prescritos do Medicare Parte B* (continuação) O Capítulo 5 explica o benefício de medicamentos de prescrição ambulatoria. Explica as regras que deve seguir para ter as prescrições cobertas. O Capítulo 6, Seção C4, explica o que você paga pelos seus medicamentos de prescrição ambulatoria através do nosso plano. *A autorização pode ser aplicada a alguns serviços desta categoria, incluindo, mas não limitado a medicamentos prescritos para tratar cancro administrados por prestadores, deficiências imunológicas, doenças raras, distúrbios neuromusculares, asma, osteoartrite e osteoporose. **A terapia por etapas pode ser necessária para as seguintes categorias de medicamentos prescritos da Parte B: • Fatores de coagulação da hemofilia • Doença inflamatória autoimune/crônica • Oncologia • Antieméticos • Anti-gota • Tratamento por imunoglobulina intravenosa polivalente (IVIG) • Agentes de EM - Esclerose Múltipla (MS) • Doença da retina • Anticorpos monoclonais • Fatores estimuladores de colônias de longa duração • Fatores estimuladores de colônias de curta duração • Terapia de Reposição Enzimática • Ácido hialurônico • Antiasmáticas • Agentes endócrinos e metabólicos • Andrógenos • Enzima bacteriana da collagenase • Distrofia Muscular de Duchenne • Antifúngicos relacionados ao imidazol • Corticotropina	
--	--	--



	• Angioedema hereditário (HAE) • Agentes sistêmicos do lúpus erpudutoatoso • Agentes passivos de imunização e tratamento de anticorpos monoclonais • Polineuropatia associada à amiloidose • Agentes de ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica (ALS) • Acromegalia • Síndromes periódicas associadas à criopirina • Terapia de enxaqueca • Depressão/Transtorno depressivo persistente (PDD) • Atrofia muscular espinhal (SMA) • Medicamentos NOC (medicamentos não classificados) para órgãos • Hipertensão arterial pulmonar (PAH) • Agentes estimulantes da eritropoiese • Hematologia e toxina botulínica	
--	---	--

cuidados hospício



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Cuidados nas instituições de enfermagem* O plano pagará pelos seguintes serviços: • Um quarto semi-privado ou um quarto privado se for clinicamente necessário. • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos que recebe como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias naturalmente presentes no organismo, como elementos de coagulação do sangue • Sangue, incluindo armazenamento e administração ○ O plano pagará por todo o sangue, hemácias concentradas e todas as outras partes do sangue, incluindo armazenamento e administração, a começar com o primeiro “pint” (aproximadamente meio litro). • Suprimentos médicos e cirúrgicos, dados por instituições de enfermagem • Testes laboratoriais dados pelas instituições de enfermagem • Radiografias e outros serviços de radiologia prestados pelas instituições de enfermagem • Serviços de médico/prestador O plano pagará também por outros serviços não indicados aqui. Normalmente, receberá os seus cuidados nas instalações da rede. No entanto, poderá receber os seus cuidados numa instituição que não esteja na nossa rede. Você pode receber os cuidados nos seguintes locais se eles aceitarem os valores de pagamento do nosso plano: • Um lar de idosos ou uma comunidade de reformados de cuidado contínuo onde morava antes de ir ao hospital	\$0 Se receber cuidados numa instalação de enfermagem, poderá ter que pagar parte do custo dos seus serviços. Este montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.



	(desde que ofereça assistência de enfermagem) Uma instituição de enfermagem onde o seu cônjuge mora, no momento em que você sai do hospital. *É necessária autorização prévia.	
--	---	--

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Benefício nutricional/dietético O plano pagará pela terapia nutricional médica e aconselhamento fornecido por um nutricionista licenciado para ajudá-lo a gerir uma condição crônica ou problema médico como diabetes, pressão alta, obesidade ou cancro. O plano também pagará a terapia nutricional e aconselhamento se você estiver a tomar um medicamento que possa afetar a capacidade de absorver nutrientes ou o seu metabolismo.	\$0
	Rastreio de obesidade e terapia para manter o peso baixo O plano pagará o aconselhamento para ajudá-lo a perder peso. Você deve receber o aconselhamento num consultório de cuidados primários. Desta forma, pode ser gerido com o seu plano completo de prevenção. Converse com o seu médico para obter mais informações. Este serviço é limitado a vinte e duas (22) visitas a cada doze (12) meses.	\$0
	Serviços de programas de tratamento com opiáceos O plano pagará os seguintes serviços para tratar o transtorno do uso de opiáceos: - Medicamentos aprovados pela Agência de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) e, se aplicável, gerindo e administrando estes medicamentos - Aconselhamento sobre o uso de substâncias - Terapia individual e em grupo - Teste de drogas ou produtos químicos no seu corpo (teste de toxicologia)	
	Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar



Testes de diagnóstico ambulatorio e serviços e suprimentos terapêuticos* O plano pagará pelos seguintes serviços: • Radiografias • Terapia por radiação (rádio e isótopo), incluindo materiais técnicos e suprimentos • Suprimentos cirúrgicos, como curativos • Talas, moldes em gesso e outros dispositivos usados para fraturas e luxações • Análises laboratoriais • Sangue e armazenamento de sangue e administração • Outros testes de diagnóstico ambulatorio • Teste genético não utilizado para diagnóstico de gravidez ○ É necessária autorização prévia. • Terapia com células (CART-T) ○ É necessária autorização prévia. • Teste de IgE (alergia) ○ É necessária autorização prévia quando mais de quinze (15) unidades de teste são recebidas por doze (12) meses consecutivos • Teste de fibrose cística ○ Limitado a um (1) teste uma vez na vida O plano pode também pagar por outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
--	------------



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços hospitalares ambulatoriais* O plano paga pelos serviços medicamente necessários que receba no departamento ambulatorio de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão. O plano pagará pelos seguintes serviços: • Os serviços num departamento de emergência ou numa clínica ambulatoria, como serviços de observação ou cirurgia ambulatoria ○ Os serviços de observação ajudam o seu médico a saber se precisa de ser admitido no hospital como um “paciente internato”. ○ Às vezes, você pode ficar no hospital durante a noite e ainda ser um “ambulatorio”. ○ Pode obter mais informações sobre ser um paciente internado ou ambulatorio nesta ficha informativa: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Testes de Laboratórios e de diagnóstico faturados pelo hospital • Cuidados de saúde mental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um provedor certificar que o tratamento de internamento é necessário sem ele • Radiografias e outros serviços de radiologia faturados pelo hospital • Suprimentos médicos, como talas e moldes de gesso • Exames preventivos e serviços indicados em toda a Tabela de Benefícios • Alguns medicamentos que não pode dar a si mesmo O plano pode também pagar por outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Cuidados de saúde mental ambulatoriais* O plano pagará serviços de saúde mental prestados por: • centros comunitários de saúde mental, • um psiquiatra ou médico licenciado pelo estado, • um psicólogo clínico, • um assistente social clínico, • uma enfermeira clínica especializada, • uma enfermeira clínica, • um médico assistente, ou • qualquer outro profissional de saúde mental qualificado do Medicare ou Rhode Island Medicaid, conforme permitido pelas leis estatais aplicáveis. O plano pagará os seguintes serviços: • Serviços clínicos • Tratamento individual, em grupo e familiar • Intervenção de crise e estabilização • Serviços de emergência • Avaliação diagnóstica • Testes psicológicos • Avaliação e gestão de medicamentos • Serviços especializados para pessoas com doenças mentais graves, incluindo Saúde Domiciliar Integrada e Tratamento Comunitário Assertivo • Hospitalização parcial • Tratamento de dia/noite • Tratamento intensivo ambulatorio • Tratamento em grupo • Tratamento integrado de diagnóstico duplo para pessoas com doenças mentais e transtornos por uso de substâncias • Tratamento de saúde mental ordenado pelo Tribunal O plano também pode pagar por outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços de reabilitação ambulatoriais* O plano pagará pela fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia de linguagem, terapia de audição e terapia respiratória. ➤ É necessária uma autorização prévia para fisioterapia e terapia ocupacional após a avaliação inicial e oito (8) visitas. Pode receber serviços de reabilitação ambulatoriais dos departamentos ambulatoriais hospitalares, consultórios de terapeutas independentes, unidades de serviços abrangentes de reabilitação ambulatoria (CORF) e outras instituições. ➤ É necessária uma autorização prévia para serviços de reabilitação ambulatoriais.	\$0
Serviços ambulatoriais de tratamento de uso de substâncias O plano pagará por: • Aconselhamento sobre o uso de substâncias • Programas de tratamento com opiáceos assistidos por medicamentos, incluindo dosagem e aconselhamento com metadona e prescrições para outros medicamentos, como a suboxona • Serviços de Assistência Domiciliar ao Programa de Tratamento com Opiáceos (OTP), que fornecem recursos aos Membros dependentes de opiáceos que estão atualmente a receber ou que cumprem os critérios para tratamento assistido por medicamentos • Desintoxicação medicamente gerida num ambiente hospitalar ou programa de desintoxicação • Tratamento integrado de diagnóstico duplo para pessoas com doenças mentais e transtornos por uso de substâncias • Tratamento de uso de substância ordenado pelo Tribunal O plano também poderá pagar por outros serviços não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



	Cirurgia ambulatoria* O plano pagará por cirurgia ambulatoria e os serviços em instituições ambulatorias hospitalares e centros cirurgicos ambulatorios. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
	Serviços médicos/prestadores de serviços, incluindo consultas médicas O plano pagará os seguintes serviços: • Cuidados de saúde ou serviços de cirurgia medicamente necessários, fornecidos em locais como: ○ consultório médico ○ centro cirurgico ambulatorio certificado ○ departamento hospitalar ambulatorio • Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • Exames básicos de audição e equilíbrio fornecidos pelo seu provedor, se solicitar para saber se precisa de tratamento • Serviços de saúde através de assistência telefonica (tele-saúde) para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de um derrame (avc) • Registos (check-in) virtuais (por exemplo, por telefone ou conversa por vídeo chamada) com o seu provedor por 5-10 minutos se: ○ Não é um paciente novo e ○ O registo (check-in) não está relacionado com uma visita ao consultório nos últimos sete dias e ○ O registo (check-in) não o leva a uma visita ao consultório dentro de 24 horas ou a uma consulta disponível mais cedo • Avaliação de vídeo e/ou imagens que enviou ao seu médico e explicação e acompanhamento pelo seu médico dentro de 24 horas se: ○ não é um paciente novo e ○ a avaliação não está relacionada com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e	\$0



	○ a avaliação não leva a uma visita ao consultório dentro de 24 horas ou à consulta disponível mais cedo • o seu médico consultou outros médicos por telefone, Internet ou prontuário eletrônico, se não for um paciente novo. • Segunda opinião por outro provedor da rede antes de um procedimento médico • Cuidados dentários e de saúde oral não rotineiros, incluindo taxas de sala de cirurgia e serviços de anestesia. Os serviços cobertos estão limitados a: ○ cirurgia da mandíbula ou estruturas relacionadas, ○ ajuste das fraturas da mandíbula ou dos ossos faciais, ○ arrancar dentes antes dos tratamentos de radiação de cancro neoplásico, ou ○ serviços que seriam cobertos quando providenciados por um médico.	
	Serviços de podologia O plano pagará os seguintes serviços: • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (como dedo do pé em martelo ou esporas no calcanhar) Cuidados de rotina com os pés para Membros com doenças que afetam as pernas, como diabetes	
	Exames de rastreio de cancro da próstata O plano pagará os seguintes serviços: • Exame Retal Digital • Um teste do Antígeno Específico da Prostático (PSA) Este serviço é limitado a um (1) rastreio por doze (12) meses para membros com 50 anos ou mais.	



Dispositivos protéticos e suprimentos relacionados * Os dispositivos protéticos substituem a toda ou parte de um membro ou função do corpo. O plano pagará os dispositivos protéticos seguintes: • Bolsas e suprimentos de colostomia associados ao cuidado de colostomia • Marca-passo (Pacemaker – dispositivo eletrônico e pequeno) • Aparelho ortodôntico • Sapatos protéticos • Braços e pernas artificiais • Próteses mamárias (incluindo sutiã cirúrgico após mastectomia) O plano pagará por alguns suprimentos associados aos dispositivos protéticos. Também pagarão pela reparação ou substituição de dispositivos protéticos. O plano oferece alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia da catarata. Para mais detalhes, nesta Seção, consulte "Cuidados com a visão" mais à frente, na página 80. O plano pode também pagar por outros dispositivos não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
--	-----

Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Serviços de reabilitação pulmonar O plano pagará por programas de reabilitação pulmonar para Membros que têm doença pulmonar obstrutiva crônica (COPD) moderada a muito grave. O Membro deve ter um pedido de reabilitação pulmonar do médico ou prestador do tratamento da COPD.	\$0



	Casas de saúde mental e serviços de tratamento de uso de substâncias* O plano pagará por: - Serviços residenciais de tratamento de saúde mental a curto e longo prazo. - Tratamento residencial de uso grave de substâncias - Tratamento de saúde mental e de uso de substâncias ordenado pelo Tribunal *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
	Serviços para prevenir o internamento hospitalar ou instituição de enfermagem* O plano pagará um conjunto limitado de serviços para pessoas com alto risco de hospitalização ou internamento numa instituição de enfermagem, incluindo: - Serviços domiciliares, como preparação das refeições ou os cuidados domésticos de rotina - Modificações menores na sua casa, como barras de apoio, cadeiras de duche e assentos sanitários elevados - Serviços de fisioterapia antes da cirurgia, se a terapia melhorar a recuperação ou reduzir o tempo de reabilitação - Avaliação fisioterapêutica para aparelhos ou dispositivos de acessibilidade em casa - Serviços de cuidados de repouso ou assistência temporária *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
 Rastreamento e aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis (STI) O plano pagará pelo rastreamento de clamídia, gonorréia, sífilis e hepatite B. Um médico de cuidados primários deve prescrever os testes. O plano pagará também por sessões presenciais de aconselhamento comportamental de alta intensidade, a cada ano, para adultos sexualmente ativos com risco elevado de STI. As sessões de aconselhamento de saúde comportamental de alta intensidade são limitadas a duas (2) sessões por ano.	\$0



Instituição de cuidados de enfermagem especializados (SNF)* O plano pagará os serviços seguintes: • Um quarto semiprivado ou um quarto privado se for clinicamente necessário • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos que receba como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias que estão naturalmente no organismo, como elementos de coagulação do sangue • Sangue, incluindo armazenamento e administração ○ O plano pagará por todo o sangue, as hemácias concentradas e todas as outras partes do sangue, incluindo armazenamento e administração para o primeiro “pint” (aproximadamente meio litro). ○ Suprimentos médicos e cirúrgicos, fornecidos por instituições de enfermagem • Testes de laboratórios prestados pelas instituições de enfermagem • Radiografias e outros serviços de radiologia dados pelas instituições de enfermagem • Aparelhos, como cadeiras de rodas, normalmente fornecidos pelas instituições de enfermagem • Serviços médicos/de prestadores O plano também pode pagar por outros dispositivos não indicados aqui. Geralmente, recebe os seus cuidados nas instalações da rede. No entanto, poderá obter os seus cuidados numa instalação que não esteja na nossa rede. Pode receber atendimento nos seguintes locais se se eles aceitarem os valores de pagamento do nosso plano: • Um lar de idosos ou uma comunidade de reformados de cuidados continuados onde você morava antes de ir ao hospital (desde que ofereça assistência de cuidados de enfermagem) • Uma instituição de enfermagem onde o seu cônjuge mora no momento em que você sai do hospital *É necessária autorização prévia.	\$0
--	------------



Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Equipamento médico especial/dispositivos auxiliares menores* O plano pagará equipamentos médicos especiais e suprimentos para tornar as atividades diárias mais fáceis para si, como comer e tomar banho. *É necessária autorização prévia.	\$0

Serviços pagos pelo nosso plano		O que você tem de pagar
	Terapia de Exercícios Supervisionados (SET)* O plano pagará pela SET para Membros com doença arterial periférica sintomática (PAD) que têm um encaminhamento por PAD do médico responsável pelo tratamento de PAD. O plano pagará: • Até 36 sessões durante um período de 12 semanas, se todos os requisitos de SET forem satisfeitos • Um suprimento de 36 sessões ao longo do tempo, se consideradas clinicamente necessárias por um médico O programa SET deve ser: • Sessões de 30 a 60 minutos de um programa terapêutico de treino físico de PAD para membros com câibras nas pernas devido ao fluxo sanguíneo deficiente (claudicação) • Num ambiente hospitalar ambulatorio ou no consultório médico • Realizado por pessoal qualificado que garante que os benefícios excedem os danos e que são formados em terapia de exercícios para PAD • Sob a supervisão direta de um médico, médico assistente, ou especialista em enfermagem clínica/profissional de saúde especializados, formados em ambas as técnicas de suporte básico e avançado de vida.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
Cuidados urgentemente necessários Cuidados urgentemente necessários são cuidados não emergenciais para tratar: • uma súbita doença médica, ou • uma lesão aguda, ou • uma condição que precisa de cuidados de imediato. Se precisar de cuidados urgentes, deve primeiro tentar obtê-los de um provedor da rede. No entanto, pode usar prestadores de fora da rede quando não conseguir um provedor da rede. A cobertura é limitada apenas aos EUA e aos seus territórios.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
 Cuidados com a visão* O plano pagará por um exame oftalmológico de rotina e óculos, uma vez a cada dois anos. Lentes de óculos são cobertas mais de uma vez a cada dois anos, apenas se for medicamente necessário. As lentes de contacto podem ser cobertas se tiver uma condição visual ou ocular que será melhor tratada com lentes de contacto do que com óculos. O plano pagará por serviços médicos ambulatoriais e outros prestadores de serviços para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Por exemplo, isto inclui exames oftalmológicos anuais de retinopatia diabética para pessoas com diabetes e tratamento para degeneração macular associada à idade. Para pessoas com alto risco de glaucoma, o plano pagará rastreios do glaucoma. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem: • pessoas com história familiar de glaucoma, • pessoas com diabetes, • Afro-americanos com 50 anos ou mais, e • Hispano-americanos com 65 anos ou mais. O plano pagará um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia da catarata quando o médico insere uma lente intraocular. (Se tiver duas cirurgias da catarata separadas, deverá receber um par de óculos após cada cirurgia. Você não pode obter dois pares de óculos após a segunda cirurgia, mesmo que não tenha recebido um par de óculos após a primeira cirurgia. Os rastreios do glaucoma são limitados a um (1) a cada doze (12) meses. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0



Serviços pagos pelo nosso plano	O que você tem de pagar
 Consulta preventiva "Bem-vindo ao Medicare" O plano abrange apenas uma visita preventiva de "Bem-vindo ao Medicare". A consulta inclui: • uma revisão da sua saúde, • educação e aconselhamento sobre os serviços preventivos necessários (incluindo exames e vacinas) e • referências a outros cuidados, se necessário. Nota: Cobrimos a visita preventiva "Bem-vindo ao Medicare" apenas durante os 12 primeiros meses que tem Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, diga ao consultório do seu provedor, que deseja agendar a sua consulta preventiva "Bem-vindo ao Medicare".	\$0

O nosso plano também cobre os serviços de cuidados continuados e apoio social (LTSS) para os Membros que precisam deles e se qualificam para os serviços LTSS através do Rhode Island Medicaid. Poderá ser necessário pagar parte do custo dos serviços. O valor pago é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Os serviços LTSS	O que você tem de pagar
Vida assistida* O plano pagará serviços e suportes para viver numa residência com vida assistida. O plano abrange dois níveis de serviços de vida assistida: um nível básico de serviço e um nível elevado de serviço. *É necessária autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços comunitários de transição O plano fornecerá serviços para ajudá-lo a mudar de uma instituição de enfermagem ou residência/lar para uma casa particular. O plano pagará também, apenas uma vez, por algumas despesas para ajudá-lo a organizar uma casa particular quando sair de uma instituição ou centro de enfermagem.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Assistência durante o dia O plano pagará serviços de autoajuda e competências sociais.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Apoio ao emprego O plano pagará serviços, como supervisão, transporte ou formação, para ajudá-lo a encontrar ou manter um emprego remunerado.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Cuidados domésticos* O plano pagará pelos serviços de casa para ajudar nas tarefas domésticas gerais, como preparação das refeições ou serviços domésticos em geral. *É necessária autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Refeições sobre rodas O plano pagará até uma refeição, cinco dias por semana, para ser entregue em sua casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Assistência de cuidados pessoais* O plano pagará pela assistência com atividades diárias em sua casa ou na comunidade, se tiver uma deficiência e não puder realizar as atividades por conta própria. *É necessária autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Sistema de Resposta de Emergência Pessoal O plano pagará dispositivos eletrônicos para ajudá-lo em caso de emergência.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviço privado de enfermagem O plano pagará por cuidados individuais e contínuos prestados por enfermeiros licenciados em sua casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços de reabilitação* O plano pagará por serviços físicos especializados, ocupacionais e terapia da fala em centros de reabilitação ambulatoria. *Pode ser necessária autorização prévia.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Assistência residencial O plano pagará serviços para ajudá-lo com as atividades diárias para viver na sua própria casa, como aprender a preparar refeições e fazer tarefas domésticas.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de cuidados temporários O plano pagará por serviços temporários ou de cuidado a curto prazo quando uma pessoa que normalmente cuida de si não estiver disponível para prestar o atendimento.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Rlte @ Home (Medidas de Apoio à Vida - Vida Compartilhada) O plano pagará pelos cuidados pessoais e outros serviços prestados por um cuidador que mora em casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços autodirigidos e assistências Se você estiver inscrito no Programa de Escolha Pessoal, o plano pagará pelos: - Serviços, equipamentos e suprimentos que o ajudam a viver na comunidade - Serviços que o ajudam a direcionar e pagar pelos seus próprios serviços	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Acompanhante adulto/sênior O plano pagará por ajuda não médica e apoio social com atividades diárias, como a preparação de refeições, lavar a roupa e fazer as compras.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Serviços de enfermagem qualificados* O plano pagará serviços de enfermagem qualificados. *Pode ser necessária autorização prévia.	Determinado por Rhode Island Medicaid



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Benefícios cobertos fora do Neighborhood INTEGRITY

Os serviços seguintes não são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY, mas estão disponíveis através do Medicare ou Rhode Island Medicaid.

E1. Cuidados Paliativos

Você pode conseguir serviços de qualquer programa certificado de cuidados paliativos pelo Medicare. Tem o direito de eleger cuidados paliativos, se o seu médico e diretor médico dos cuidados paliativos determinarem que você tem um prognóstico terminal. Isto quer dizer que você tem uma doença terminal e a sua esperança de vida é de seis meses ou menos. O seu provedor de cuidados paliativos pode ser um provedor da rede ou de fora da rede.

Veja a Tabela de Benefícios, na Secção D deste capítulo, para ter mais informações sobre o que o Neighborhood INTEGRITY paga enquanto estiver a receber serviços de cuidados paliativos.

Para os serviços de cuidados paliativos e serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B que se relacionem com seu prognóstico terminal:

- O prestador de cuidados paliativos emitirá uma fatura ao Medicare pelos seus serviços. O Medicare pagará pelos serviços de cuidados paliativos relacionados com o seu prognóstico terminal. Não pague nada por estes serviços.

Para os serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal (exceto para atendimento de emergência ou cuidados urgentes):

- O prestador de cuidados paliativos emitirá uma fatura ao Medicare pelos seus serviços. O Medicare pagará pelos serviços cobertos pelo Medicare Parte A ou B. Não pague nada por estes serviços.

Para medicamentos que podem ser cobertos pelo benefício do Medicare Parte D do Neighborhood INTEGRITY:

- Os medicamentos nunca são ambos cobertos pelos cuidados paliativos e o nosso plano, ao mesmo tempo. Para mais informações, por favor consulte o Capítulo 5, Secção F3.

Nota: Se precisar de cuidados não paliativos, deve contactar o seu Gestor de Cuidados para providenciar os serviços. Os cuidados não paliativos são cuidados que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E2. Os serviços odontológicos

Os cuidados dentários regulares, como limpezas, restaurações ou dentaduras, são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. No entanto, o atendimento odontológico necessário para tratar doenças ou lesões pode ser coberto pelo plano como tratamento hospitalar ou ambulatorio. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 TTY: 711 se não tiver a certeza se o plano ou o Rhode Island Medicaid cobre os serviços odontológicos que precisa ou se precisa de ajuda para encontrar um dentista.

E3. Transporte não urgente

Você pode ter direito a um passe de autocarro RIPTA, com tarifa reduzida. Para obter um passe de autocarro RIPTA com tarifa reduzida, visite o escritório de identificação RIPTA em One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o escritório de atendimento ao cliente RIPTA em 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Ligue para o RIPTA através do número 1-401-784-9500 para obter mais informações.

Se for incapaz de usar o passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre o transporte não urgente. Se precisar de transporte não urgente, ligue para o número 1-855-330- 9131 (TTY 711) ou para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 TTY: 711. Pode solicitar transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, sete dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser agendado, pelo menos, dois dias úteis antes da consulta.

E4. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento

Os serviços residenciais para pessoas com incapacidades intelectuais e de desenvolvimento são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 TTY: 711 se não tiver a certeza que o plano do Rhode Island Medicaid cobre os serviços que está a precisar.

E5. Serviços de estabilização residencial

Se é um sem-abrigo, corre o risco de perder a habitação ou mudar-se de uma instituição de enfermagem para a comunidade, poderá obter serviços do Rhode Island Medicaid para ajudá-lo com problemas relacionados com a habitação. Se tiver perguntas sobre os serviços que o Rhode Island Medicaid cobre ou se desejar uma indicação para este programa, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 TTY: 711.

F. Benefícios não abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY, Medicare, ou Rhode Island Medicaid

Esta a secção informa-o que tipo de benefícios são excluídos pelo plano. Excluído significa que o plano não paga por esses benefícios. O Medicare e o Rhode Island Medicaid não pagarão por eles.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



A lista abaixo descreve alguns serviços e produtos que não são cobertos pelo plano sob quaisquer condições e alguns que são excluídos pelo plano apenas em certos casos.

O plano não pagará pelos benefícios médicos excluídos indicados nesta seção (ou em qualquer outra parte deste *Manual do Membro*) exceto nas condições específicas indicadas. Se achar que deveríamos pagar por um serviço que não é coberto, pode apresentar um recurso. Para ter mais informações sobre a apresentação de um recurso, veja o Capítulo 9, Seção 4.

Além de quaisquer exclusões ou limitações descritas na Tabela de Benefícios, **os serviços e produtos seguintes não são cobertos pelo nosso plano:**

- Os serviços considerados não "razoáveis e necessários", de acordo com os padrões do Medicare e do Rhode Island Medicaid, a menos que esses serviços sejam indicados pelo nosso plano como serviços cobertos.
- Tratamentos médicos e cirúrgicos experimentais, produtos e medicamentos, a não ser cobertos pelo Medicare ou no âmbito de um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare ou pelo nosso plano. Veja o Capítulo 3, página 41, para mais informações sobre estudos de pesquisa clínica.
Os tratamentos experimentais e produtos são aqueles que não são normalmente aceites pela comunidade médica.
- Tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando for medicamento necessário e o Medicare ou o Rhode Island Medicaid pagarem por isso.
- Inscrição em ginásio.
- Um quarto privado no hospital, exceto quando for medicamento necessário.
- Produtos pessoais no seu quarto num hospital ou numa instituição de enfermagem, como um telefone ou uma televisão.
- As taxas cobradas pelo seu cônjuge, responsável ou representante legal.
- Procedimentos ou serviços de melhoramento eletivo ou voluntário (incluindo perda de peso, crescimento capilar, desempenho sexual, desempenho atlético, finalidades cosméticas, antienvelhecimento e desempenho mental), exceto quando for medicamento necessário.
- Cirurgia cosmética ou qualquer outro trabalho cosmético. Existem circunstâncias clínicas especiais em que a cobertura está disponível. Isso inclui, mas não se limita a, pedidos envolvendo cuidados a transgêneros, cuidados após cancro de mama que criou problemas cosméticos e situações em que um problema cosmético afete a função normal ou o bem-estar emocional.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Sapatos ortopédicos, a menos que os sapatos façam parte de um suporte para as pernas e estejam incluídos no custo do suporte, ou os sapatos sejam para uma pessoa com a doença do pé diabético.
- Ceratotomia radial, cirurgia LASIK e outros apoios de baixa visão.
- Reversão de procedimentos de esterilização e suprimentos contraceptivos sem prescrição médica.
- Serviços de Naturopatia (o uso de tratamentos naturais ou alternativos).
- Serviços prestados aos veteranos no Departamento de Assuntos de Veteranos dos Estados Unidos (VA). No entanto, quando um veterano receber serviços de emergência num hospital de VA e houver partilha de custos de VA, nós reembolsaremos o veterano pelo valor pago.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 5: Receber os seus medicamentos prescritos ambulatoriamente através do plano

Introdução

Este capítulo explica as regras para conseguir seus medicamentos prescritos de forma ambulatoria. Estes são os medicamentos que seu médico solicitou para si, que pode adquirir numa farmácia ou por correspondência. Estes incluem medicamentos cobertos pelo Medicare Parte D e Medicaid. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética, no último capítulo do *Manual do Membro*.

O Neighborhood INTEGRITY também cobre os seguintes medicamentos, embora eles não sejam abordados neste capítulo:

- Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte A. Estes incluem alguns medicamentos administrados enquanto estiver num hospital ou numa instituição de enfermagem.
- Medicamentos abrangidos pelo Medicare Parte B. Estes incluem alguns medicamentos de quimioterapia, alguns medicamentos injetáveis que lhe foram dados durante uma consulta com um médico ou outro prestador e medicamentos que lhe foram dados numa clínica de hemodiálise. Para saber mais sobre quais medicamentos do Medicare Parte B são cobrados, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, Secção D.

Regras para a cobertura de medicamentos ambulatoriais do plano

O plano, geralmente, irá cobrir os seus medicamentos, desde que siga as regras nesta secção.

1. Você deve ter um médico ou outro prestador a receitar a sua prescrição. Esta pessoa é, normalmente, o seu provedor de cuidados de saúde primários (PCP). Pode também ser um outro provedor. Se o seu prestador de cuidados primários o referiu para o cuidado.
 2. Você deve, normalmente, utilizar uma farmácia da rede para reencher sua prescrição.
 3. O seu medicamento prescrito deve estar na *Lista de Medicamentos Cobertos* do plano. Para abreviar, chamamos de "Lista de Medicamentos".
 - Se não estiver na Lista de Medicamentos, talvez possamos cobrir o medicamento, abrindo-lhe uma exceção.
 - Consulte a página 154 para saber como solicitar uma exceção.
 4. O seu medicamento deve ser usado para um motivo clinicamente aceite. Isto significa que o uso do medicamento é aprovado pela Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) ou apoiado por alguns livros de referência. "Indicação
-
- Se tiver perguntas**, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



medicamento aceite” é definida como um diagnóstico aprovado sob a Lei Federal de Alimentos, Medicamentos e Cosméticos ou que é apoiado por pesquisas científicas encontradas nas informações sobre medicamentos no American Hospital Formulary Service e/ou Informações DRUGDEX®.

Índice

A. Adquirir as suas prescrições	99
A1. Adquirir a sua prescrição numa farmácia da rede	99
A2. Usar o seu Cartão de Identificação do Membro ao despachar uma prescrição.....	99
A3. O que fazer se quiser mudar para uma farmácia da rede diferente	99
A4. O que fazer se a sua farmácia sair da rede.....	99
A5. Usar uma farmácia especializada.....	100
A6. Usar serviços por correspondência para obter os seus medicamentos	100
A7. Obter um suprimento de medicamentos a longo prazo	102
A8. Usar uma farmácia que não está na rede do plano	103
A9. Reembolsá-lo se pagar por uma prescrição.....	103
B. A Lista de Medicamentos do plano	103
B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos	103
B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos.....	104
B3. Medicamentos que não estão na Lista de Medicamentos	104
B4. Níveis da Lista de Medicamentos	105
C. Limites de alguns medicamentos	106
D. Motivos pelos quais o seu medicamento pode não estar coberto	107
D1. Obter um suprimento temporário.....	107
E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos	110
F. Cobertura de medicamentos em casos especiais	112
F1. Se estiver num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano	112



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F2. Se estiver numa instituição de cuidados a longo prazo	112
F3. Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare	112
G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos	113
G1. Programas para ajudar os Membros a usar medicamentos em segurança.....	113
G2. Programas para ajudar os Membros a gerir os seus medicamentos	113
G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os Membros a usar com segurança os seus medicamentos opiáceos	114



A. Adquirir as suas prescrições

A1. Adquirir a sua receita numa farmácia da rede

Na maioria dos casos, o plano pagará por prescrições **apenas** se elas forem adquiridas nas farmácias da rede do plano. Uma farmácia da rede é uma loja de medicamentos que concordou em providenciar as receitas para os Membros do nosso plano. Você pode ir a qualquer uma das nossas farmácias da rede.

Para encontrar uma farmácia da rede, pode procurar no *Diretório de Provedores e Farmácias*, visite a nossa página ou entre em contacto com os Serviços dos Membros ou com o seu Gestor de Cuidados.

A2. Usar o seu Cartão de Identificação do Membro ao despachar uma prescrição

Para despachar a sua receita, **mostre o seu Cartão de Identificação do Membro** na sua farmácia da rede. A farmácia da rede irá faturar o plano para o seu medicamento de prescrição coberto.

Se não tiver o seu Cartão de Identificação do Membro consigo quando despachar a sua receita, peça à farmácia para ligar ao plano para ter a informação necessária.

Se a farmácia não estiver capaz de obter a informação necessária, pode ter que pagar o custo total da receita quando a for levantar. Depois, pode pedir-nos o reembolso. Se não puder pagar pelo medicamento, entre em contacto com os Serviços dos Membros imediatamente. Faremos o que pudermos para ajudá-lo.

- Para saber como nos solicitar o reembolso, consulte o Capítulo 7, Secção A.
- Se precisar de ajuda para conseguir uma receita médica, pode contactar os Serviços dos Membros ou o seu Gestor de Cuidados.

A3. O que fazer se quiser mudar para uma farmácia diferente, da rede

Se mudar de farmácia e precisar de um reenchimento de receita médica, poderá solicitar uma nova receita escrita por um provedor ou solicitar que sua farmácia transfira a receita para a nova farmácia.

Se precisar de ajuda para mudar sua farmácia da rede, pode contactar os Serviços dos Membros ou o seu Gestor de Cuidados.

A4. O que fazer se sua farmácia sair da rede

Se a farmácia que usa sair da rede do plano, terá de encontrar uma nova farmácia na rede.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Para encontrar uma nova farmácia na rede, pode consultar ao *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite a nossa página, entre em contacto com os Serviços dos Membros ou com o seu Gestor de Cuidados.

A5. Usar uma farmácia especializada

Às vezes as receitas devem ser despachadas numa farmácia especializada.

Farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão em casa.
- Farmácias que fornecem medicamentos a residentes de Cuidados Continuados numa instituição, como um lar de idosos.
 - Geralmente, as instituições de Cuidados Continuados têm as suas próprias farmácias. Se for um residente de um centro de cuidados a longo prazo, temos de ter a certeza que consegue receber os medicamentos necessários na farmácia da instituição.
 - Se a farmácia do seu estabelecimento de cuidado de longo prazo não estiver na nossa rede, ou você tiver alguma dificuldade em aceder aos seus benefícios de medicamentos numa instituição de cuidado de longo prazo, entre em contacto com os Serviços dos Membros.
- As farmácias que servem o programa de saúde da Serviço de Saúde Indígena /Tribal/Programa Urbano de Saúde Indígena. Exceto em caso de emergência, apenas os nativos americanos ou nativos do Alasca podem usar essas farmácias.
- Farmácias que fornecem medicamentos que requerem manipulação e instruções especiais sobre o seu uso.

Para encontrar uma farmácia especializada, pode consultar o *Diretório de Prestadores e Farmácias*, visite a nossa página, entre em contacto com os Serviços dos Membros ou com o seu Gestor de Cuidados.

A6. Usar serviços por correspondência para obter os seus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, pode usar os serviços de pedidos por correio em rede do plano. Geralmente, os medicamentos disponíveis através dos serviços por correspondência são medicamentos que toma regularmente para uma condição médica crónica ou de longo prazo.

O serviço por correspondência do nosso plano permite-lhe solicitar até 90 dias de suprimento. Um suprimento de 90 dias em a mesma participação que um suprimento de um mês.

Prescrições despachadas por correio

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Para obter formulários de pedidos e informações sobre como despachar as suas receitas por correio:

- Visite a página de encomendas por correspondência e registre-se em www.caremark.com/mailservice
- Ou, ligue para os Serviços dos Membros.

Geralmente, uma receita de encomenda por correspondência irá chegar-lhe dentro de 10 dias. Se a encomenda por correio de medicamentos prescritos estiver atrasada e precisar de um suprimento de emergência de uma farmácia de revenda, ligue para os Serviços dos Membros para obter ajuda com uma solicitação de substituição.

Processos de pedidos por correspondência

O serviço de encomenda por correspondência tem procedimentos diferentes para novas receitas que venham de si, novas receitas que venham diretamente do consultório do seu prestador e reenchantos das suas prescrições de encomenda por correspondência:

1. Novas prescrições que a farmácia receba de si

A farmácia irá despachar e entregar, automaticamente, as novas receitas recebidas de si.

2. Novas receitas que a farmácia receba diretamente do consultório do seu prestador

A farmácia irá despachar e entregar, automaticamente, as novas receitas recebidas dos seus prestadores de serviços de saúde, sem consultá-lo antes, se:

- Utilizou os serviços de encomenda por correspondência com este plano anteriormente, ou
- Se inscreveu para a entrega automática de todas as novas prescrições obtidas diretamente dos prestadores de cuidados de saúde. Pode solicitar entrega automática de todas as novas prescrições agora ou a qualquer momento, ao continuar a pedir ao seu médico que nos envie as suas prescrições. Ligue para os Serviços dos Membros para obter mais assistência.

Se utilizou encomenda por correspondência no passado e não quiser que a farmácia avie a sua nova prescrição automaticamente, por favor, entre em contacto connosco ligando para os Serviços dos Membros.

Se nunca usou a nossa entrega por correspondência e/ou decidiu parar de despachar automaticamente as novas prescrições, a farmácia entrará em contacto consigo cada vez que ela receba uma nova receita de um médico para verificar se quer a medicação despachada e enviada imediatamente.

- Isto irá dar-lhe uma oportunidade de ter certeza que a farmácia está a entregar o medicamento certo (incluindo a concentração, quantidade e forma) e, se necessário, permitir-lhe cancelar ou adiar a ordem antes do seu envio.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- É importante que responda cada vez que for contactado pela farmácia, para que eles saibam o que fazer com a nova receita e para evitar eventuais atrasos no envio.

Para não receber entregas automáticas de novas receitas que você recebeu diretamente do consultório do seu prestador de cuidados de saúde, entre em contacto connosco, ligando aos Serviços de atendimento aos Membros.

3. Recarga de medicamentos prescritos de encomendas por correspondência

Para recargas dos seus medicamentos, tem a opção de se inscrever a um programa automático de reenchimento. No âmbito deste programa, começaremos a processar a sua próxima recarga automaticamente quando os nossos registos indicarem que deve estar perto de esgotar a sua medicação.

- A farmácia entrará em contacto consigo antes de enviar cada recarga para garantir que está a precisar de mais medicamentos, e poderá cancelar as recargas programadas se tiver medicamentos suficientes ou se a medicação tiver mudado.
- Se optar por não usar o nosso programa de recarga automática, por favor, entre em contacto com a sua farmácia, 15 dias antes dos medicamentos que tem se esgotarem, para ter certeza que a sua ordem seguinte lhe é enviada a tempo.

Para recusar participar no nosso programa que prepara automaticamente as recargas de encomendas pelo correio, entre em contacto connosco ligando para os Serviços dos Membros.

Para que a farmácia possa contactá-lo para confirmar a sua encomenda antes do envio, por favor, informe a farmácia sobre as melhores maneiras de entrar em contacto consigo. Ligue para os Serviços dos Membros ou aceda à sua conta na página www.caremark.com para deixar as suas informações de contacto preferidas.

A7. Obter um suprimento de medicamentos a longo prazo

Pode receber um suprimento de longo prazo dos medicamentos regulares na Lista de Medicamentos do nosso plano. Os medicamentos regulares são medicamentos que toma regularmente, para uma condição médica crónica ou de longo prazo.

Algumas farmácias da rede permitem receber um suprimento de longo prazo dos medicamentos regulares. Um suprimento de 90 dias tem a mesma participação como um suprimento de um mês. O *Diretório de Prestadores e Farmácias* informa-o quais as farmácias que podem fornecer-lhe um suprimento de longo prazo de medicamentos regulares. Também pode ligar aos Serviços dos Membros para mais informações.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Para certos tipos de medicamentos, pode usar os serviços de encomenda por correio da rede do plano a fim de receber um suprimento de longo prazo de medicamentos regulares. Consulte a Secção acima (Secção A6) para saber mais sobre serviços de correspondência.

A8. Usar uma farmácia que não está na rede do plano

Geralmente, pagamos por medicamentos despachados numa farmácia de fora da rede *apenas* quando não puder usar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço, onde pode obter as suas receitas despachadas como Membro do nosso plano.

Pagaremos as prescrições despachadas numa farmácia de fora da rede, nos seguintes casos:

- Uma emergência declarada pela FEMA (Agência Federal de Gestão de Emergências)
- Tratamento de uma doença enquanto estiver a viajar fora da área de serviço do plano, mas dentro dos Estados Unidos, onde não há nenhuma farmácia da rede

Nestes casos, por favor, verifique primeiro através dos Serviços dos Membros se há uma farmácia da rede nas proximidades.

A9. Reembolsá-lo se pagar por uma prescrição

Se tiver de usar uma farmácia de fora da rede, normalmente, terá de pagar o custo total quando receber os medicamentos da receita. Pode pedir-nos para reembolsá-lo.

Para saber mais sobre este assunto, consulte o Capítulo 7, Secção A.

B. Lista de Medicamentos do plano

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Damos o nome de "Lista de Medicamentos".

As medicações da Lista de Medicamentos são seleccionadas pelo plano com a ajuda de uma equipa de médicos e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos informa também se existem quaisquer regras que precise seguir para obter o medicamento.

Geralmente, cobriremos um medicamento da Lista de Medicamentos do plano, desde que siga as regras explicadas neste capítulo.

B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos

A Lista de Medicamentos inclui as medicações cobertas pelo Medicare Parte D e algumas prescrições e medicamentos sem receita médica e produtos cobertos pelos seus benefícios do Medicaid.

A Lista de Medicamentos inclui ambos os nomes de marca, por exemplo, Synthroid® e medicamentos genéricos, por exemplo Levotiroxina. Medicamentos genéricos são constituídos pelos mesmos princípios ativos como os medicamentos de marca. Geralmente, eles funcionam tão bem como medicamentos de marca e normalmente custam menos.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O nosso plano cobre também determinados medicamentos sem receita médica e produtos. Alguns medicamentos sem receita funcionam tão bem como os medicamentos de prescrição e custam menos. Para ter mais informações, ligue para os Serviços dos Membros.

B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos

Para saber se um medicamento que está a tomar está na Lista de Medicamentos, pode:

- Verificar a Lista de Medicamentos mais recente que lhe foi enviada pelo correio.
- Visitar a página do plano em www.nhpri.org/INTEGRITY. Na página, a Lista de Medicamentos, é sempre a mais atualizada.
- Ligue para os Serviços dos Membros para descobrir se um medicamento está na Lista de Medicamentos do plano ou para solicitar uma cópia da lista.

B3. Medicamentos que não estão na Lista de Medicamentos

O plano não cobre todos os medicamentos prescritos. Alguns medicamentos não estão na Lista de Medicamentos porque a lei não permite que o plano cubra esses medicamentos. Noutros casos, decidimos não incluir um medicamento na Lista de Medicamentos.

O Neighborhood INTEGRITY não pagará os medicamentos indicados nesta secção. Estes são chamados de **medicamentos excluídos**. Se receber uma prescrição de um medicamento excluído, deve pagar por esse medicamento por sua conta. Se achar que devemos pagar pelo medicamento excluído por causa do seu caso, pode apresentar um recurso. (Para entender como registar um recurso, consulte o Capítulo 9).

Aqui estão três regras gerais das medicações excluídas:

1. A cobertura de medicamentos ambulatoriais do nosso plano (que inclui medicamentos da Parte D e do Medicaid) não pode pagar por um medicamento que já estaria coberto pelo Medicare Parte A ou Parte B. Os medicamentos cobertos pelo Medicare Parte A ou Parte B são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY gratuitamente, mas não são considerados como fazendo parte dos benefícios ambulatoriais de medicamentos sujeitos a receita médica.
2. O nosso plano não cobre uma medicação adquirida fora dos Estados Unidos e dos seus territórios.
3. O uso do medicamento deve ser aprovado pela FDA (Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar) ou apoiado por determinadas referências médicas como tratamento para a sua condição. O seu médico pode prescrever um determinado medicamento para tratar a sua condição, mesmo que não tem sido aprovada para tratar a doença. Isto é chamado de utilização “off-label” (à margem das indicações autorizadas). Geralmente, o nosso plano não cobre os medicamentos quando foram prescritos para uso “off-label”.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Além disso, por lei, os tipos de medicamentos indicados abaixo não são cobertos pelo Medicare ou Medicaid.

- Medicamentos utilizados para promover a fertilidade
- Medicamentos utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo
- Vitaminas de prescrição e produtos minerais exceto vitaminas pré-natais e preparações com fluoreto
- Medicamentos utilizados para o tratamento da disfunção erétil ou sexual, tais como Viagra®, Cialis®, Levitra® e Caverject®
- Medicamentos ambulatoriais quando a companhia que os fabrica diz que você deve fazer exames ou ter serviços apenas por eles

B4. Níveis da Lista de Medicamentos

Cada medicamento da Lista de Medicamentos do plano está num dos 3 níveis. Um Nível é um grupo de medicamentos geralmente do mesmo tipo (por exemplo, medicamentos de marca, genéricos ou em venda livre).

- Nível 1 inclui medicamentos genéricos
- Nível 2 inclui medicamentos de marca
- Nível 3 inclui medicamentos de prescrição e medicamentos de venda livre fora do Medicare

Para descobrir em qual Nível está a sua medicação, procure o medicamento na Lista de Medicamentos do plano.

O Capítulo 6, Seção C.4, indica o montante que paga pelos medicamentos, em cada Nível.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. Limites de alguns medicamentos

Para certos medicamentos prescritos, regras especiais limitam como e quando é que o plano os cobre. Em geral, as nossas regras incentivam-no a adquirir um medicamento que funcione para sua condição médica e que seja seguro e eficaz. Quando um medicamento seguro e de custo mais baixo, funciona tão bem como um medicamento de custo mais alto, o plano espera que o seu médico prescreva o medicamento de menor custo.

Se houver uma regra especial para seu medicamento, normalmente significa que você ou seu provedor terá de tomar medidas extras para cobrir a medicação. Por exemplo, o seu prestador pode ter de nos informar sobre o seu diagnóstico ou fornecer, primeiro, os resultados de análises de sangue. Se você ou seu provedor pensam que a nossa regra não se aplica à sua situação, deverá pedir-nos para abrir uma exceção. Podemos ou não concordar em deixá-lo usar a medicação sem tomar as medidas extras.

Para saber mais sobre solicitar exceções, consulte o Capítulo 9.

1. Limitar o uso de um medicamento de marca quando uma versão genérica estiver disponível

Geralmente, um medicamento genérico funciona da mesma maneira que um medicamento de marca e normalmente custa menos. Na maioria dos casos, há uma versão genérica de um medicamento de marca, as nossas farmácias da rede irão dar-lhe a versão genérica.

- Normalmente, não pagaremos pelo medicamento de marca quando houver uma versão genérica.
- No entanto, se o seu médico nos indicou o motivo médico pelo qual o medicamento genérico não funcionará em si ou nos informou o motivo médico pelo qual nem o medicamento genérico nem outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição funcionarão consigo, cobriremos o medicamento de marca.

2. Obter a aprovação do plano com antecedência

Para alguns medicamentos, você ou seu provedor devem conseguir a aprovação do Neighborhood INTEGRITY antes de levantar a sua prescrição. Se não receber aprovação, o Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento.

3. Experimentar um medicamento diferente primeiro

Em geral, o plano deseja que experimente medicamentos de custo mais baixo (que geralmente são igualmente eficazes) antes que o plano cubra medicamentos que custam mais. Por exemplo, se o Medicamento A e o Medicamento B tratarem a mesma condição, e o Medicamento A custar menos do que o Medicamento B, o plano pode exigir que experimente o Medicamento A primeiro.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se o Medicamento A não funcionar consigo, o plano irá cobrir o Medicamento B. Isto é chamado de terapia por etapas.

4. Limites de quantidade:

Para alguns medicamentos, nós limitamos a quantidade que pode ter. Isto é chamado de um limite de quantidade. Por exemplo, o plano pode limitar a quantidade de um medicamento que pode conseguir cada vez que levante a sua receita.

Para saber se alguma das regras acima se aplica a um medicamento que está a tomar ou deseja tomar, verifique a Lista de Medicamentos. Para informações mais atualizadas, ligue para os Serviços dos Membros ou visite a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Motivos pelos quais o seu medicamento pode não estar coberto

Tentamos fazer com que a sua cobertura de medicamentos funcione bem para si mas, às vezes, um medicamento não pode ser coberto da maneira como gostaria. Por exemplo:

- O medicamento que quer tomar não é coberto pelo plano. A medicação pode não estar na Lista de Medicamentos. Uma versão genérica do medicamento pode ser coberta, mas a versão da marca que deseja utilizar não é. Um medicamento pode ser novo e ainda não o avaliamos quanto à sua segurança e eficácia.
- O medicamento é coberto, mas existem regras especiais ou limites de cobertura para esse medicamento. Conforme explicado na secção acima (Secção C), alguns dos medicamentos cobertos pelo plano têm regras que limitam o seu uso. Em alguns casos, você ou seu médico podem querer pedir-nos para abrir uma exceção a uma regra.

Há medidas que pode tomar se a sua medicação não for coberta da maneira que gostaria que fosse.

D1. Obter um suprimento temporário

Em alguns casos, o plano pode dar-lhe um suprimento temporário de um medicamento quando o medicamento não estiver na Lista de Medicamentos ou quando, de alguma forma, for limitado. Isto dá-lhe tempo para conversar com seu prestador sobre a obtenção de um medicamento diferente ou solicitar que o plano cubra o medicamento.

Para receber um suprimento temporário de um medicamento, deve cumprir as duas regras seguintes:

1. A medicação que tem estado a tomar:

- não está mais na Lista de Medicamentos do plano, **ou**



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- nunca esteve na Lista de Medicamentos do plano, **ou**
- agora está limitada de alguma forma.

2. Deve estar numa destas situações:

- Estava no plano no ano anterior.
 - Iremos cobrir um suprimento temporário do seu **medicamento durante os primeiros 90 dias do ano (civil)**.
 - Este suprimento temporário será até:
 - 30 dias de suprimento se **não** morar numa instituição de cuidados continuados,
 - 31 dias de suprimento se **morar** numa instituição de cuidados continuados, e
 - 90 dias de suprimento para medicamentos cobertos pelo Medicaid
 - Se a sua receita for prescrita por menos dias, permitiremos que várias recargas forneçam até um máximo de 30 dias de medicação. Deve levantar a receita numa farmácia da rede.
 - As farmácias de Cuidados Continuados podem fornecer os medicamentos prescritos em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdícios.
- Você é novo no plano.
 - Cobriremos um suprimento temporário do seu **medicamento durante os primeiros 90 dias da sua adesão ao plano**.
 - Este suprimento temporário será até:
 - 30 dias de suprimentos se **não** morar numa instituição de cuidados continuados,
 - 31 dias de suprimentos se **morar** numa instituição de cuidados continuados, e
 - 90 dias de suprimentos para medicamentos cobertos pelo Medicaid.
 - Se a sua receita for prescrita por menos dias, permitiremos o fornecimento de várias recargas de um medicamento da Parte D até, no máximo, 30 dias ou 90 dias de um medicamento coberto pelo Medicaid. Deve levantar a prescrição numa farmácia da rede.
 - As farmácias de Cuidados Continuados podem fornecer os medicamentos prescritos em pequenas quantidades de cada vez para evitar desperdícios.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se estiver no plano há mais de 90 dias e morar numa instituição de cuidados continuados e precisar um medicamento de imediato.
 - Cobriremos um suprimento de 31 dias, ou menos, se sua receita for prescrita por menos dias. Isto é um complemento ao suprimento temporário acima.
 - Se o seu nível de cuidados mudar então cobriremos um suprimento de 31 dias.
 - Para pedir um suprimento temporário de um medicamento, ligue para os Serviços dos Membros.

Quando receber um suprimento temporário de um medicamento, converse com seu provedor para decidir o que fazer quando o seu suprimento esgotar. Aqui estão as suas opções:

- Você pode alterar para outro medicamento.

Poder haver um medicamento diferente coberto pelo plano que funciona para si. Pode ligar aos Serviços dos Membros para solicitar uma Lista de Medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. A lista pode ajudar o seu provedor a encontrar um medicamento coberto que pode funcionar para si.

OU

- Você pode solicitar uma exceção.

Você e o seu médico podem pedir ao plano para abrir uma exceção. Por exemplo, pode pedir ao plano para cobrir uma medicação, mesmo que não esteja na Lista de Medicamentos. Ou pode pedir ao plano para cobrir o medicamento sem limites. Se o seu prestador afirma que você tem uma boa razão médica para uma exceção, ele ou ela pode ajudá-lo a solicitar uma.

Se uma medicação que está a tomar for retirada da Lista de Medicamentos ou limitada de alguma forma, no próximo ano, permitiremos que solicite uma exceção, antes do próximo ano.

- Iremos informá-lo de alguma mudança na cobertura da sua medicação, para o próximo ano. Nessa altura, pode então pedir-nos para abrir uma exceção e cobrir o medicamento da maneira que gostaria que fosse coberto, para o próximo ano.
- Responderemos à sua solicitação de uma exceção dentro de 72 horas, após recebermos o seu pedido (ou a declaração de apoio do seu médico).

Para saber mais sobre solicitação de exceções, consulte o Capítulo 9.

Se precisar de ajuda, para solicitar uma exceção, pode contactar os Serviços dos Membros.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos acontecem a 1 de Janeiro, mas o Neighborhood INTEGRITY pode adicionar ou remover medicamentos da Lista de Medicamentos, ao longo do ano. Também podemos alterar as nossas regras sobre os medicamentos. Por exemplo, poderíamos:

- Decidir exigir ou não a aprovação prévia de um medicamento. (A aprovação prévia é uma permissão do Neighborhood INTEGRITY antes que possa obter um medicamento).
- Adicionar ou alterar a quantidade de medicamento que pode obter (chamados de limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas de um medicamento. (Terapia por etapas significa que deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).

Para obter mais informações sobre estas regras de medicamentos, consulte a Secção C no início deste capítulo.

Se estiver a tomar um medicamento que estava coberto no **início** do ano, geralmente não iremos remover ou alterar a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**, a menos que:

- chegue ao mercado um novo medicamento, mais barato, que funciona tão bem quanto um medicamento da Lista de Medicamentos, **ou**
- descobrimos que um medicamento não é seguro, **ou**
- que um medicamento foi retirado do mercado.

Para ter mais informações sobre o que acontece quando a Lista de Medicamentos muda, pode sempre:

- Verificar a Lista de Medicamentos atualizada abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY, na página www.nhpri.org/INTEGRITY ou
- Ligar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, para verificar a Lista de Medicamentos atualizada.

Algumas alterações à Lista de Medicamentos vão acontecer **de imediato**. Por exemplo:

- **Está disponível um novo medicamento genérico.**
- Às vezes, um medicamento genérico novo que funciona bem tão bem quanto um medicamento de marca da Lista de Medicamentos atual. Quando isso acontecer, podemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o seu custo para o novo medicamento será o mesmo.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Quando incluirmos o novo medicamento genérico, podemos também decidir manter o medicamento de marca na lista mas alterar as regras ou os limites de cobertura.

- Podemos não informá-lo antes de fazer esta alteração, mas iremos enviar-lhe informações sobre a alteração específica que fizemos, quando ela acontecer.
- Você ou seu prestador pode solicitar uma “exceção” dessas alterações. Enviaremos um aviso com as etapas que pode seguir para solicitar uma exceção. Por favor, consulte o Capítulo 9 deste manual para obter mais informações sobre exceções.
- **Um medicamento é retirado do mercado.** Se a FDA (Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar) disser que um medicamento que você está a tomar não é seguro ou se o fabricante de um medicamento retirá-lo do mercado, nós iremos retirá-lo da Lista de Medicamentos. Se você estiver a tomar o medicamento, nós iremos informá-lo. O seu provedor terá também conhecimento dessa mudança. Ele ou ela pode trabalhar consigo para encontrar outro medicamento para sua condição.

Podemos fazer outras alterações que afetam os medicamentos que está a tomar.

Iremos informá-lo antecipadamente sobre estas outras alterações na Lista de Medicamentos. Estas alterações podem acontecer se:

- A FDA fornecer novas orientações ou se houverem novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.
- Incluirmos um medicamento genérico novo no mercado e
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de Medicamentos **ou**
 - Mudarmos as regras de cobertura ou os limites de um medicamento de marca.

Quando essas mudanças acontecerem, iremos:

- Informá-lo, pelo menos, 30 dias antes de fazermos a mudança na Lista de Medicamentos **ou**
- Informá-lo e fornecer um suprimento de 30 dias do medicamento depois de solicitar uma recarga.

Isto irá dar-lhe tempo para conversar com seu médico ou outro prestador de saúde. Ele ou ela pode ajudá-lo a decidir:

- Se houver um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos, você pode substituir em vez do seu ou
- Se deve solicitar uma exceção dessas mudanças. Para saber mais sobre como solicitar exceções, consulte o Capítulo 9.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Podemos fazer alterações que não afetam os medicamentos que toma atualmente.

Para estas alterações, se estiver a tomar um medicamento que cobrimos no **início** do ano, normalmente, não iremos remover ou alterar a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**.

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

F. Cobertura de medicamentos em casos especiais

F1. Se estiver num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano

Se for internado num hospital ou instituição de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano, geralmente, cobriremos o custo dos seus medicamentos prescritos durante a sua estadia. Não terá de pagar uma participação. Uma vez que deixar o hospital ou a instituição de enfermagem especializada, o plano cobrirá os seus medicamentos desde que cumpram todas as nossas regras de cobertura.

F2. Se estiver numa instituição de cuidados continuados

Geralmente, um centro de cuidados continuados, como um lar, tem a sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se estiver a morar numa instituição de cuidados continuados, poderá receber os seus medicamentos prescritos através da farmácia da instituição, se fizer parte da nossa rede.

Consulte o seu *Diretório de Prestadores e Farmácias* para descobrir se a farmácia da sua instituição de Cuidados Continuados faz parte da nossa rede. Se não for, ou se precisar de mais informações, entre em contacto com os Serviços dos Membros.

F3. Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare

Os medicamentos nunca são cobertos por ambos, os cuidados paliativos e o nosso plano, ao mesmo tempo.

- Se estiver inscrito num programa de cuidados paliativos do Medicare e precisar de um medicamento para a dor, náusea, um laxante ou medicamento contra a ansiedade que não seja coberto pelo seu programa de cuidados paliativos porque não está relacionado com o seu prognóstico terminal e condições relacionadas, o nosso plano deverá receber uma notificação do prescritor ou do seu prestador de cuidados paliativos que a medicação não está relacionada, antes que nosso plano possa cobrir o medicamento.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para evitar atrasos na obtenção de algum tipo de medicamento não relacionado que deve ser abrangido pelo nosso plano, pode pedir ao seu prescritor ou provedor de cuidados paliativos para assegurar-se que temos a notificação que o medicamento não esteja relacionado, antes de apresentar a sua receita numa farmácia para a levantar.

Se sair do programa de cuidados paliativos, o nosso plano deverá cobrir todos os seus medicamentos. Para evitar qualquer atraso numa farmácia quando o benefício de cuidados paliativos do Medicare terminar, deve levar à farmácia a documentação necessária para comprovar que deixou os cuidados paliativos. Consulte as partes anteriores deste capítulo que descrevem as regras para obter cobertura de medicamentos da Parte D.

Para saber mais sobre o benefício de cuidados paliativos, consulte o Capítulo 4, Secção E1.

G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos

G1. Programas para ajudar os Membros a usar medicamentos em segurança

Cada vez que levantar uma receita, procuramos possíveis problemas, como erros de medicamentos ou medicamentos que:

- Podem não ser necessários porque está a tomar uma outra medicação que faz o mesmo efeito
- Podem não ser seguros para a sua idade ou o seu género
- Poderiam prejudicá-lo se os tomar ao mesmo tempo
- Tenham ingredientes que é ou pode ser alérgico
- Tenham quantidades inseguras de analgésicos opiáceos

Se constataremos um possível problema no uso de medicamentos prescritos, trabalharemos com o seu provedor para corrigir o problema.

G2. Programas para ajudar os Membros a gerir os seus medicamentos

Se tomar medicamentos para diferentes condições médicas, pode ser elegível para receber serviços, sem nenhum custo para si, através de um programa de gestão de terapia de medicação (MTM). Este programa ajuda-o e ao seu provedor a garantir que os seus medicamentos estão a funcionar para melhorar a sua saúde. Um farmacêutico ou outro profissional de saúde fará uma revisão abrangente de todos os seus medicamentos e conversará consigo sobre:

- Como obter o máximo benefício dos medicamentos que está a tomar
- Quaisquer preocupações que tiver, como os custos das medicações e reações dos medicamentos
- Qual é a melhor forma de tomar os seus medicamentos

 **Se tiver perguntas**, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Dúvidas ou problemas que tem sobre a sua prescrição e medicamentos sem receita

Você terá um resumo escrito desta conversa. O resumo inclui um plano de ação de medicação que recomenda o que pode fazer para um melhor uso dos seus medicamentos. Receberá também uma Lista de Medicamentos pessoais que incluirá todos os medicamentos que está a tomar e qual a razão de os tomar.

É uma boa ideia agendar a sua revisão de medicação antes de ter a sua visita anual de “Bem-estar”, para que possa falar com o seu médico sobre o seu plano de ação e a lista de medicamentos. Traga o seu plano de ação e a sua lista de medicamentos à sua visita ou sempre que conversar com os seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde. Leve também consigo a sua lista de medicamentos se for ao hospital ou sala de emergência.

Os programas de gestão de terapia de medicação são voluntários e gratuitos para Membros que se qualifiquem. Se tivermos um programa que se adapte às suas necessidades, nós iremos inscrevê-lo e iremos enviar-lhe informações. Se não quiser participar no programa, entre em contacto connosco e iremos tirá-lo do programa.

Se tiver alguma dúvida sobre estes programas, entre em contacto com os Serviços dos Membros ou com o seu Gestor de Cuidados.

G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os Membros a usar com segurança os seus medicamentos opiáceos

O Neighborhood INTEGRITY tem um programa que pode ajudar os Membros a usarem com segurança as suas prescrições de medicamentos opiáceos ou outros medicamentos que são frequentemente de uso abusivo. Este programa chama-se de Programa de Gestão de Medicamentos (DMP).

Se usar medicamentos opiáceos que recebe de vários médicos ou farmácias, podemos falar com os seus médicos para ter certeza que a sua utilização seja adequada e medicamente necessária. Ao trabalhar com os seus médicos, se decidirmos que corre o risco de utilização abusiva ou má utilização dos seus medicamentos opiáceos ou benzodiazepínicos, poderemos limitar a forma como pode obtê-los. As limitações podem incluir:

- Necessidade de receberem todas as receitas dos medicamentos **de uma** farmácia e/ou **de um médico**
- **Limitar a quantidade** dessas medicações que cobriremos para si

Se decidirmos que uma ou mais limitações devem aplicar-se a si, iremos enviar-lhe uma carta antes. A carta explicará as limitações que achamos que deveriam aplicar-se.

Terá a oportunidade de nos dizer quais os médicos ou farmácias prefere usar. Se achar que cometemos um erro, não concordar que esteja em risco de abuso de medicamentos de prescrição, ou não concordar com a limitação, você e o seu médico poderão apresentar um recurso. (Para saber como registar um recurso, consulte o Capítulo 9.)

O Programa de Gestão de Medicamentos (DMP) pode não se aplicar a si se:



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- tiver certas condições médicas, como o cancro,
- estiver a receber cuidados paliativos ou cuidados terminais (em fim de vida), **ou**
- morar numa instituição de cuidados continuados.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 6: Quanto paga pelos seus medicamentos prescritos do Medicare e Medicaid

Introdução

Este capítulo indica o que paga pelos seus medicamentos prescritos ambulatoriais. Por "medicamentos", queremos dizer:

- medicamentos prescritos, do Medicare Parte D, e
- medicamentos e produtos cobertos pelo Rhode Island Medicaid, e
- medicamentos e produtos cobertos pelo plano como benefícios adicionais.

Como você é elegível para o Medicaid, está a receber "Ajuda Extra" (Extra Hep) do Medicare para ajudar a pagar pelos seus medicamentos prescritos do Medicare Parte D.

Ajuda Extra é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos do Medicare Parte D dos medicamentos receitados, como os prémios, as franquias e co-participação. Ajuda Extra é chamada também de "Subsídio de Rendimento Baixo," ou "LIS".

Outros termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Para saber mais sobre os medicamentos prescritos, pode procurar nestes lugares:

- O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*
 - Nós damos-lhe o nome de "Lista de Medicamentos". Indica-lhe:
 - Quais os medicamentos que o plano paga
 - Em qual dos 3 Níveis cada medicação está
 - Se há limites para os medicamentos
 - Se precisar de uma cópia da Lista de Medicamentos, ligue para os Serviços dos Membros. Pode também encontrar a Lista de Medicamentos na nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. A Lista de Medicamentos na página é sempre a mais atualizada.
- Capítulo 5 deste *Manual do Membro*.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- O Capítulo 5 indica como conseguir os seus medicamentos ambulatoriais através do plano.
- Inclui regras que precisa seguir. Informa também quais os tipos de medicamentos de prescrição que não são cobertos pelo nosso plano.
- O *Diretório de Prestadores e Farmácias* do plano.
 - Na maioria dos casos, deve utilizar uma farmácia da rede para obter os seus medicamentos cobertos. As farmácias da rede são farmácias que aceitaram trabalhar com o nosso plano.
 - O *Diretório de Prestadores e Farmácias* tem uma lista das farmácias da rede. Pode ler mais sobre as farmácias da rede no Capítulo 5, Secção A1.

Índice

A. <i>A Explicação dos Benefícios (EOB)</i>	119
B. Como acompanhar os custos dos seus medicamentos.....	120
C. Não paga nada pelo fornecimento de medicamentos por um mês ou a longo prazo.....	121
C1. Os níveis do plano	121
C2. As suas opções de farmácia.....	122
C3. Receber um suprimento a longo prazo de um medicamento.....	123
C4. O que você paga.....	123
D. Vacinação	124
D1. O que precisa saber antes da sua vacinação	124

A. A Explicação dos Benefícios (EOB)

O nosso plano supervisiona os seus medicamentos prescritos. Acompanhamos dois tipos de custos:

- Os seus **custos diretos (pagos do seu bolso)**. Esta é a quantia em dinheiro que você, ou outros em seu nome, paga pelas suas receitas.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O seu **custo total de medicamentos**. Isto é a quantia de dinheiro que você, ou outros em seu nome, paga pelas suas receitas, mais o valor pago pelo seu plano.

Quando receber medicamentos de prescrição através do plano, iremos enviar-lhe um relatório chamado de *Explicação de Benefícios*. Damos-lhe o nome de EOB. O EOB inclui:

- **Informação para o mês.** O relatório informa quais medicamentos prescritos recebeu. Mostra o custo total dos medicamentos, o que o plano pagou e o que você e outras pessoas pagaram.
- **Informações de "Um ano até agora" (informações acumuladas no ano).** Este é o seu custo total com medicamentos e o total dos pagamentos feitos desde 1 de Janeiro.

Oferecemos cobertura de medicamentos não cobertos pelo Medicare.

- Os pagamentos feitos para esses medicamentos não serão contabilizados no montante total do custo pago do seu bolso.
- Para descobrir quais medicamentos o nosso plano paga, consulte a Lista de Medicamentos.

B. Como acompanhar os custos dos seus medicamentos

Para acompanhar os custos dos seus medicamentos e os pagamentos que faz, usamos os registos que recebemos de si e da sua farmácia. Aqui está como pode ajudar-nos:

1. Use o seu Cartão de Identificação do Membro.

Mostre o seu Cartão de Identificação do Membro cada vez que levantar uma receita. Isto irá ajudar-nos a saber quais receitas levanta e o que paga.

2. Assegure-se que temos as informações que precisamos.

Dê-nos cópias dos recibos dos medicamentos pelos quais pagou. Pode pedir-nos para pagar pela medicação.

Aqui estão alguns momentos em que deve fornecer-nos cópias dos seus recibos:

- Quando comprar um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou a usar um cartão de desconto que não faça parte do benefício do nosso plano
- Quando pagar uma participação pelos medicamentos que recebe no programa de assistência ao paciente de um fabricante de medicamentos
- Quando comprar medicamentos cobertos numa farmácia de fora da rede
- Quando pagar o preço total por um medicamento coberto

Para saber como nos solicitar o reembolso do pagamento do medicamento, veja o Capítulo 7, Secção A.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

3. Envie-nos informações sobre os pagamentos que outros fizeram por si.

Os pagamentos feitos por certas pessoas e outras organizações também contam para os seus custos pagos do seu bolso. Por exemplo, os pagamentos feitos por um programa de assistência farmacêutica estatal, um programa de assistência a medicamentos para a SIDA, o Serviço de Saúde Índio e a maioria das instituições de caridade contam para os seus custos pagos do seu bolso.

4. Verifique os relatórios que lhe enviamos.

Quando receber uma *Explicação de Benefícios* pelo correio, por favor, assegure-se que está completa e correta. Se achar que algo está errado ou a faltar no relatório, ou se tiver alguma dúvida, entre em contacto com os Serviços dos Membros. Você tem a opção de receber a sua Explicação de Benefícios Parte D eletronicamente. A versão eletrónica fornece as mesmas informações e no mesmo formato como o papel de Explicação dos Benefícios que está a receber agora. Para começar a receber uma Explicação de Benefícios eletronicamente, aceda à página www.caremark.com ou ligue para os Serviços dos Membros para se registar. Irá receber uma notificação por correio eletrónico (e-mail) quando tiver uma nova Explicação de Benefícios para visualizar. Assegure-se que guarda estes relatórios. São importantes registos das suas despesas de medicamentos.

C. Não paga nada pelo fornecimento de medicamentos por um mês ou a longo prazo

Com o Neighborhood INTEGRITY, não paga nada pelos medicamentos cobertos desde que siga as regras do plano.

C1. Os níveis do plano

Os níveis são grupos de medicamentos na nossa Lista de Medicamentos. Cada medicamento na Lista de Medicamentos do plano está num dos 3 níveis. Você não tem nenhuns copagamentos para medicamentos prescritos e sem receita na Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY. Para encontrar os níveis dos seus medicamentos, pode procurar na Lista de Medicamentos.

- Os medicamentos de nível 1 são genéricos.
- Os medicamentos de nível 2 são de marca.
- Os medicamentos de nível 3 incluem prescrição não-Medicare e medicamentos sem receita médica (OTC)

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



C2. As suas opções de farmácia

O montante que paga por um medicamento depende se recebe o medicamento de:

- uma farmácia da rede, **ou**
- uma farmácia de fora da rede.

Em casos limitados, cobrimos prescrições levantadas em farmácias de fora da rede. Consulte o Capítulo 5, Secção A8, para saber quando faremos isso.

Para saber mais sobre estas opções de farmácia, consulte o Capítulo 5, Secção A3 deste manual e o *Diretório de Provedores e Farmácias* do plano.

C3. Receber um suprimento a longo prazo de um medicamento

Para alguns medicamentos, pode conseguir um suprimento de longo prazo (também chamado de suprimento "alargado") quando levantar a sua receita. Um suprimento de longo prazo pode ser até 90 dias. Num suprimento de longo prazo, não há custos para si.

Para ter detalhes sobre onde e como conseguir um suprimento de longo prazo de um medicamento, consulte o Capítulo 5, Secção A7 ou o *Diretório de Prestadores e Farmácias*.

C4. O que você paga

A sua parte do custo quando recebe um suprimento de um mês ou de longo prazo de um medicamento prescrito coberto é de:



	Uma farmácia da rede Um suprimento de um mês ou até 90 dias	O serviço de encomendas por correio do plano Um suprimento de um mês ou até 90 dias	Uma farmácia de cuidado de longo prazo da rede Até 90 dias de suprimento	Uma farmácia de fora da rede Até um suprimento de 90 dias. A cobertura é limitada a certos casos. Consulte o Capítulo 5 para mais detalhes.
Comparticipação dos custos Nível 1 (Medicamentos Genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Comparticipação dos custos Nível 2 (Medicamentos de Marca)	\$0	\$0	\$0	\$0
Comparticipação dos custos Nível 3 (Medicamentos prescritos não Medicare e Medicamentos sem receita médica – OTC)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obter informações sobre quais as farmácias que podem fornecer suprimentos de longo prazo, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* do plano.

D. Vacinação

O nosso plano cobre as vacinas do Medicare Parte D. Há duas partes da nossa cobertura de vacinas do Medicare Parte D:

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



1. A primeira parte da cobertura é para o custo **da vacina em si**. A vacina é um medicamento de prescrição.
2. A segunda parte da cobertura cobre o custo de **administrar-lhe a vacina**. Por exemplo, às vezes, pode receber a vacina como uma injeção administrada (dada) pelo seu provedor.

D1. O que precisa saber antes da sua vacinação

Recomendamos que ligue primeiro para os Serviços dos Membros sempre que estiver a planear ser vacinado.

- Podemos dizer-lhe como a sua vacinação é coberta pelo nosso plano.



Capítulo 7: Pedir-nos para pagar uma conta que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos

Introdução

Este capítulo informa-o como e quando enviar uma fatura para solicitar o pagamento. Também indica como fazer um recurso se não concordar com uma decisão da cobertura. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética, no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Pedir-nos para pagar uma conta que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos	126
B. Enviar um pedido de pagamento	128
C. Decisões de cobertura	129
D. Recursos	130



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Pedir-nos para pagar uma conta que recebeu por serviços ou medicamentos cobertos

Não deveria receber uma conta de serviços ou medicamentos dentro da rede. Os nossos provedores da rede devem faturar ao plano pelos serviços e medicamentos que já recebeu. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde.

Se receber uma conta de assistência médica ou medicamentos, envie-nos a conta. Para nos enviar uma fatura, consulte a página 115.

- Se os serviços ou medicamentos forem cobertos, pagaremos diretamente ao provedor.
- Se os serviços ou medicamentos foram cobertos e já pagou a conta, é seu direito ser reembolsado.
- Se os serviços ou medicamentos não **foram** cobertos, informaremos.
- Se receber serviços a longo prazo e apoio social, pode ter de compartilhar o custo desses serviços. Esse montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se tiver alguma dúvida sobre estes programas, entre em contacto com os Serviços dos Membros ou o seu Gestor de Cuidados. Se receber uma conta e não souber o que fazer sobre isso, podemos ajudar. Também pode ligar se quiser dar-nos informações sobre um pedido de pagamento que já nos enviou.

Aqui estão exemplos de momentos em que pode precisar pedir ao nosso plano para reembolsar ou pagar uma conta que recebeu:

1. Quando receber cuidados de saúde urgentes ou urgentemente necessários de um prestador de fora da rede

Você deveria pedir ao prestador para cobrar ao plano.

- Se pagar o valor total quando receber o cuidado, peça-nos o reembolso. Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento efetuado.
- Pode receber uma conta do provedor pedindo o pagamento que você acha que não deve. Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento feito.
 - Se o provedor deve ser pago, iremos pagar-lhe diretamente.
 - Se já pagou o serviço, iremos reembolsá-lo.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

2. Quando um prestador da rede lhe envia a fatura

Os prestadores da rede devem sempre faturar o plano. Mostre o seu Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY quando receber quaisquer serviços ou prescrições. Facturamento incorreto/inapropriado ocorre quando um provedor (como um médico ou hospital) fatura-o mais do que o valor do plano de participação de serviços. **Ligue para os Serviços dos Membros se receber qualquer conta.**

- Como o Neighborhood INTEGRITY paga o custo total dos seus serviços, você não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos. Os provedores não devem cobrar nada por esses serviços.
- Cada vez que receber uma fatura de um prestador da rede, envie-nos a conta. Entraremos em contacto diretamente com o provedor e tomaremos conta do problema. No entanto, se receber serviços de cuidados de longo prazo e apoio social, poderá ter de pagar parte do custo desses serviços. Esse montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
- Se já pagou a conta de um provedor da rede, envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento que tenha feito. Iremos reembolsá-lo pelos seus serviços cobertos.

3. Quando utilizar uma farmácia de fora da rede para levantar uma receita

Se utilizar uma farmácia de fora da rede, terá de pagar o custo total da sua receita.

- Em apenas alguns casos, cobriremos prescrições levantadas em farmácias de fora da rede. Envie-nos uma cópia do recibo, quando nos pedir para reembolsá-lo.
- Consulte o Capítulo 5, Secção A8, para saber mais sobre as farmácias de fora da rede.

4. Quando paga o custo total de uma receita, porque não tem consigo o seu Cartão de Identificação do Membro

Se não tiver seu Cartão de Identificação do Membro consigo, pode pedir à farmácia para ligar para o plano ou procurar as suas informações de inscrição no plano.

- Se a farmácia não puder obter as informações que precisa de imediato, poderá ter de pagar pelo custo total da receita.
- Envie-nos uma cópia do recibo, quando nos pedir para reembolsá-lo.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

5. Quando paga o custo total de uma prescrição de um medicamento que não é coberto

Pode ter de pagar o custo total da receita, porque a medicação não é coberta.

- O medicamento pode não estar na *Lista de Medicamentos Cobertos* (Lista de Medicamentos) do plano, ou pode ter um requisito ou uma restrição que não saiba ou acha que não deveria aplicar-se a si. Se decidir adquirir o medicamento, pode ser necessário pagar o seu custo total.
 - Se não pagar pelo medicamento, mas achar que deveria ser coberto, pode pedir uma decisão de cobertura (ver o Capítulo 9).
 - Se você e seu médico ou outro médico achar que precisa do medicamento imediatamente, pode pedir uma decisão rápida de cobertura (ver o Capítulo 9).
- Envie-nos uma cópia do recibo, quando nos pedir para reembolsá-lo. Em algumas situações, podemos precisar reunir mais informações do seu médico ou outro médico para reembolsá-lo pelo medicamento.

Quando nos enviar um pedido de reembolso, iremos rever o seu pedido e decidiremos se o serviço ou medicamento deveria ser coberto. Isto é chamado de tomar uma "decisão de cobertura". Se decidirmos que deveria ser coberto, pagaremos pelo serviço ou medicamento. Se recusamos o seu pedido de pagamento, poderá recorrer da nossa decisão.

Para saber como registar um recurso, veja o Capítulo 9.

B. Enviar um pedido de pagamento

Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento que tenha feito. Um comprovativo de pagamento pode ser uma cópia do cheque que passou ou um recibo do provedor. **É uma boa ideia fazer uma cópia da sua fatura e dos recibos para os seus registos.** Pode pedir ajuda ao seu Gestor de Cuidados.

Envie-nos o seu pedido de pagamento juntamente com todas as faturas ou recibos para um dos seguintes endereços, indicados abaixo.

- **Pedido de pagamento de serviços de Equipamento Médico Durável (DME)**

Envie o seu pedido de pagamento junto com quaisquer faturas e recibos para:



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attn: Member Services

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

- **Pedido de pagamento de serviços de Saúde Comportamental**

Envie o seu pedido de pagamento junto com quaisquer faturas e recibos para:

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

- **Pedido de pagamento de medicamentos prescritos da Parte D**

Envie o seu pedido de pagamento junto com quaisquer faturas e recibos para:

CVS Caremark®

PO BOX 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

C. Decisões de cobertura

Quando recebermos o seu pedido de pagamento, tomaremos uma decisão de cobertura. Isto significa que decidiremos se os seus cuidados de saúde ou medicamentos são cobertos pelo plano. Também decidiremos o valor, se houver, que deverá pagar pelos cuidados de saúde ou pelos medicamentos.

- Iremos avisá-lo se precisarmos de mais informações da sua parte.
- Se decidirmos que os cuidados de saúde ou medicamentos são cobertos e você seguiu todas as regras para obtê-los, pagaremos por eles. Se já pagou pelo serviço ou medicamento, nós iremos enviar-lhe um cheque pelo que pagou. Se não pagou o serviço ou medicamento ainda, pagaremos diretamente ao provedor.

O Capítulo 3, Secção B, explica as regras para obter os seus serviços cobertos. O Capítulo 5, explica as regras para os seus medicamentos prescritos cobertos pelo Medicare Parte D.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se decidirmos não pagar pelo serviço ou medicamento, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o porquê. A carta também explicará os seus direitos para fazer um recurso.
- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, Secção 6.

D. Recursos

Se achar que cometermos um erro em recusar o seu pedido de pagamento, pode pedir-nos para alterar a nossa decisão. Isto é chamado de recurso. Também pode recorrer se não concordar com o valor que pagamos.

O processo de recurso é um processo formal, com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para saber mais sobre os recursos, consulte o Capítulo 9, Secção 5.3 e Secção 6.5.

- Se quiser fazer um recurso sobre o reembolso de um serviço de saúde, consulte a página 145.
- Se quiser fazer um recurso sobre o reembolso de um medicamento, consulte a página 161.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades

Introdução

Este capítulo inclui os seus direitos e responsabilidades como Membro do nosso plano. Nós devemos honrar os seus direitos. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética, no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. O seu direito de obter informações de uma forma que corresponda às suas necessidades.....	132
B. É nossa responsabilidade garantir que obtém acesso atempado a serviços e medicamentos cobertos.....	134
C. É nossa responsabilidade proteger as suas informações pessoais de saúde (PHI)	135
C1. Como protegemos as suas PHI	136
C2. Tem o direito de ver os seus registos médicos	136
D. É nossa responsabilidade fornecer informações sobre o plano, os seus provedores da rede e os seus serviços cobertos	136
E. Impossibilidade dos provedores da rede em cobrá-lo diretamente.....	137
F. O seu direito de sair do plano	138
G. O seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	138
G1. O seu direito de conhecer as suas opções de tratamento e tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	138
G2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se for incapaz de tomar as decisões de cuidados de saúde por si mesmo	139
G3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas	140
H. O seu direito de apresentar reclamações e pedir-nos para reconsiderar as decisões que tomámos	140
H1. O que fazer se acreditar que está a ser tratado injustamente ou deseja obter mais informações sobre os seus direitos	141
I. As suas responsabilidades como um Membro do plano.....	142
J. O que fazer se suspeitar de fraude.....	143



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. O seu direito de obter informações de uma forma que corresponda às suas necessidades

Devemos informá-lo sobre os benefícios do plano e os seus direitos de uma maneira que possa entender. Todos os anos que está no nosso plano, devemos informá-lo sobre os seus direitos.

- Para obter informações de uma forma que possa entender, ligue para os Serviços dos Membros. O nosso plano tem pessoas que podem responder a perguntas em diferentes línguas.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em idiomas diferentes do Inglês e em formatos como letras grandes, braille ou áudio. O nosso plano também pode fornecer materiais em Espanhol e Português.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em Espanhol e Português. Ao ligar para os Serviços dos Membros, pode pedir para obter este documento e os futuros materiais no seu idioma preferido e/ou formato alternativo. Isto é chamado de “pedido permanente”. Os Serviços dos Membros irão documentar o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Pode alterar ou excluir o seu pedido permanente a qualquer momento, ligando para os Serviços dos Membros.

Se tiver problemas para obter informações do nosso plano devido a problemas de linguagem ou idioma e deseja apresentar uma reclamação, ligue para o Medicare através do número de telefone 1- 800-MEDICARE. Pode ligar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Para registar uma reclamação no Rhode Island Medicaid, entre em contacto com o Departamento de Serviços Humanos (DHS) de Rhode Island através do número 1-855-697-4347 (TTY 711). Também pode ir ao escritório local do DHS para obter assistência pessoal. Ligue para o 1-855-697-4347 (TTY 711) para encontrar o escritório do DHS mais próximo de si.

Tenemos la obligación de informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera fácil de entender. Debemos informarle de sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Llame a Member Services para obtener información que sea fácil de entender. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en distintos idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, portugués u otros



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

idiomas que no sean inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio.

- Puede llamar a *Member Services para pedir que* nuestro plan le proporcione todos los materiales en español, portugués u otro idioma o formato de su preferencia. Esto se llama “petición permanente”. Member Services registrará su petición permanente en su expediente de miembro, para que pueda recibir los materiales en su idioma y formato preferidos a partir de ese momento. Puede cambiar o eliminar su petición permanente en cualquier momento, comunicándose con Member Services.

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene dificultad para obtener información de su plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad, y quiere presentar una queja. Puede llamar a cualquier hora y día de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para presentar una queja de Rhode Island Medicaid, comuníquese con la oficina del Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) al 1-855-697-4347 (TTY 711). También puede visitar la oficina del DHS de su localidad para que le atiendan en persona. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711) para averiguar dónde está ubicada la oficina del DHS más cercana.

Temos a obrigação de o informar sobre os benefícios e os direitos do plano de uma maneira que você possa entender. Devemos falar sobre os seus direitos a cada ano que você está no nosso plano.

- Para obter mais informações, de uma forma que possa entender, ligue para os Serviços dos Membros. O nosso plano tem pessoas que podem responder às suas perguntas, em diferentes idiomas (línguas).
- O nosso plano também pode fornecer materiais noutras línguas, além do Inglês, e em formatos como impressão grande, braile ou áudio. O nosso plano também pode fornecer materiais em Espanhol e Português.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em Espanhol e Português. Você pode pedir para obter este documento e futuros materiais na sua língua preferida e/ou formato alternativo ao ligar para os Serviços dos Membros. Isto é chamado de “pedido permanente”. Os Serviços dos Membros documentará o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferidos.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Você pode alterar ou eliminar a sua solicitação, a qualquer momento, ao ligar para os Serviços dos Membros.

Se estiver a ter dificuldades em obter informações sobre o nosso plano devido a problemas de idioma ou deficiência e deseja fazer uma reclamação, ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Pode ligar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar para o 1-877-486-2048. Para apresentar uma queixa/reclamação com o Medicaid de Rhode Island, entre em contacto com o escritório do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número de telefone 1-855-697-4347 (TTY 711). Para ter assistência pessoalmente, também pode ir ao seu escritório local do DHS.

B. É nossa responsabilidade garantir que obtém acesso atempado a serviços e medicamentos cobertos

Se não conseguir os serviços dentro de um período de tempo razoável, temos que pagar pelos seus cuidados fora da rede.

Como membro do nosso plano:

- Tem o direito de escolher um provedor de cuidados de saúde primários (PCP) na rede do plano. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Pode encontrar mais informações sobre como escolher um PCP no Capítulo 3, Secção D1.
 - Ligue para os Serviços dos Membros ou consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias* para saber mais sobre os provedores da rede e quais os que estão a aceitar novos pacientes.
- Não exigimos que obtenha referências.
- Tem o direito de conseguir serviços cobertos dos prestadores da rede dentro de um período razoável.
 - Isto inclui o direito de obter serviços atempados de especialistas.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Tem o direito de receber serviços de emergência ou cuidados que são urgentemente necessários sem aprovação prévia.
- Tem o direito de receber as suas prescrições levantadas em qualquer uma das nossas farmácias da rede sem grandes atrasos.
- Tem o direito de saber quando pode consultar um provedor de fora da rede. Para saber mais sobre provedores de fora da rede, consulte o Capítulo 3, Secção D4.

O Capítulo 9, a Secção 3, informa-o sobre o que fazer se achar que não está a receber os seus serviços ou medicamentos dentro de um período de tempo razoável. O Capítulo 9, Secção 5.3, informa o que pode fazer se negarmos a cobertura dos seus serviços ou medicamentos e não concordar com a nossa decisão.

C. É nossa responsabilidade proteger as suas informações pessoais de saúde (PHI)

Protegemos as suas informações pessoais de saúde (PHI) conforme exigido pelas leis federais e estatais.

As suas PHI incluem as informações que nos deu quando se inscreveu neste plano. Também inclui os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.

Tem direito de obter informações e controlar como são utilizadas as suas PHI. Entregamos-lhe uma notificação escrita que informa sobre estes direitos. O aviso também explica como protegemos a privacidade das suas PHI.

C1. Como protegemos as suas PHI

Certificamo-nos que as pessoas não autorizadas não vejam ou alterem os seus registos.

Na maioria das casos, não damos a sua informação de saúde a quem que não estiver a providenciar ou pagar pelos seus cuidados. Se o fizermos, somos obrigados a obter uma autorização sua por escrito primeiro. Permissão escrita pode ser dada por si ou por alguém que tem o poder legal para tomar decisões em seu nome.

Em certos casos, não precisamos ter a sua permissão por escrito primeiro. Estas exceções são permitidas ou requeridas por lei.

- ~~Somos obrigados a divulgar as PHI para agências do governo que estão a~~



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Somos obrigados a fornecer as suas PHI ao Medicare. Se o Medicare divulgar as suas PHI para pesquisa ou outros usos, isso será feito de acordo com as leis federais.
- Somos obrigados a relatar informações médicas anônimas sobre a utilização o uso e os custos dos cuidados de saúde dos membros ao Banco de Dados de Queixas de todos os Pagadores de Rhode Island (APCD) e ao HealthFacts RI. Informação pessoal, como o seu nome, número de segurança social, morada, data de nascimento e número de identificação do membro do Neighborhood INTEGRITY nunca é relatada. Se escolher não incluir as suas informações, poderá optar por não participar ao visitar a página www.riapcdoptout.com. Se optar por excluir-se por telefone, ligue para a Linha de Assistência ao Consumidor do Seguro de Saúde de Rhode Island (RI-REACH um programa da Rede de Informação dos Pais de Rhode Island) através do número 1-855-747- 3224.

C2. Tem o direito de ver os seus registos médicos

Você tem o direito de consultar os seus registos médicos e pedir uma cópia. Estamos autorizados a cobrar uma taxa por fazer uma cópia dos seus registos médicos.

Tem o direito de pedir para atualizarmos ou corrigirmos os seus registos médicos. Se nos pedir para fazer isto, trabalharemos com o seu médico para decidir se as alterações devem de facto ser feitas.

Tem o direito de saber se e como foram partilhadas as suas PHI com outras pessoas.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas PHI, ligue para os Serviços dos Membros.

D. É nossa responsabilidade fornecer informações sobre o plano, os seus provedores da rede e os seus serviços cobertos

Como membro do Neighborhood INTEGRITY, tem o direito de conseguir informações sobre nós. Se não falar inglês, temos serviços de intérprete gratuito para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre o nosso plano de saúde. Para ter um intérprete, ligue para o 1-844- 812-6896 (TTY 711). Este serviço é gratuito. O nosso plano pode também dar-lhe materiais em Espanhol e Português. Podemos também fornecer informações em letras grandes, braille ou áudio.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se desejar obter informações sobre qualquer um dos seguintes produtos a seguir, ligue para os Serviços dos Membros:

- O nosso plano, incluindo:
 - Informações financeiras
 - Como o plano foi avaliado pelos Membros do plano
 - A quantidade de recursos feitos pelos Membros
 - Como deixar o plano
- Os nossos provedores da rede e as nossas farmácias da rede, incluindo:
 - Como escolher ou mudar de prestador de cuidado primário
 - Qualificações dos nossos provedores e das nossas farmácias da rede
 - Como pagamos os prestadores da nossa rede
 - Para uma lista dos prestadores e das farmácias da rede do plano, consulte o *Diretório de Prestadores e Farmácias*. Para obter informações mais detalhadas sobre os nossos prestadores ou as nossas farmácias, ligue para os Serviços dos Membros, ou visite a nossa página na www.nhpri.org/INTEGRITY
- Serviços e medicamentos cobertos e sobre as regras que devem ser seguidas, incluindo:
 - Serviços e medicamentos cobertos pelo plano
 - Limites da sua cobertura e medicamentos
 - Regras que devem ser seguidas para conseguir serviços e medicamentos cobertos
- Por que algo não está coberto e o que pode fazer sobre isso, inclusive pedir-nos para:
 - Pôr por escrito por que algo não está coberto
 - Alterar uma decisão que fizemos
 - Pagar por uma fatura que recebeu



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Impossibilidade dos provedores da rede em cobrá-lo diretamente

Médicos, hospitais e outros provedores da nossa rede não podem cobrá-lo por serviços cobertos. Também não podem cobrar se pagarmos menos do que o provedor nos cobrou. A única exceção é se você estiver a receber cuidados de longo prazo e apoio social (LTSS) e o Rhode Island Medicaid disser que deve pagar parte dos custos desses serviços. Para saber o que fazer se um provedor da rede tentar cobrar pelos serviços cobertos, consulte o Capítulo 7, Seção A.

F. O seu direito de sair o plano

Se não quiser, ninguém o pode obrigar a ficar no nosso plano.

- Tem o direito de receber a maioria dos seus serviços de saúde através do Original Medicare ou de um plano Medicare Advantage.
- Pode obter os benefícios de medicamentos prescritos do Medicare Parte D de um plano de medicamentos de prescrição ou de um plano do Medicare Advantage.
- Consulte o Capítulo 10, Seção C, para obter mais informações sobre quando pode aderir a um novo plano do Medicare Advantage ou de benefícios de medicamentos prescritos.
 - Se sair do nosso plano, receberá os seus serviços diretamente através da Taxa de Serviço do Rhode Island (FFS). Para obter mais informações sobre o FFS, ligue para o 1-855-697-4347.

G. O seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde

G1. O seu direito de conhecer as suas opções de tratamento e tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde

Tem o direito de obter informações completas dos seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde quando receber serviços. Os seus prestadores devem explicar a sua condição e suas escolhas de tratamento, de uma forma que possa entender. Tem o direito de:

- **Conhecer suas escolhas.** Tem o direito de saber sobre todos os tipos de tratamento para as suas condições de saúde.
- **Conhecer os riscos.** Tem o direito de saber sobre os riscos envolvidos. Tem de saber antecipadamente se qualquer serviço ou tratamento faz parte de uma experiência de pesquisa (investigação). Tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** Tem o direito de ver outro provedor antes de



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Dizer "não".** Tem o direito de recusar qualquer tratamento. Isto inclui o direito de sair de um hospital ou outra instituição médica, mesmo se o seu provedor o desaconselhar. Também tem o direito de parar de tomar um medicamento. Se recusar tratamento ou parar de tomar um medicamento, não será retirado do plano. No entanto, se recusar tratamento ou parar de tomar um medicamento, aceitará total responsabilidade pelo que lhe possa acontecer.
- **Peça-nos para explicar por que um provedor negou cuidados.** Tem o direito de obter uma explicação da nossa parte se um provedor negar o cuidado que você acredita que deve receber.
- **Peça-nos para cobrir um serviço ou um medicamento que foi negado ou que normalmente não é coberto.** Isto é chamado de uma decisão de cobertura. O Capítulo 9, Secção 5.2, indica como pedir uma decisão de cobertura do plano.

G2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se for incapaz de tomar as decisões de cuidados de saúde por si mesmo

Às vezes, as pessoas são incapazes de tomar decisões de saúde por si mesmas. Antes que isso aconteça consigo, pode:

- Preencher um formulário por escrito para **dar a alguém o direito de tomar decisões de saúde para si.**
- **Dar aos seus provedores instruções por escrito** sobre como deseja que eles cuidem dos seus cuidados de saúde se for incapaz de tomar decisões por si mesmo.

O documento legal que pode utilizar para indicar as suas instruções é chamado de diretiva antecipada. Existem diferentes tipos de diretivas antecipadas e com nomes diferentes. Os exemplos são testamentos em vida e uma procuração para cuidados de saúde.

Não tem de utilizar uma diretiva antecipada mas se quiser, pode. Aqui está o que fazer:

- **Obter o formulário.** Pode obter um formulário do seu provedor, advogado, agência de serviços jurídicos ou assistente social. As organizações que dão às pessoas informações sobre o Medicare ou o Medicaid, como o The POINT, podem também ter formulários de diretiva antecipada. Também pode aceder à página do Departamento de Saúde de Rhode Island em <http://health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/> para obter o formulário.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Preencha e assine o formulário.** O formulário é um documento legal. Deve ter um advogado para ajudá-lo a preparar o documento.
- **Dê cópias às pessoas que precisam de saber sobre isto.** Deve entregar uma cópia do formulário ao seu provedor. Deve também entregar uma cópia à pessoa que designou para tomar decisões por si. Pode também entregar cópias aos amigos ou membros da sua família. Não se esqueça de guardar uma cópia em casa.
- Se for internado e tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia 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, há formulários disponíveis no hospital e os funcionários irão perguntar-lhe se deseja assinar um.

Lembre-se, é sua escolha preencher uma diretiva antecipada ou não.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas

Se assinou uma diretiva antecipada, e acreditar que um provedor ou hospital não seguiu as instruções contidas na diretiva, pode apresentar uma reclamação no Departamento de Saúde de Rhode Island ao ligar para o número 1-401-222-5960 (TTY 711) ou por correio através da morada:

Department of Health
3 Capitol Hill
Providence, RI 02908.

H. O seu direito de apresentar reclamações e pedir-nos para reconsiderar as decisões que tomámos

O Capítulo 9, Secção 3, indica o que pode fazer se tiver quaisquer problemas ou preocupações sobre os seus cuidados ou serviços cobertos. Por exemplo, pode pedir-nos para tomar uma decisão de cobertura, apresentar um recurso para que alteremos uma decisão de cobertura ou fazer uma reclamação.

Tem o direito de conseguir informações sobre recursos e reclamações que outros Membros têm apresentado contra nosso plano. Para ter essa informação, ligue para os Serviços dos Membros.

H1. O que fazer se acreditar que está a ser tratado injustamente ou deseja obter mais informações sobre os seus direitos

Se acredita que foi tratado injustamente - e não se trata de discriminação pelas razões indicadas na página 190 – ou se deseja obter mais informações sobre os seus direitos, pode obter ajuda ao ligar para:

- Serviços dos Membros
- The POINT através do 1-401-462-4444. Os utilizadores TTY devem ligar 711. The POINT fornece informações e referências para programas e serviços de idosos, adultos com deficiências e os seus cuidadores.
- Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar 1-877-486-2048. (Também pode ler ou descarregar o “Direitos e Proteções do Medicare” - encontrado na página do Medicare em <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
- O Defensor da Saúde RIPIN. Para obter mais detalhes sobre esta organização e como contactá-la, consulte o Capítulo 2, a Secção I.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A Aliança para Melhor Cuidado de Longo. Para obter mais detalhes sobre esta organização e como contatá-la, consulte o Capítulo 2, Seção J.
- O Rhode Island Medicare através do número 1-855-697-4347. Os utilizadores TTY devem ligar 711.

I. As suas responsabilidades como um Membro do plano

Como membro do plano, tem a responsabilidade de tomar as medidas indicadas abaixo. Se tiver alguma dúvida, ligue para os Serviços dos Membros.

- **Ler o *Manual do Membro*** para saber o que está coberto quais as regras que precisa seguir para obter medicamentos e serviços cobertos.
 - Serviços cobertos, consulte os Capítulos 3 e 4. Estes capítulos mostram o que é coberto, o que não é coberto, quais as regras que precisa seguir e o que paga.
 - Medicamentos cobertos, consulte os Capítulos 5 e 6.
 - **Informe-nos sobre qualquer outra cobertura de saúde ou medicamentos prescritos** que tenha. Somos obrigados a garantir que esteja a usar todas as opções de cobertura quando receber cuidados de saúde. Por favor, se tiver outra cobertura, entre em contacto com os Serviços dos Membros.
 - **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde** que está inscrito no nosso plano. Mostre o seu Cartão de Identificação do Membro sempre que receber serviços ou medicamentos.
 - **Ajude os seus médicos** e outros profissionais de saúde a prestar o melhor atendimento.
 - Dê-lhes as informações necessárias sobre si e sobre a sua saúde. Aprenda o máximo que puder sobre os seus problemas de saúde. Siga os planos e instruções de tratamento com os quais você e os seus provedores concordam.
 - Certifique-se que os seus médicos e outros profissionais sabem sobre todos os medicamentos que está a tomar. Isto inclui medicamentos prescritos, medicamentos vendidos sem receita médica, vitaminas e suplementos.
 - Se tiver alguma dúvida, não deixe de perguntar. Os seus médicos e outros profissionais de saúde devem explicar as coisas de uma forma que possa entender. Se fizer uma pergunta e não entender a resposta, pergunte novamente.
 - **Seja atencioso.** Esperamos que todos os nossos Membros respeitem os direitos de outros pacientes. Também esperamos que proceda com respeito no consultório do seu médico, hospitais e consultórios de outros provedores.
 - **Pague o que deve.** Como Membro do plano, é responsável por estes pagamentos:
 - Prémios Medicare Parte A e Medicare Parte B. Para a maioria dos Membros do
- Se tiver perguntas**, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Neighborhood INTEGRITY, o Medicaid paga o seu prêmio da Parte A e o seu Prêmio da Parte B.

- Se obtiver LTSS (Cuidados de Longo Prazo e Apoio Social), poderá ter que pagar parte do custo dos seus serviços. O montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.
- **Se receber algum serviço ou medicamento que não seja coberto pelo nosso plano, deverá pagar o custo total.**
- Se não concordar com a nossa decisão de não cobrir um serviço ou medicamento, poderá apresentar um recurso. Consulte o Capítulo 9, Secção 5.3, para saber como apresentar um recurso.
- Informe-nos se você se mudar. Se vai se mudar, é importante que nos informe imediatamente. Ligue para os Serviços dos Membros.
 - **Se sair da nossa área de serviço, não poderá permanecer neste plano.** Apenas pessoas que moram na nossa área de serviço podem obter o Neighborhood INTEGRITY. O Capítulo 1, Secção D, fala sobre a nossa área de serviço.
 - Podemos ajudá-lo a descobrir se está a sair da nossa área de serviço. Durante um período especial de inscrição, pode mudar para o Original Medicare ou inscrever-se num plano de saúde ou medicamentos de prescrição médica no seu novo local.
 - Também não deixe de informar o Medicare e o Medicaid do seu novo endereço quando se mudar. Consulte o Capítulo 2, Secção G e H, para obter os números de telefone do Medicare e Medicaid.
 - **Mesmo que se mude para a nossa área de serviço, precisamos de saber.** Precisamos manter o seu registo de inscrição atualizado e saber como entrar em contacto consigo.
- Se tiver perguntas ou preocupações e precisar de ajuda, ligue para os Serviços dos Membros.

J. O que fazer se suspeitar de fraude

A maioria dos profissionais e organizações de saúde prestam serviços honestos. Infelizmente, pode haver quem seja desonesto.

Se acha que um médico, hospital ou outra farmácia está a fazer algo errado, entre em contacto connosco.

- Ligue para os Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY. Os números de telefone estão na capa deste Manual do Membro.
- Ou ligue para o Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TTY devem ligar para o número 1-877-486-2048. Pode ligar para estes números, gratuitamente, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Também pode ligar para o Programa Integrity do Escritório de Rhode Island através do número 1-401-462-6503 ou,
- O Departamento do Procurador Geral de Rhode Island para denunciar sobre fraude no Medicaid, abuso ou negligência ou desvio de medicamentos pelo paciente através do número 1-401-222-2556 ou 1-401-274-440, extensão 2269 ou,
- Diretor de Conformidade do Neighborhood através do número 1-401-427-6799 (TTY 711) ou,
- Linha Direta de Conformidade do Neighborhood através do número 1-888-579-1551.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 9: O que fazer se você tiver um problema ou reclamação

O que contém este capítulo?

Este capítulo contém informações sobre os seus direitos. Leia este capítulo para descobrir o que fazer se:

- Tiver um problema ou uma reclamação sobre o seu plano.
- Precisar de um serviço, produto ou de uma medicação que o seu plano disse que não pagará.
- Discordar de uma decisão que o seu plano fez sobre os seus cuidados.
- Achar que os seus serviços cobertos estão a terminar demasiado cedo.

Se tiver algum problema ou alguma preocupação, apenas precisará ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. Este capítulo está dividido em seções diferentes para ajudá-lo a encontrar facilmente o que está a procurar.

Se estiver a enfrentar um problema com a sua saúde ou os seus serviços e apoio de longo prazo

Você deveria obter assistência médica, medicamentos, serviços e assistência de longo prazo e os apoios que o seu médico e outros profissionais determinam que são necessários para o seu cuidado como parte do seu plano de tratamento. **Se tiver algum problema com os seus cuidados, pode contactar o Defensor de Saúde (RIPIN) através do número 1-855-747-3224 para obter ajuda.** Este capítulo explica as diferentes opções disponíveis para diferentes problemas e queixas, mas pode sempre ligar para o RIPIN para ajudar a guiá-lo com o seu problema.

Para obter recursos adicionais para abordar as suas preocupações e formas de contactá-los, consulte o Capítulo 2, Secção I, para ter mais informações sobre o RIPIN.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Índice

O que contém este capítulo?	145
Se estiver a enfrentar um problema com a sua saúde ou os serviços e apoio de longo prazo	145
Secção 1: Introdução	148
• Secção 1.1: O que fazer se tiver um problema.	148
• Secção 1.2: E quanto aos termos legais?	148
Secção 2: Onde pedir ajuda	149
• Secção 2.1: Onde conseguir mais informações e ajuda.....	149
Secção 3: Problemas com os seus benefícios.....	151
• Secção 3.1: Deve utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou quer fazer uma reclamação?	151
Secção 4: Decisões de cobertura e recursos	152
• Secção 4.1: Visão geral das decisões de cobertura e dos recursos.....	152
• Secção 4.2: Obter ajuda com decisões de cobertura e recursos	152
• Secção 4.3: Qual secção deste capítulo irá ajudá-lo?	154
Secção 5: Problemas sobre serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D).....	155
• Secção 5.1: Quando utilizar esta secção.....	155
• Secção 5.2: Pedir uma decisão de cobertura	156
• Secção 5.3: Recursos de Nível 1 por serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D)	158
• Secção 5.4: Recursos de Nível 2 por serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D)	168
• Secção 5.5: Problemas de pagamentos	169
Secção 6: Medicamentos da Parte D.....	169



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Secção 6.1: O que fazer se tiver problemas para obter um medicamento da Parte D ou se quiser ser reembolsado por um medicamento da Parte D	170
• Secção 6.2: O que é uma exceção?	172
• Secção 6.3: Informações importantes a saber sobre como solicitar exceções	173
• Secção 6.4: Como pedir uma decisão de cobertura sobre um medicamento da Parte D ou reembolso de um medicamento da Parte D, incluindo uma exceção	174
• Secção 6.5: Recurso de Nível 1 para medicamentos da Parte D	176
• Secção 6.6: Recurso de Nível 2 para medicamentos da Parte D	179
Secção 7: Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar prolongado.....	180
• Secção 7.1: Aprenda sobre os seus direitos do Medicare.....	181
• Secção 7.2: Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar	181
• Secção 7.3: Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar	184
• Secção 7.4: O que acontece se eu falhar o prazo de um recurso?	185
Secção 8: O que fazer se achar que seu cuidado de saúde domiciliário, numa instituição de enfermagem especializada, ou de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORPF) estiverem a terminar demasiado cedo.....	188
• Secção 8.1: Iremos informá-lo com antecedência quando terminará a sua cobertura	188
• Secção 8.2: Recurso de Nível 1 para continuar os seus cuidados.....	188
• Secção 8.3: Recurso de Nível 2 para continuar os seus cuidados.....	191
• Secção 8.4: E se falhar o prazo de apresentação do Recurso de Nível 1?	192
Secção 9: Levar o seu recurso além do Nível 2.....	194
• Secção 9.1: Próximas etapas para serviços e produtos do Medicare	194
• Secção 9.2: Próximas etapas para serviços e produtos do Medicaid.....	195
Secção 10: Como fazer uma queixa.....	197
• Secção 10.1: Reclamações internas.....	197
• Secção 10.2: Reclamações externas.....	198



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Secção 1: Introdução

• Secção 1.1: O que fazer se tiver um problema

Este capítulo diz-lhe o que fazer se tiver algum problema com o seu plano ou os seus serviços ou o pagamento. Medicare e Medicaid aprovaram estes processos. Cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que devem ser seguidos por nós e por si.

• Secção 1.2: E quanto aos termos legais?

Existem termos legais difíceis para algumas das regras e dos prazos neste capítulo. Muitos destes termos podem ser difíceis de entender portanto, usámos palavras mais simples, em vez de certos termos legais. Utilizámos o mínimo possível de abreviaturas.

Por exemplo, diremos:

- "Fazer uma reclamação", em vez de "apresentação de uma queixa"
- "Decisão de cobertura" em vez de "determinação de organização", "determinação de benefício", "determinação de risco", ou "determinação de cobertura"
- "Decisão rápida de cobertura" em vez de "determinação acelerada"

Conhecer os termos legais adequados pode ajudá-lo a se comunicar com mais clareza, por isso também os fornecemos.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Secção 2: Onde pedir ajuda

• Secção 2.1: Onde conseguir mais informações e ajuda

Às vezes, pode ser complicado começar ou seguir o processo para lidar com um problema. Isto pode ser especialmente verdade se não se sentir bem ou tiver pouca energia. Outras vezes, pode não ter o conhecimento necessário para dar o próximo passo.

Pode conseguir ajuda do RIPIN (Defensor de Saúde)

Se precisar de ajuda, pode sempre ligar para o RIPIN. O RIPIN é um programa de mediação que pode responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer para lidar com o seu problema. Consulte o Capítulo 2, Secção I, para ter mais informações sobre os programas de mediação.

O RIPIN não está relacionado connosco ou com qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. Eles podem ajudá-lo a entender qual o processo utilizar. O número de telefone para o RIPIN é o 1-855-747-3224. Os seus serviços são gratuitos.

Pode receber ajuda do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP)

Pode também ligar seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP). Os conselheiros do SHIP podem responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer para lidar com o seu problema. O SHIP não está ligado a nenhuma companhia de seguros ou plano de saúde. O SHIP tem conselheiros treinados em cada estado e os serviços são gratuitos. Ligue ao The POINT através do 1-401-462-4444 se gostaria de falar com um conselheiro do SHIP.

Receber ajuda do Medicare

Pode ligar para o Medicare diretamente para receber ajuda com problemas. Aqui estão duas maneiras de conseguir ajuda do Medicare:

- Ligue para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. TTY: 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.
- Visite a página do Medicare em <http://www.medicare.gov>.

Receber ajuda do Medicaid

Também pode receber ajuda do Medicaid. Para obter ajuda com o Medicaid, contacte a Linha de Informação do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) através do número de telefone 1-855-697-4347 (TTY 711).



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Obter ajuda da Organização da Melhoria de Qualidade de Rhode Island (QIO)

Rhode Island tem uma organização chamada KEPRO. A organização é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade do atendimento para as pessoas com Medicare. A KEPRO não está conectada com o Neighborhood INTEGRITY.

- Ligue para o número 1-888-319-8452, das 09h às 17h, de segunda a sexta-feira; e das 11h às 15h, aos sábados, domingos e feriados. Uma gravação de voz está disponível 24 horas por dia. Os utilizadores TTY devem ligar o: 1-855-843-4776 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Deve ter um equipamento de telefone especial para ligar.
- Escreva para:
KEPRO

5700 Lombardo Center Drive

Suite 100

Seven Hills, OH 44131
- Visite a página da KEPRO em <https://keproqio.com/>



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Secção 3: Problemas com os seus benefícios

- **Secção 3.1: Deve utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou quer fazer uma reclamação?**

Se tiver algum problema ou preocupação, apenas precisará ler as partes deste capítulo que se aplicam à sua situação. A tabela abaixo irá ajudá-lo a encontrar a secção correta deste capítulo para problemas ou reclamações.

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

(Isto inclui problemas sobre se determinados cuidados médicos específicos ou medicamentos prescritos são cobertos ou não, a maneira como são cobertos e os problemas relacionados ao pagamento por cuidados médicos ou medicamentos prescritos).

Sim.

Meu problema é sobre benefícios ou cobertura.

Vá para a **Secção 4: "Decisões de cobertura e recursos"** na página 137.

Não.

Meu problema não é sobre benefícios ou cobertura.

Vá diretamente à **Secção 10: "Como fazer uma queixa"** na página 176.

Secção 4: Decisões de cobertura e recursos

- **Secção 4.1: Visão geral das decisões de cobertura e dos recursos**

O processo para solicitar decisões de cobertura e fazer recursos com problemas relacionados com os seus benefícios e à sua cobertura. Também inclui problemas com pagamento.

O que é uma decisão de cobertura?

Uma decisão de cobertura é uma decisão inicial que tomamos sobre os seus benefícios e a sua cobertura ou sobre o valor que pagaremos pelos seus serviços médicos, produtos ou medicamentos. Estamos a tomar uma decisão de cobertura cada vez que decidimos o que é coberto para si e o montante que pagamos.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Se você ou o seu provedor não tiver a certeza se um serviço, produto ou medicamento é coberto pelo Medicare ou Medicaid, qualquer dos dois pode pedir uma decisão de cobertura antes que o provedor forneça o serviço, produto ou medicamento.

O que é um recurso?

Um recurso é uma maneira formal de nos solicitar que seja revista a nossa decisão e a alteremos se achar que cometemos um erro. Por exemplo, podemos decidir que um serviço, produto, ou medicamento que desejar não é coberto ou não é mais coberto pelo Medicare ou Medicaid. Se você ou o seu médico não concordar com a nossa decisão, poderá recorrer.

• **Secção 4.2: Obter ajuda com decisões de cobertura e recursos**

A quem posso ligar para pedir ajuda com decisões de cobertura ou fazer um recurso?

Pode pedir ajuda a qualquer uma destas pessoas:

- Ligue para os **Serviços dos Membros** através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Ligue para o **RIPIN (Defensor de Cuidados de saúde)** para receber ajuda gratuita. O RIPIN ajuda as pessoas inscritas no Medicaid com problemas de serviço ou faturação. O número de telefone é o 1-855-747-3224.
- Ligue para o **The POINT** para ajuda gratuita. The POINT é uma organização independente. Não está relacionada com este plano. O número de telefone é o 1-401-462-4444.
- Fale com o **seu médico ou outro provedor**. O Seu médico ou outro provedor pode pedir uma decisão de cobertura ou recurso em seu nome.
- Fale com um **amigo ou membro da sua família** e peça a ele ou ela para agir por si. Pode nomear uma outra pessoa para agir como seu “representante” para solicitar uma decisão de cobertura ou fazer um recurso.
 - Se quiser que um amigo, familiar ou uma outra pessoa seja o seu representante, ligue para os Serviços dos Membros e peça o formulário de "Nomeação de Representante".
 - Também pode obter o formulário na página do Medicare em <https://www.cms.gov/Medicare/CMSForms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> ou <https://www.nhpri.org/Portals/0/Uploads/Documents/Medicare-Medicaid/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696.pdf>. O formulário dá à pessoa permissão para agir por si. Deve dar-nos uma cópia do formulário assinado.
- **Também tem o direito de pedir um advogado** para agir por si. Pode ligar ao seu próprio advogado ou pedir o nome de um advogado da associação dos advogados



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

locais ou de outro serviço de referência. Alguns grupos jurídicos irão dar-lhe serviços jurídicos gratuitos, se você se qualificar. Se quiser um advogado para representá-lo, precisará preencher o formulário de Nomeação de Representante.

- No entanto, **não precisa ter um advogado** para solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou para fazer um recurso.

• **Secção 4.3: Qual secção deste capítulo irá ajudá-lo?**

Existem quatro tipos diferentes de situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Separámos este capítulo em secções diferentes para ajudá-lo a encontrar as regras que precisa seguir. **Precisa ler apenas a secção que se aplica ao seu problema:**

- **a Secção 5, na página 140** dá-lhe informações se tiver problemas com os serviços, produtos e medicamentos (mas **não** medicamentos de Parte D). Por exemplo, use esta Secção se:
 - Não estiver a receber os cuidados médicos que deseja, e acreditar que nosso plano cobre este cuidado.
 - Não aprovarmos serviços, produtos ou medicamentos que o seu provedor lhe quiser dar e acreditar que esse cuidado deveria ser coberto.
 - **NOTA:** Use apenas a Secção 5 se estes forem medicamentos **não** cobertos pela Parte D. Os medicamentos na *Lista de Medicamentos Cobertos* com um código “**DP**” não **são** cobertos pela Parte D. Consulte a Secção 6, na página 153 para obter recursos sobre os medicamentos da Parte D.
 - Recebeu assistência médica ou serviços que acha que deveriam ser cobertos, mas não estamos a pagar por esses cuidados.
 - Recebeu e pagou por serviços médicos ou produtos que pensava que estavam cobertos e quer pedir-nos o reembolso.
 - Foi informado que a cobertura dos cuidados que está a receber será reduzida ou interrompida e não concorda com a nossa decisão.



- **NOTA:** Se a cobertura que será interrompida for para atendimento hospitalar, assistência médica domiciliar, assistência especializada em instalações de enfermagem ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF), irá precisar ler uma Seção separada deste capítulo, pois regras especiais aplicam-se a estes tipos de cuidados. Consulte as seções 7 e 8 nas páginas 163 e 169.
- **A Seção 6 na página 153** fornece informações sobre os medicamentos da Parte D. Por exemplo, use esta Seção se:
 - Quiser pedir-nos para abrir uma exceção para cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na nossa Lista de Medicamentos.
 - Quiser pedir-nos para renunciarmos aos limites da quantidade de medicamentos que pode conseguir.
 - Quiser pedir-nos para cobrir um medicamento que requer aprovação prévia.
 - Não aprovamos a sua solicitação ou a exceção, e você ou seu médico ou outro médico acha que deveríamos fazê-lo.
 - Quiser pedir-nos para pagar um medicamento de prescrição que já comprou. (Isto é uma solicitação de uma decisão de cobertura sobre um pagamento.)
- **A Seção 7 na página 163** fornece informações sobre como nos solicitar a cobertura de uma hospitalização prolongada, se achar que o provedor está a dar-lhe alta demasiado cedo. Use esta Seção se:
 - Estiver no hospital e achar que o provedor lhe pediu para sair do hospital, demasiado cedo.
- **A Seção 8 na página 169** fornece informações se achar que a assistência domiciliar de saúde, unidade de cuidados especializados de enfermagem, e Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF) estiverem a terminar demasiado cedo.

Se não tiver certeza qual Seção deve utilizar, por favor ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

Se precisar de outra ajuda ou outras informações, ligue para o RIPIN através do número 1-855-747-3224.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Secção 5: Problemas sobre serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D)

• Secção 5.1: Quando utilizar esta Secção

Esta secção é sobre o que fazer se tiver problemas com os seus benefícios para os seus serviços médicos, de saúde comportamental e serviços de cuidados continuados (serviços de longo prazo). Também pode usar esta secção para problemas com medicamentos que **não** são cobertos pela Parte D, incluindo medicamentos Medicare Parte B. Os medicamentos da Lista de Medicamentos com um código '**DP**' **não** são cobertos pela Parte D. Use a Secção 6 para recursos ligados aos medicamentos da Parte D.

Esta secção informa o que pode fazer se estiver numa das cinco situações seguintes:

1. Acha que cobrimos um serviço médico, de saúde comportamental ou de Cuidados Continuados (assistência de longo prazo) que precisa mas não está a receber.

O que pode fazer: Pode pedir-nos para tomar uma decisão de cobertura. Vá à Secção 5.2, na página 141 para obter informações sobre como pedir uma decisão de cobertura.

2. Não aprovámos o cuidado que o seu provedor quer dar-lhe e você acha que o deveríamos aceitar.

O que pode fazer: Pode recorrer a nossa decisão por não aprovar o cuidado. Vá à Secção 5.3, na página 143 para conseguir informações sobre como fazer um recurso.

3. Obteve serviços ou produtos que acha que cobrimos, mas não pagaremos.

O que pode fazer: Pode recorrer a nossa decisão por não aprovar o cuidado. Vá à Secção 5.3, na página 143 para conseguir informações sobre como fazer um recurso.

4. Recebeu e pagou por serviços ou produtos que pensou que estavam cobertos e quer que o reembolsemos pelos serviços ou produtos.

O que pode fazer: Pode pedir-nos o reembolso. Vá à Secção 5.5, na página 152 para informações sobre como pedir um pagamento.

5. Reduzimos ou interrompemos a sua cobertura para um determinado serviço e discorda da nossa decisão.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de reduzir ou interromper o serviço. Vá à Secção 5.3, na página 143 para informações sobre como fazer um recurso.

NOTA: Se a cobertura que será interrompida for relacionada com cuidados hospitalares, atendimento domiciliar, assistência especializada em instalações de enfermagem ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF), serão aplicadas regras especiais. Leia as seções 7 ou 8, nas páginas 163 e 169 para obter mais informações.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



• **Secção 5.2: Pedir uma decisão de cobertura**

Como solicitar uma decisão de cobertura para obter um serviço médico, de saúde comportamental ou cuidado de longo prazo (cuidados continuados)

Para solicitar uma decisão de cobertura, ligue, escreva, envie-nos um fax ou peça ao seu representante ou provedor para nos solicitar uma decisão.

- Pode **ligar** para o número: 1-844-812-6896 TTY: 711
- Pode **enviar um fax** para o número: 1-401-459-6023
- Pode **escrever** para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attention: Grievance and Appeals

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Quanto tempo demora para obter a uma decisão de cobertura?

Geralmente demora até 14 dias consecutivos depois de solicitar o pedido, a menos que o seu pedido seja para um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B. Se a sua solicitação for de um medicamento com receita médica do Medicare Parte B, a decisão será tomada até 72 horas após a receção da sua solicitação.

Às vezes, precisamos de mais tempo e, quando isso acontecer, iremos enviar-lhe uma carta informando que precisamos de mais 14 dias consecutivos. A carta explicará por que é necessário mais tempo. Não podemos demorar para tomar uma decisão se a sua solicitação for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

Posso obter uma decisão de cobertura mais rápida?

Sim. Se precisar de uma resposta mais rápida por causa da sua saúde, peça-nos para tomar uma "decisão de cobertura rápida." Se aprovarmos o pedido, iremos notificá-lo da nossa decisão no prazo de até 72 horas (ou no prazo de até 24 horas para um medicamento prescrito do Medicare Parte B).

Às vezes, precisamos de mais tempo e, quando isso acontecer, iremos enviar-lhe uma carta informando que precisamos de mais 14 dias consecutivos. A carta explicará por que é necessário mais tempo. Não podemos demorar para tomar uma decisão se a sua solicitação for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

O termo legal para uma "decisão de cobertura rápida" é "determinação acelerada".



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Solicitar uma decisão de cobertura rápida

- Se solicitar uma decisão de cobertura rápida, comece por ligar ou enviar um fax ao nosso plano pedindo-nos para cobrir o cuidado que quer.
- Pode ligar-nos através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) ou enviar-nos um fax para o número 1-401- 709-7005. Para detalhes sobre como nos contactar, consulte o Capítulo 2, Secção A.
- Também pode pedir ao seu provedor ou representante para ligar-nos.

Aqui estão as regras para pedir uma decisão de cobertura rápida:

Para conseguir uma decisão de cobertura rápida, deve corresponder aos dois requisitos seguintes:

1. Pode obter uma decisão de cobertura rápida **apenas se estiver a solicitar uma cobertura por assistência médica ou um produto que ainda não tenha recebido**. (Não pode obter uma decisão de cobertura rápida se o seu pedido for sobre o pagamento por cuidado médico ou um produto que já tenha recebido).
2. Pode conseguir uma decisão de cobertura rápida **apenas se o prazo de 14 dias consecutivos (ou o prazo de 72 horas para medicamentos prescritos no Medicare Parte B) puder causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar**.
 - Se o seu provedor disser que precisa de uma decisão de cobertura rápida, nós automaticamente lhe daremos uma.
 - Se solicitar uma decisão de cobertura rápida sem o suporte do seu provedor, decidiremos se irá obter uma decisão de cobertura rápida.
 - Se decidirmos que a sua saúde não satisfaz os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, iremos enviar-lhe uma carta. Também utilizaremos o prazo padrão de 14 dias consecutivos (ou prazo de 72 horas para medicamentos prescritos do Medicare Parte B).
 - Esta carta lhe dirá que se o seu prestador solicitar a decisão de cobertura rápida, daremos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - A carta lhe dirá também como pode apresentar uma "queixa rápida" sobre a nossa decisão de dar-lhe uma decisão de cobertura padrão, em vez de uma decisão de cobertura rápida. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção 10, na página 176.

Se a decisão de cobertura for Sim, quando receberei o serviço ou produto?

Será aprovado (pré-autorizado) para obter o serviço ou produto no prazo de 14 dias consecutivos (para uma decisão de cobertura padrão) ou 72 horas (para uma decisão de cobertura rápida) a partir do momento em que fez a solicitação, a menos que a sua solicitação seja de medicamentos prescritos do Medicare Parte B.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se a sua solicitação for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B, será aprovado (autorização prévia) para obter o medicamento dentro de 72 horas (para uma decisão de cobertura padrão) ou 24 horas (para uma decisão de cobertura rápida).
- Se prolongarmos o tempo necessário para tomar a nossa decisão de cobertura, aprovaremos a cobertura até ao final desse período prolongado.

Se a decisão de cobertura for Não, como vou saber?

Se a resposta for **Não**, iremos enviar-lhe uma carta avisando-o das nossas razões para dizer **Não**.

- Se dissermos **Não**, terá o direito de pedir-nos para mudar esta decisão fazendo um recurso. A apresentação de um recurso significa pedir-nos para rever a nossa decisão de negar a cobertura.
- Se decidir recorrer, isso significa que irá para o Nível 1 do processo de recursos (leia a próxima secção para obter mais informações).

• Secção 5.3: Recursos de Nível 1 por serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D)

O que é um recurso?

Um recurso é uma maneira formal de pedir-nos que seja revista a nossa decisão de cobertura e alterá-la se achar que cometemos um erro. Se você ou o seu médico não concordarem com a nossa decisão, pode fazer um recurso. Em todos os casos, deve começar o seu recurso no Nível 1.

Se precisar de ajuda durante o processo de recurso, poderá ligar para o RIPIN (Defensor de Saúde) através do número 1-855-747-3224. O RIPIN não está relacionado connosco ou com qualquer companhia de seguros ou plano de saúde.



O que é um recurso de Nível 1?

Um recurso de Nível 1 é o primeiro recurso do nosso plano. Analisaremos a sua decisão de cobertura para ver se tudo está correto. O revisor será alguém que não fez parte da decisão de cobertura inicial. Quando concluirmos a revisão, iremos dar-lhe a nossa decisão por escrito.

Se, após a nossa análise, dissermos que o serviço ou produto não é coberto, o seu caso poderá ir a um recurso de Nível 2.

Como fazer um recurso de Nível 1

- Para iniciar o seu recurso, você, o seu médico ou outro provedor ou o seu representante devem entrar em contacto connosco. Pode ligar para o número 1-844-812- 6896. Para obter detalhes adicionais sobre como entrar em contacto connosco sobre recursos, consulte o Capítulo 2, Secção A.
- Pode pedir-nos um "recurso padrão" ou um "recurso rápido".
- Se estiver a solicitar um recurso padrão ou recurso rápido, faça o seu recurso por escrito ou ligue-nos.
 - Pode enviar uma solicitação para o seguinte endereço:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attention: Grievance and Appeals Coordinator

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917
 - Também pode solicitar um recurso ligando para o 1- 844-812-6896.

Rapidamente: Como fazer um recurso de Nível 1

Você, o seu provedor ou o seu representante podem fazer o seu pedido por escrito e enviar-nos por correio ou fax. Também pode solicitar um recurso telefonando para nós.

- Pergunte **no prazo de 60 dias consecutivos** a contar da decisão que está a recorrer. Se falhar o prazo por um bom motivo, ainda poderá recorrer.
- Se recorrer, porque lhe dissermos que um serviço que está a receber no momento será alterado ou interrompido, **terá menos dias para recorrer** se quiser continuar a receber esse serviço enquanto o seu recurso estiver processamento.
- Continue a ler esta secção para saber qual prazo se aplica ao seu recurso.

O termo legal para uma "recurso rápido" é "reapreciação acelerada".



Alguém pode fazer o recurso por mim?

Sim. O seu médico ou outro provedor pode fazer o recurso para si. Além disso, alguém sem ser o seu médico ou outro provedor pode fazer o recurso para si, mas primeiro deve preencher um formulário de Nomeação de Representante. O formulário dá à pessoa a permissão de agir por si.

Para obter um formulário de Nomeação de Representante, ligue para os Serviços dos Membros e peça um formulário ou visite a página do Medicare em <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> ou

[https://www.nhpri.org/Portals/0/Uploads/Documents/Medicare-Medicaid/2017-INTEGRITY-](https://www.nhpri.org/Portals/0/Uploads/Documents/Medicare-Medicaid/2017-INTEGRITY-AORForm-CMS1696.pdf)

[AORForm-CMS1696.pdf](https://www.nhpri.org/Portals/0/Uploads/Documents/Medicare-Medicaid/2017-INTEGRITY-AORForm-CMS1696.pdf).

Se o recurso vier de alguém além de si ou do seu médico ou outro provedor, precisaremos obter o formulário de Nomeação de Representante preenchido antes de podermos analisar o recurso.

Quanto tempo tenho para fazer um recurso?

Deve solicitar um recurso **dentro de 60 dias consecutivos** a partir da data da carta que enviaremos para o informar da nossa decisão.

Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para isso, podemos dar-lhe mais tempo para fazer o seu recurso. Exemplos de boas razões são: se tiver uma doença grave, ou lhe tivermos dado a informação incorreta sobre o prazo para solicitar um recurso.

NOTA: Se recorrer porque lhe dissermos que um serviço que atualmente está a receber será alterado ou interrompido, **terá poucos dias para recorrer** se quiser continuar a receber esse serviço enquanto o seu recurso estiver em processamento. Leia “Os meus benefícios continuarão durante os recursos de Nível 1” na página 147 para ter mais informações.

Posso conseguir uma cópia do meu registo de processo?

Sim. Peça-nos uma cópia, ligando para os Serviços dos Membros através do número de telefone 1-844-812- 6896.

O meu provedor pode fornecer mais informações sobre o meu recurso?

Sim, você e o seu provedor podem dar-nos mais informações para apoiar o seu recurso.

Como faremos a decisão de recurso?

Prestamos atenção a todas as informações da sua solicitação de cobertura de cuidados médicos. Em seguida, verificamos se seguimos todas as regras quando dissermos **Não** ao seu pedido. O revisor será alguém que não tomou a decisão original.

Se precisarmos de mais informações, poderemos solicitar-lhe ou ao seu provedor.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Quando saberei sobre uma decisão de recurso "padrão"?

Devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 30 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso (ou dentro de sete dias consecutivos após a solicitação de um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B). Iremos dar-lhe a nossa decisão mais cedo, se o seu estado de saúde o exigir.

- No entanto, se pedir mais tempo ou se nós precisarmos de reunir mais informações, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos. Se decidirmos demorar mais alguns dias para tomar a decisão, enviaremos uma carta a explicar qual o motivo de precisarmos de mais tempo. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B.
- Se acredita que não deveríamos demorar mais dias, pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de demorar mais dias. Quando registrar uma reclamação rápida, iremos dar-lhe uma resposta à sua reclamação dentro de 24 horas. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção 10, na página 176.
- Se não lhe dermos uma resposta ao seu recurso dentro de 30 dias consecutivos (ou dentro de 7 dias após a solicitação de um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B) ou ao final dos dias extras (se tivermos precisado), enviaremos o seu caso automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso se o problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do Medicare. Será notificado quando isso acontecer. Se o seu problema for sobre a cobertura de um produto ou serviço do Medicaid, pode apresentar um recurso de Nível 2. Para obter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, vá à Secção 5.4, na página 147.

Se a nossa resposta for Sim para fazer parte ou tudo o que solicitou, devemos aprovar ou fornecer o serviço ou produto assim que a sua condição de saúde exigir, mas o mais tardar 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão (ou dentro de 7 dias consecutivos após a solicitação de um medicamento prescrito do Medicare Parte B).

Se a resposta for Não para fazer parte ou tudo do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do Medicare, a carta irá informar que enviámos o seu caso para a Entidade de Revisão Independente para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do Medicaid, a carta irá informá-lo como deve apresentar um recurso de Nível 2. Para obter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, vá à Secção 5.4, na página 147.

Quando saberei sobre uma decisão de recurso "rápida"?

Se pedir um recurso rápido, iremos dar-lhe a sua resposta dentro de 72 horas depois de termos recebido o recurso. Iremos dar-lhe a nossa decisão mais cedo, se o seu estado de saúde o exigir.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- No entanto, se pedir mais tempo ou se precisarmos de reunir mais informações, iremos demorar até mais 14 dias consecutivos. Se decidirmos demorar alguns dias a mais para tomar a decisão, enviaremos uma carta a explicar qual a razão de precisarmos de mais tempo. Não podemos demorar mais para tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B.
- Se acredita que não deveríamos demorar mais dias, pode apresentar uma “reclamação rápida” sobre a nossa decisão de demorar mais dias. Quando registrar uma reclamação rápida, iremos dar-lhe uma resposta à sua reclamação dentro de 24 horas. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção 10, na página 176.
- Se não lhe dermos uma resposta ao seu recurso dentro de 72 horas ou até ao final dos dias extras (se tivermos utilizado), enviaremos o seu caso automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso se o problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do Medicare. Será notificado quando isso acontecer. Se o seu problema for sobre a cobertura de um produto ou serviço do Medicaid, pode apresentar um recurso de Nível 2. Para obter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, consulte a Secção 5.4, na página 147.

Se a nossa resposta for Sim para fazer parte ou tudo o que solicitou, devemos autorizar ou fornecer a cobertura assim que o seu estado de saúde exigir, o mais tardar 72 horas a partir da data em que tomarmos a decisão.

Se a resposta for Não para fazer parte ou tudo o que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura de um serviço ou produto do Medicare, a carta informará que enviámos o seu caso à Entidade de Revisão Independente para um Recurso de Nível 2. Se o seu problema for sobre a cobertura de um produto ou serviço do Medicaid, a carta informará como você mesmo deve apresentar um recurso de Nível 2. Para obter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, consulte a Secção 5.4, na página 147.

Os meus benefícios continuarão durante os recursos do Nível 1?

Se decidirmos alterar ou interromper a cobertura de um serviço que foi aprovado anteriormente, enviaremos um aviso antes de executar a ação. Se discordar da ação, pode apresentar um Recurso de Nível 1 e pedir que continuemos com os seus benefícios para o serviço. Para continuar os seus benefícios, **deve fazer a solicitação antes ou depois do seguinte:**

- Dentro de 10 dias a contar da data de envio por correio do nosso aviso de ação; ou
- A data efetiva prevista da ação.

Se cumprir este prazo, poderá continuar a receber o serviço contestado enquanto o recurso estiver a ser processado. Se os seus benefícios continuarem e o resultado final do recurso confirmar a nossa ação, poderemos recuperar o custo dos serviços fornecidos a si enquanto o recurso estava pendente.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



• **Secção 5.4: Recurso de Nível 1 por serviços, produtos e mediantes (exceto medicamentos da Parte D)**

Se o plano indicar Não ao Nível 1, o que acontece a seguir?

Se dissermos **Não** para parte ou a totalidade do seu recurso de Nível 1, iremos enviar-lhe uma carta. Esta carta irá dizer-lhe se o serviço ou produto for coberto normalmente pelo Medicare ou Medicaid.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto do Medicare, receberá automaticamente um recurso de Nível 2 com uma Entidade de Revisão Independente (IRE), assim que o recurso de Nível 1 estiver completo.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto do Medicaid, pode apresentar um recurso de Nível 2 no Escritório de Audiência Justa do Estado do EOHHS (Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos). Em muitos casos, também pode solicitar uma Revisão Externa de RI. Se não tiver a certeza se pode solicitar uma Revisão Externa de RI, entre em contacto através do número 1-844-812-6896 e 711. As informações também estão indicadas abaixo. A Audiência Justa do Estado e as Revisões Externas de RI são realizadas por organizações independentes que não fazem parte do plano.
- Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que poderia ser coberto pelo Medicare e Medicaid, receberá automaticamente um recurso de Nível 2 com o IRE (Entidade de Revisão Independente). Pode também solicitar um Recurso de Nível 2 ao escritório de Audiência Justa do Estado e/ou à organização de Revisão Externa de RI. A carta que lhe enviarmos, dando a nossa decisão de recurso de Nível 1, lhe dirá como fazer isso. As informações estão também indicadas abaixo.

O que é um Recurso de Nível 2?

Um Recurso de Nível 2 é o segundo recurso, que é feito por uma organização independente que não está ligada ao plano. Se o seu problema for sobre um serviço ou produto do **Medicare**, o Recurso de Nível 2 é feito por uma organização independente que é chamada de Entidade de Revisão Independente (IRE). Se o seu problema for sobre um serviço ou produto do **Medicaid**, pode pedir um Recurso de Nível 2 ao Escritório de Audiência Justa do Estado do EOHHS e/ou à organização de Revisão Externa de RI.

O meu problema é sobre um serviço ou produto do Medicaid. Como posso fazer um recurso de Nível 2?

Um Recurso de Nível 2 para um serviço ou produto do Medicaid é o segundo recurso que é feito por uma organização de Audiência Justa do Estado do EOHHS ou por uma organização de Revisão Externa do RI. Pode apresentar um ou ambos os recursos de Nível 2 dentro de **120 dias consecutivos** a partir da data da nossa decisão de Nível 1. Quando a revisão do Nível 2 estiver

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



concluída, receberá uma decisão por escrito.

Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para isso, o EOHHS ou a organização de Revisão Externa de RI poderá dar-lhe mais tempo para fazer o seu recurso. Exemplos de boas razões são: teve uma doença grave ou fornecemos informações incorretas sobre o prazo para solicitar um recurso.

NOTA: Se continuarmos os seus benefícios para o serviço disputado enquanto o seu recurso de Nível 1 estiver a ser processado, **terá poucos dias para recorrer**. Se quiser continuar a receber esse serviço durante o recurso de Nível 2, leia "Os meus benefícios continuarão durante os recursos de Nível 2", na página 150 para obter mais informações.



Como fazer um recurso de Nível 2: A Audiência Justa do Estado do EOHHS?

Para iniciar o seu recurso de Nível 2, você, o seu médico ou outro provedor ou o seu representante devem preencher um formulário para solicitar uma audiência dentro de 120 dias da data de envio da nossa decisão de Nível 1.

Você ou o seu representante pode pedir o formulário:

- Ligando para o Escritório de Recursos do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) através do número (401) 462-2132 (TTY 401-462- 3363).
- Enviando o seu pedido por correio eletrônico em OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando o seu pedido por fax através do (401) 462-0458.
- Pode também ligar para o RIPIN através do número 1-855-747-3224 para obter assistência.

O formulário de Audiência Justa do Estado pode ser enviado por correio, por fax ou por correio eletrônico.

Também pode pedir uma Audiência Justa do Estado Acelerada (rápida) no formulário.

Pode enviar um pedido de recurso para o seguinte endereço:

EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Rd., Cranston, RI 02920

O escritório de Audiência Justa do Estado agendará uma audiência. Irão enviar-lhe um aviso com a data, hora e o local da audiência o mais tardar 15 dias antes da data da audiência.

Como fazer um recurso de Nível 2: Revisão Externa de RI?

Pode solicitar uma Revisão Externa de RI, contactando-nos através do número 1-844-812-6896 e TTY 711 no prazo de 120 dias a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1.

Encaminharemos as informações de recurso à organização de Revisão Externa de RI dentro de cinco dias úteis após a receção da sua solicitação para uma Revisão Externa de RI. Receberá uma decisão por escrito da organização RI External Review dentro de 10 dias após a receção de todas as informações necessárias para analisar o seu caso, mas o mais tardar 45 dias após a receção do recurso.

Algumas negações de recurso não são elegíveis para uma Revisão Externa de RI. Se não tiver a certeza se pode solicitar uma Revisão Externa de RI, entre em contacto através do número de telefone 1-844-812-6896 e 711. Podemos ajudá-lo a descobrir se uma Revisão Externa de RI está disponível para a sua situação.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O meu problema é sobre um serviço ou produto do Medicare. Como posso fazer um recurso de Nível 2?

Uma Entidade de Revisão Independente (IRE) analisará cuidadosamente a decisão de Nível 1 e decidirá se deverá ser alterada.

- Não precisa solicitar o Nível 2 de Recurso. Enviaremos automaticamente qualquer negação (no todo ou em parte) para o IRE. Você será notificado quando isso acontecer.
- O IRE é contratado pelo Medicare e não tem ligação com este plano.
- Pode pedir uma cópia do seu registo ao ligar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896.

O IRE deve dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 dentro de 30 dias consecutivos a partir do momento em que recebe seu recurso (ou dentro de 7 dias consecutivos após a receção do seu recurso por um medicamento prescrito pelo Medicare Parte B). Esta regra aplica-se se enviar o seu recurso antes de obter serviços ou produtos médicos.

- No entanto, se o IRE precisar recolher mais informações que poderão beneficiá-lo, poderá levar até 14 dias consecutivos suplementares. Se o IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, irá avisá-lo por carta. O IRE não pode demorar mais para tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

Se tiver um “recurso rápida” de Nível 1, terá automaticamente um recurso rápido de Nível 2. O IRE deve dar-lhe uma resposta dentro de 72 horas a partir do momento que obtém o seu recurso.

- No entanto, se o IRE precisar recolher mais informações que poderão beneficiá-lo, poderá levar até 14 dias consecutivos suplementares. Se o IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, irá avisá-lo por carta. O IRE não pode demorar mais para tomar uma decisão se o seu recurso for para um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

E se o meu serviço ou produto puder ser coberto pelo Medicare e pelo Medicaid?

Se o seu problema for sobre um serviço ou produto que poderia ser coberto por Medicare e Medicaid, receberá automaticamente um recurso de Nível 2 com o IRE (Entidade de Revisão Independente). O IRE tomará uma decisão sobre se o Medicare deverá cobrir o serviço ou produto. Pode também solicitar um Recurso de Nível 2 junto ao escritório de Audiência Justa do Estado e/ou à organização de Revisão Externa de RI. Siga as instruções na página 148.

Os meus benefícios continuarão durante os recursos do Nível 2?

Se o seu problema for sobre um serviço coberto apenas pelo Medicare, os seus benefícios para este serviço **não** continuarão durante o processo de recursos de Nível 2 com a Entidade de Revisão Independente.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se o seu problema for sobre um serviço coberto pelo Medicaid ou um serviço que pode ser coberto pelo Medicare e pelo Medicaid, os seus benefícios para esse serviço continuarão se:

- Você se qualificar para a continuação dos benefícios durante o seu Recurso de Nível 1;
- Você apresentou um recurso de Nível 2 e pede para os seus benefícios continuarem **dentro** de 10 dias a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Pode pedir-nos para continuar os seus benefícios, ligando-nos para o número 1-844-812-6896 ou enviando uma solicitação por escrito para o Neighborhood Health Plano f Rhode Island, Attention: Grievance and Appeals Coordinator, 910 Douglas Pike, Smithfield RI 02917 ou por fax para: 1-401-709-705.

Se cumprir estes requisitos, poderá continuar a receber o serviço contestado enquanto o recurso estiver a ser processado. Se os seus benefícios continuarem e o resultado final do recurso sustentar a nossa ação, poderemos recuperar o custo dos serviços prestados a si enquanto o recurso estava pendente.

Quando irei saber sobre a decisão?

Receberá uma carta a explicar a decisão da Audiência Justa do Estado dentro de 90 dias a partir da data em que solicitou a audiência. Receberá uma carta a explicar a decisão de uma Revisão Externa de RI no prazo de 10 dias após a receção de todas as informações necessárias para analisar o seu caso, mas o mais tardar 45 dias após a receção do recuso. Se você se qualificar para uma Audiência Justa do Estado, o EOHHS deverá dar-lhe uma resposta dentro de 72 horas. Se você se qualificar para um Revisão Externa de RI acelerada, terá uma resposta em 2 dias úteis. No entanto, se o EOHHS ou a organização de Revisão Externa de RI precisar de recolher mais informações que poderem ajudá-lo, poderá levar até mais 14 dias consecutivos.

- Se a decisão de recurso for **Sim** para parte ou tudo o que você solicitou no seu recurso padrão, devemos aprovar ou fornecer o serviço ou produto assim que a sua condição de saúde exigir, mas o mais tardar 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão.
- Se a decisão do recurso for **Não** para parte ou tudo o que você solicitou, isso significa que o EOHHS ou a organização de Revisão Externa de RI terá confirmado a decisão do Nível 1. Isto é chamado de "sustentar a decisão." É também chamado de "recusar o seu recurso".

Se o seu Recurso de Nível 2 for à Entidade de Revisão Independente (IRE), esta irá enviar-lhe uma carta a explicar a sua decisão.

- Se a resposta do IRE for **Sim** para parte ou tudo o que solicitou no seu recurso padrão,



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

devemos aprovar a cobertura do cuidado de saúde assim que sua condição de saúde exigir, mas o mais tardar 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão. Se tiver um recurso rápido, devemos autorizar a cobertura de cuidados médicos ou fornecer o serviço ou produto dentro de 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão do IRE.

- Se a resposta do IRE for **Sim** para parte ou tudo o que solicitou no seu recurso padrão para um medicamento prescrito no Medicare Parte B, devemos autorizar ou fornecer o medicamento prescrito no Medicare Parte B dentro de 72 horas após a decisão do IRE. Se teve um recurso rápido, precisamos autorizar ou fornecer o medicamento prescrito do Medicare Parte B dentro de 24 horas a partir da data em que recebermos a decisão do IRE.
- Se a resposta do IRE for **Não** para parte ou tudo o que solicitou, significará que eles concordaram com a decisão de Nível 1. Isto é chamado de “sustentar a decisão”. É também chamado de “recusar o seu recurso”.

E se o Escritório de Audiências Justas do Estado do EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa de RI e a Entidade Independente de Revisão ambas analisarem o recurso de Nível 2 e tomarem decisões diferentes?

Se o Escritório de Audiência Justa do Estado do EOHHS, a organização de Revisão Externa de RI ou a Entidade Independente de Revisão decidirem **Sim** para toda ou parte do que solicitou, forneceremos o serviço ou produto aprovado mais próximo do que solicitou no seu recurso.

Se a decisão for Não para a totalidade ou parte do que pedi, posso fazer outro recurso?

Sim, em alguns casos.

Se o seu recurso de Nível 2 for para o escritório de Audiência Justa do Estado do EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa de RI e eles disserem Não a parte ou à totalidade do seu recurso de Nível 2, para um serviço do Medicaid, produto ou medicamentos, poderá apresentar um recurso de Nível 3. Enviaremos uma carta que dirá como fazer isso. O processo dos recursos de Nível 3 para um serviço do Medicaid, produto ou medicamento é no Tribunal Estatal. Consulte a Seção 9.2, na página 175 para obter mais informações.

Se o seu recurso de Nível 2 for para a Entidade de Revisão Independente (IRE), pode recorrer novamente, apenas se o montante em dólares do serviço ou produto que quiser, atingir um montante mínimo. A carta que receber do IRE explicará os direitos adicionais de recursos que pode ter. Consulte a Seção 9.1 na página 175 para obter mais informações.

• Seção 5.5: Problemas de pagamento

Não permitimos que nossos provedores da rede cobrem por serviços e produtos cobertos. Isto é certo mesmo se pagarmos ao prestador menos do que ele cobra por um serviço ou produto

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



coberto. Você nunca é obrigado a pagar o saldo de qualquer conta. A única exceção é se estiver a receber cuidados de longo prazo e apoio social (LTSS) e o Rhode Island Medicaid disser que tem de pagar parte dos custos desses serviços. Se receber serviços e suporte de longo prazo, também poderá ter de compartilhar parte do custo dos serviços. Esse montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se receber uma conta para serviços e produtos cobertos, mande-nos a conta. **Não deve pagar a conta sozinho.** Entraremos em contacto diretamente com o provedor e resolveremos o problema.

Para obter mais informações, comece a ler o Capítulo 7: "Quando um prestador da rede lhe envia uma fatura." O Capítulo 7, Secção A descreve as situações em que pode precisar de pedir o reembolso ou pagar uma conta que recebeu de um provedor. Indica também como enviar-nos a documentação que solicita o pagamento.

Posso pedir o reembolso de um serviço ou produto pelo qual paguei?

Lembre-se, se receber uma conta para serviços e produtos cobertos, não deve ser você mesmo a pagar a conta. Mas se pagar a conta, pode conseguir o reembolso se seguir as regras para receber os serviços e produtos. O único montante que terá de pagar será a sua participação do custo dos serviços de longo prazo e apoio social conforme determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Secção 6: Medicamentos da Parte D

- **Secção 6.1: O que fazer se tiver problemas para obter um medicamento da Parte D ou se quiser ser reembolsado por um medicamento da Parte D**

Os seus benefícios como um Membro do nosso plano incluem cobertura para vários medicamentos de prescrição. A maioria desses medicamentos são "medicamentos da Parte D". Existem alguns medicamentos que o Medicare Parte D não cobre mas que o Medicaid pode cobrir. **Esta Secção aplica-se apenas aos recursos de medicamentos da Parte D.**

A Lista de Medicamentos inclui alguns medicamentos com um código 'DP'. Estes medicamentos **não** são medicamentos da Parte D. As decisões de recursos ou de cobertura sobre medicamentos com o código 'DP' seguem o processo na Secção 5, na página 140.

Posso pedir uma decisão de cobertura ou fazer um recurso sobre os medicamentos de prescrição da Parte D?

Sim. Aqui estão alguns exemplos de decisões de cobertura que pode solicitar que tomemos sobre os seus medicamentos da Parte D:

- Peça-nos para fazer uma exceção, tais como:
 - Pedir-nos para cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na Lista dos Medicamentos do Plano

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Solicitar-nos que renunciemos a uma restrição à cobertura do plano para um medicamento (como limites na quantidade de medicamentos que pode obter)
- Perguntar-nos se um medicamento é coberto para si (por exemplo, quando o seu medicamento estiver na Lista de Medicamentos do plano, mas solicitamos que obtenha aprovação da nossa parte, antes de cobri-lo).

NOTA: Se sua farmácia disser que a sua receita não pode ser levantada, receberá um aviso explicando como contactar-nos para solicitar uma decisão de cobertura.

- Pedir-nos para pagar um medicamento de prescrição que já comprou. Isto é uma solicitação de uma decisão de cobertura sobre um pagamento.

O termo legal para cobertura de decisão sobre a Parte D Medicamentos é “**determinação de cobertura**”.

Se não concordar com uma decisão de cobertura que tomámos, poderá recorrer da nossa decisão. Esta secção indica como solicitar uma cobertura de decisões e como solicitar um recurso.

Use a tabela abaixo para ajudá-lo a decidir qual secção tem informações para a sua situação:

Em quais destas situações se encontra?			
Precisa de um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos ou precisa que renunciemos a uma regra ou restrição a um medicamento que cobrimos? Pode pedir-nos para abrir uma exceção. (Isto é chamado de uma decisão de cobertura.)	Deseja que cubramos um medicamento da nossa Lista de Medicamentos e acredita que cumpra quaisquer regras ou restrições do plano (como obter aprovação prévia) para o medicamento de que precisa? Pode solicitar uma decisão de cobertura.	Deseja pedir-nos para pagar um medicamento que já recebeu e pagou? Pode pedir-nos o reembolso. (Este é um tipo de decisão de cobertura.) Pode ir diretamente à Secção 6.4, na página 156.	Já lhe dissemos que não cobriremos ou pagaremos por um medicamento da maneira que deseja que seja coberto ou pago? Pode fazer um recurso. (Isto significa que está a pedir-nos para reconsiderar). Pode ir diretamente para a Secção 6.5 na página 159.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Comece com a Secção 6.2, na página 154. Consulte também as Secções 6.3 e 6.4 nas páginas 155 e 156.	Pode ir diretamente para a Secção 6.4 na página 156.		
--	--	--	--

• **Secção 6.2: O que é uma exceção?**

Uma exceção é a permissão para obter a cobertura de um medicamento que normalmente não está na nossa Lista de Medicamentos ou utilizar um medicamento sem certas regras e limitações. Se um medicamento não estiver na nossa Lista de Medicamentos ou não estiver coberto da maneira que gostaria, pode pedir-nos para abrir uma "exceção".

Quando pedir uma exceção, o seu médico ou outro provedor precisará explicar as razões médicas pelas quais precisa de uma exceção.

Aqui estão alguns exemplos de exceções que você, o seu médico ou outro provedor pode pedir-nos para fazer:

1. Cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na nossa Lista de Medicamentos.
 - Não pode pedir uma exceção ao montante da comparticipação ou de co-seguro que exigimos que pague pelo medicamento.
2. Remover a restrição da nossa cobertura. Há mais regras ou restrições que se aplicam a certos medicamentos na nossa Lista de Medicamentos (para ter mais informações, consulte o Capítulo 5, a Secção C).
 - As regras e restrições extras sobre a cobertura de certos medicamentos incluem:
 - Requerer o uso da versão genérica de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - Conseguir uma aprovação do plano antes de concordarmos em cobrir o medicamento para si. (Isto é, às vezes, chamado de "autorização prévia".)
 - Requerer tentar um medicamento diferente primeiro, antes de concordarmos cobrir o medicamento que está a pedir. (Isto é, às vezes, chamado de "terapia por etapas".)
 - Limites de quantidade: Para alguns medicamentos, limitamos a quantidade que pode ter.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O termo legal para solicitar a remoção de uma restrição à cobertura de um medicamento é algumas vezes chamado de “**exceção de formulário.**”

• **Secção 6.3: Informações importantes a saber sobre como solicitar exceções**

O seu médico ou outro provedor deve informar-nos as razões médicas

O seu médico ou outro provedor deve fornecer-nos uma declaração a explicar as razões médicas para solicitar uma exceção. A nossa decisão sobre a exceção será mais rápida se incluir esta informação do seu médico ou outro provedor quando pedir a exceção.

Normalmente, a nossa Lista de Medicamentos inclui mais de uma medicação para tratar uma determinada condição. Estes são chamados de medicamentos “alternativos”. Se um medicamento alternativo for tão eficaz como o medicamento que está a pedir e não causaria efeitos secundários ou outros problemas de saúde, normalmente não aprovaremos a sua solicitação para uma exceção.

Responderemos Sim ou Não ao seu pedido de exceção

- Se dissermos **Sim** ao seu pedido para uma exceção, a exceção geralmente permanecerá até o final do ano civil. Isto permanece, enquanto o seu provedor continuar a prescrever o medicamento para si e esse medicamento continuar a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.
- Se dissermos **Não** ao seu pedido para uma exceção, poderá pedir uma revisão da nossa decisão apresentando um recurso. A Secção 6.5, na página 159 diz como fazer um recurso, se respondermos **Não**.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A próxima seção indica como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.

• Seção 6.4: Como pedir uma decisão de cobertura sobre um medicamento da Parte D ou reembolso de um medicamento da Parte D, incluindo uma exceção

O que fazer

- Peça o tipo de decisão de cobertura desejada. Ligue, escreva ou envie-nos um fax para fazer a sua solicitação. Pode ligar o 1-844-812- 6896.
- Você ou o seu médico (ou outro provedor) ou outra pessoa que a agir em seu nome pode pedir uma decisão de cobertura. Você pode também ter um advogado a agir em seu nome.
- Leia a Seção 4, na página 137 para descobrir como dar permissão a outra pessoa para agir como seu representante.
- Você não precisa dar permissão ao seu médico ou outro provedor para solicitar uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se quiser pedir-nos para pagar um medicamento, leia o Capítulo 7, Seção A deste manual. O Capítulo 7 descreve os momentos em que pode precisar solicitar reembolso. Também mostra como nos enviar a documentação que nos pede para pagar a sua parte no custo de um medicamento pelo qual pagou.
- Se estiver a pedir uma exceção, forneça a "declaração de apoio". O seu médico ou outro prescritor deve fornecer-nos as razões médicas para solicitar uma exceção. Chamamos isto de "declaração de apoio."
- O seu médico ou outro prescritor poderá enviar a declaração por fax ou por correio. Ou o seu médico ou outro prescritor pode ligar-nos e depois enviar por fax ou correio uma declaração.

Rapidamente: Como pedir uma decisão de cobertura para um medicamento ou pagamento

Ligue, escreva ou envie-nos um fax para perguntar ou pedir ao seu representante, médico ou outro prescritor. Receberá uma resposta sobre uma decisão de cobertura padrão dentro de 72 horas. Iremos dar-lhe uma resposta sobre o reembolso de um medicamento da Parte D que já pagou dentro de 14 dias consecutivos.

- Se estiver a pedir uma exceção, inclua a declaração de apoio do seu médico ou outro prescritor.
- Você, o seu médico ou outro prescritor pode pedir uma decisão rápida. (As decisões rápidas geralmente ocorrem em 24 horas).
- Leia esta seção para se qualificar para uma decisão rápida! Leia também para encontrar informações sobre os prazos de decisão.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se a sua saúde exigir, solicite uma "decisão de cobertura rápida "

Utilizaremos os "prazos padrão", a menos que tenhamos concordado em utilizar os "prazos rápidos."

- Uma **decisão de cobertura padrão** significa que iremos dar-lhe uma **resposta dentro de 72 horas** após recebermos a declaração do seu provedor.
- Uma **decisão de cobertura rápida** significa que iremos dar-lhe uma **resposta dentro de 24 horas** após recebermos a declaração do seu provedor.

O termo legal para uma "decisão de cobertura rápida" é "determinação de cobertura acelerada".

Pode receber uma decisão de cobertura rápida **apenas se estiver a solicitar um medicamento que ainda não tem recebido**. (Não pode receber uma decisão de cobertura rápida se estiver a pedir-nos para pagar um medicamento que já comprou.)

Pode receber uma decisão de cobertura rápida **apenas se o prazo padrão causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de funcionar**.

Se o seu médico ou outro prescritor nos disser que sua saúde exige uma "decisão de cobertura rápida", concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida e a carta irá dizer-lhe isso.

- Se pedir uma decisão de cobertura rápida por conta própria (sem o apoio do seu médico ou de outro prescritor), decidiremos se terá uma decisão de cobertura rápida.
- Se decidirmos que sua condição médica não cumpre os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, utilizaremos os prazos padrões.
 - Iremos enviar-lhe uma carta que dirá isso. A carta irá dizer-lhe como fazer uma queixa contra a nossa decisão de dar uma decisão padrão.
 - Pode registar uma "reclamação rápida" e receber uma resposta à sua reclamação dentro de 24 horas. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Secção 10, na página 176.

Prazos para uma "decisão de cobertura rápida"

- Se estivermos a utilizar os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 24 horas. Isto quer dizer dentro de 24 horas depois de recebermos a sua

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



solicitação. Ou, se estiver a solicitar uma exceção, 24 horas depois de recebermos a declaração do seu médico ou do seu prescritor apoiando a sua solicitação. Iremos dar-lhe a nossa decisão mais cedo, se o seu estado de saúde o exigir.

- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos seu pedido ao Nível 2 do processo de recursos. No nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, devemos dar-lhe a cobertura dentro de 24 horas após recebermos o seu pedido ou a declaração do seu médico ou do seu prescritor que apoie o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

Os prazos para uma “decisão de cobertura padrão” sobre um medicamento que ainda não recebeu

- Se estivermos a utilizar os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 72 horas após recebermos a sua solicitação. Ou, se estiver a solicitar uma exceção, após recebermos a declaração de apoio do seu médico ou do seu prescritor. Responderemos mais rapidamente se a sua saúde o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recursos. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, devemos aprovar ou dar-lhe a cobertura dentro de 72 horas após recebermos o seu pedido ou se estiver a solicitar uma exceção, após recebermos a sua declaração de apoio do seu médico ou seu prescritor.
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

Prazos para uma "decisão de cobertura padrão" sobre o pagamento de um medicamento que já comprou

- Devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 14 dias consecutivos após ter recebido o seu pedido.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recursos. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- **Se a resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos fazer-lhe um pagamento dentro de 14 dias consecutivos.
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**. A carta também explicará como pode recorrer da nossa decisão.

• **Secção 6.5: Recurso de Nível 1 para medicamentos da Parte D**

- Para iniciar o seu recurso, você, o seu médico ou outro prescritor ou o seu representante devem entrar em contacto connosco.
- Se estiver a solicitar um recurso padrão, pode fazer o seu recurso enviando uma solicitação por escrito. Também pode solicitar o recurso ao ligar-nos através do número 1-844-812-6896.
- Se quiser um recurso rápido, pode fazer o seu recurso por escrito ou pode ligar para nós.
- Faça a sua solicitação de recurso **dentro de 60 dias consecutivos** a partir da data do aviso onde o informaremos da nossa decisão. Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para isso, poderemos dar-lhe mais tempo para fazer o seu recurso. Por exemplo, boas razões para falhar o prazo seria se tivesse uma doença grave que o impediu de nos contactar ou se lhe demos informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.

Numa olhada: Como fazer um Recurso de Nível 1

Você, seu médico ou prescritor, ou seu representante podem colocar seu pedido por escrito e enviá-lo por correio ou fax para nós. Você pode também solicitar um recurso entrando em contacto connosco por telefone.

- Peça **dentro de 60 dias** **calendários** da decisão que você está a recorrer. Se você perder o prazo por um bom motivo, você poderá recorrer ainda.
- Você, seu médico ou prescritor, ou seu representante, podem ligar-nos para solicitar um recurso rápido.
- Leia esta Secção para ter certeza que você qualifica para uma decisão rápida! Lê-lo também para encontrar informações sobre os prazos de decisão.

O termo legal para um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é "**redeterminação**".

- Tem o direito de nos solicitar uma cópia das informações sobre o seu recurso. Para pedir-nos uma cópia, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se desejar, você e o seu médico ou outro prescritor podem dar-nos informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Se a sua saúde exigir, peça um "recurso rápido"

- Se estiver a recorrer de uma decisão tomada sobre um medicamento que ainda não recebeu, você e seu médico ou outro prescritor deverão decidir se precisa de um "recurso rápido".
- Os requisitos para receber um "recurso rápido" são os mesmos que para obter uma "decisão de cobertura rápida" na Secção 6.4, página 156.

O termo legal para um "recurso rápido" é "redeterminação acelerada."

O nosso plano analisará o seu recurso e irá dar-lhe a nossa decisão

- Examinámos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificámos se seguimos todas as regras quando dissemos **Não** ao seu pedido. Poderemos entrar em contacto consigo, com o seu médico ou outro prescritor para obter mais informações. O revisor será alguém que não participou da decisão de cobertura original.

Prazos para um "recurso rápido"

- Se estivermos a utilizar os prazos rápidos, iremos dar-lhe a nossa resposta dentro de 72 horas após de recebermos o seu recurso ou antes, se sua saúde o exigir.
- Se não dermos uma resposta dentro de 72 horas, enviaremos a sua solicitação para o Nível 2 do processo de recurso. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, devemos dar-lhe a cobertura dentro de 72 horas após recebermos o seu pedido
- **Se a nossa resposta for Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito **Não**.

Prazos para um "recurso padrão"

- Se estivermos a utilizar os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 7 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso, ou antes, se a sua saúde o exigir, exceto se estiver a solicitar o reembolso de um medicamento que já comprou. Se

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



estiver a pedir-nos o reembolso de uma medicação que já comprou, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 14 dias consecutivos após recebermos o seu recurso. Se achar que a sua saúde o exige, deve pedir um “recurso rápido”.

- Se não tomarmos uma decisão dentro de 7 consecutivos ou 14 dias se nos pediu para pagar por um medicamento que já comprou, enviaremos o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso. No Nível 2, uma Entidade de Revisão Independente analisará o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou:
 - Se aprovarmos um pedido de cobertura, devemos dar-lhe a cobertura tão rapidamente como a sua saúde o exija, mas não mais de 7 dias consecutivos após termos o seu recurso ou 14 dias se nos solicitou para reembolsar por um medicamento que já terá comprado.
 - Se aprovarmos um pedido de reembolso por um medicamento que já comprou, iremos enviar-lhe o pagamento dentro de 30 dias consecutivos após temos recebido o seu pedido de recurso.
- Se a nossa resposta for Não para parte ou a totalidade do que solicitou, iremos enviar-lhe uma carta a explicar o motivo de termos dito Não e explicará como pode recorrer da nossa decisão.



• **Secção 6.6: Recurso de Nível 2 para medicamentos da Parte D**

- Se dissermos que **Não** para parte ou a totalidade do que solicitou, poderá optar por aceitar esta decisão ou fazer um outro recurso. Se decidir ir a um Recurso de Nível 2, a Entidade de Revisão Independente (IRE) irá rever a nossa decisão.
- Se quiser que a IRE analise o seu caso, a sua solicitação de recurso deverá ser feita por escrito. A carta que enviámos sobre a nossa decisão do Recurso de Nível 1 explicará como solicitar o Recurso de Nível 2.
- Quando fizer um recurso para a IRE, iremos enviar-lhes o seu processo. Você tem o direito de pedir-nos uma cópia do seu processo ao ligar-nos para os Serviços dos Membros através do número 1- 844-812-6896 (TTY 711).

Numa olhada: Como fazer um Recurso de Nível 2

Se você quiser que a Entidade de Revisão Independente revise seu caso, sua solicitação de recurso deverá ser feita por escrito.

- Peça **dentro de 60 dias calendários** da decisão que você estiver a recorrer. Se você perder o prazo por um bom motivo, você poderá ainda recorrer.
- Você, seu médico ou outro prescritor ou seu representante podem solicitar um Recurso de Nível 2.
- Leia esta Secção para ter certeza que você qualifica para uma decisão rápida! Lê-lo para encontrar também informações sobre os prazos de decisão.

- Tem o direito de dar à IRE outras informações para apoiar o seu recurso.
- A IRE é uma organização independente que é contratada pelo Medicare. Não está relacionada com este plano e não é uma agência do governo.
- Os revisores da IRE irão analisar cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso. A organização irá enviar-lhe uma carta a explicar a sua decisão.

O termo legal para um recurso à IRE sobre um medicamento da Parte D é "**reconsideração.**"

Prazos para um "recurso rápido" de Nível 2

- Se a sua saúde o exigir, peça à Entidade de Revisão Independente (IRE) um "recurso rápido."

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



seu Recurso de Nível 2 dentro de 72 horas após receber a sua solicitação de recurso.

- Se a IRE disser **Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, nós devemos autorizar ou dar-lhe a cobertura de medicamentos dentro de 24 horas após recebermos a decisão.

Prazos para um "recurso padrão" de Nível 2

- Se tiver um recurso padrão de Nível 2, a Entidade de Revisão Independente (IRE) deverá responder ao seu Recurso de Nível 2 dentro de 7 dias consecutivos após receber o seu recurso, ou 14 dias se nos solicitar o pagamento de um medicamento que já comprou.
- Se a IRE disser **Sim** para parte ou a totalidade do que solicitou, nós devermos autorizar ou dar-lhe a cobertura de medicamentos dentro de 72 horas após recebermos a decisão.
- Se a IRE aprovar um pedido de pagamento de um medicamento que já comprou, iremos enviar-lhe o pagamento dentro de 30 dias consecutivos após ter recebido a decisão.

E se a Entidade de Revisão Independente disser Não ao seu Recurso de Nível 2?

Não significa que a Entidade de Revisão Independente (IRE) concorda com a nossa decisão de não aprovar a sua solicitação. Isto é chamado de "sustentar a decisão". É também chamado de "recusar o seu recurso".

Se quiser ir ao Nível 3 do processo de recursos, os medicamentos que está a solicitar devem atingir um valor mínimo em dólares. Se o valor em dólares for menor do que o mínimo, não poderá recorrer mais. Se o valor em dólares for suficientemente elevado, poderá pedir um recurso de Nível 3. A carta que receber da IRE, irá informá-lo do valor em dólares necessário para continuar com o processo de recurso.

Secção 7: Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar prolongado

Quando é internado num hospital, tem o direito de obter todos os serviços hospitalares que cobrimos, necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante a sua estadia hospitalar coberta, o seu médico e a equipa do hospital trabalharão consigo para se preparar para o dia em que sair do hospital. Eles também ajudarão a providenciar todos os cuidados necessários após a sua saída.

- O dia em que sai do hospital é chamado de "data de alta."
- O seu médico ou a equipa do hospital informará qual é a sua data de alta.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se achar que está a ser solicitado a deixar o hospital demasiado cedo, poderá pedir um internamento prolongado. Esta secção indica como solicitar.

• **Secção 7.1: Aprenda sobre os seus direitos do Medicare**

Dentro de dois dias após a sua admissão no hospital, um assistente social ou enfermeira receberá um aviso chamado de "Uma mensagem importante do Medicare sobre os seus Direitos". Se não receber este aviso, pergunte a qualquer funcionário do hospital por ele. Se precisar de ajuda, por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Também pode ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-486-2048.

Leia atentamente este aviso e faça perguntas se não entender. A "Mensagem Importante" indica-lhe os seus direitos como um paciente do hospital, incluindo os seus direitos a:

- Obter serviços cobertos do Medicare durante e após a sua estadia no hospital. Tem o direito de saber quais são esses serviços, quem pagará por eles, e onde pode obtê-los.
- Faça parte de qualquer decisão sobre a duração do seu internamento hospitalar.
- Saiba onde relatar quaisquer preocupações que possa ter sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
- Recorra, se achar que o hospital está a dar-lhe alta demasiado cedo.

Deve assinar o aviso do Medicare para mostrar que o recebeu e compreendeu os seus direitos. A assinatura do aviso **não** significa que concorda com a data de alta que pode ter sido comunicado pelo seu provedor ou pela equipa do hospital.

Mantenha a sua cópia do aviso assinada, assim terá as informações se precisar.

- Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, pode ligar para os Serviços dos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Também pode ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.
- Também pode ver o aviso na página <https://www.cms.gov/Medicare/MedicareGeneral-Information/BN/HospitalDischargeAppealNotices.html>
- Se precisar de ajuda, ligue para os Serviços dos Membros ou para o Medicare através dos números indicados.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• **Secção 7.2: Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta do hospital**

Se quiser cobrir os seus serviços hospitalares de internamento por mais tempo, deverá solicitar um recurso. Uma Organização de Melhoria da Qualidade (QIO) fará a revisão do Recurso de Nível 1 para verificar se a sua data de alta marcada é clinicamente apropriada para si. Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada KEPRO.

Para fazer um recurso para alterar a sua data de alta, ligue para a KEPRO através do número: 1-888-319-8452.

Ligue imediatamente!

Ligue para a Organização de Melhoria da Qualidade **antes de** deixar o hospital e o mais tardar na data de alta marcada. "Uma Mensagem Importante do Medicare sobre os Seus Direitos" contém informações sobre como contactar a Organização de Melhoria da Qualidade.

- **Se ligar antes de sair**, terá o direito de ficar no hospital após a sua data prevista de alta sem pagar por isso, enquanto estiver à espera de obter a decisão de recurso da Organização de Melhoria da Qualidade.
- **Se não ligar para recorrer**, e decidir permanecer no hospital após a data planeada de alta, poderá ter de pagar por todos os custos dos cuidados hospitalares recebidos após a data marcada da alta.

Rapidamente: Como fazer um recurso de Nível 1 para mudar sua data de alta

Ligue para a Organização de Melhoria da Qualidade para o seu estado através do 1-888-319-8452 e peça uma "avaliação rápida."

Ligue antes de sair do hospital e antes da sua data de alta prevista.

- **Se falhar o prazo** para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, poderá fazer o seu recurso diretamente ao nosso plano. Para detalhes, consulte a Secção 7.4, na página 167.

Queremos ter certeza que entende o que precisa fazer e quais são os prazos.

- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda em qualquer momento, por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812- 6896. Também pode ligar para o RIPIN através do 1-855-747-3224 ou para o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) através do 1-401-462-4444.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que é uma Organização de Melhoria da Qualidade?

É um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que são pagos pelo governo federal. Estes especialistas não fazem parte do nosso plano. Eles são pagos pelo Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade do atendimento às pessoas com Medicare.

Peça por uma "avaliação rápida."

Deve solicitar uma **"avaliação rápida"** da sua alta à Organização de Melhoria da Qualidade. Solicitar uma "revisão rápida" significa que está a solicitar à organização que use os prazos rápidos de um recurso, em vez de usar os prazos padrão.

O termo legal para "avaliação rápida" é "revisão imediata."

O que acontece durante a revisão rápida?

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade irão perguntar-lhe ou ao seu representante por que acha que a cobertura deverá continuar após a data planeada de alta. Não precisa preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se desejar.
- Os revisores analisarão o seu registo médico, irão falar com o seu provedor e analisarão todas as informações relacionadas com a sua estadia no hospital.
- Ao meio-dia do dia seguinte, depois dos revisores nos comunicarem sobre o recurso, receberá uma carta com a data prevista de alta. A carta explicará as razões pelas quais nós, o seu provedor e o hospital consideramos que é a data certa para ter alta.

O termo legal para esta explicação escrita é chamado de **"Aviso detalhado de alta hospitalar."** Pode obter uma amostra ligando para os Services dos Membros no número 1-844-812-6896 (TTY 711). Também pode ligar para o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar 1-877-486-2048. Ou pode ver uma amostra do aviso na página <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E se a resposta for Sim?

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Sim** ao seu recurso, deveremos continuar a cobrir os seus serviços hospitalares enquanto foram medicamente necessários.

E se a resposta for Não?

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Não** ao seu recurso, eles estarão a dizer que a sua data prevista de alta é clinicamente apropriada. Se isto acontecer, a nossa cobertura para seus serviços de internamento hospitalar terminará ao meio-dia do dia seguinte depois da Organização de Melhoria de Qualidade lhe comunicar a sua resposta.
- Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Não** e decidir ficar no hospital então, poderá ter de pagar pela sua permanência no hospital. O custo do cuidado hospitalar que poderá ter de pagar começará ao meio dia do dia seguinte depois da Organização de Melhoria da Qualidade lhe comunicar a resposta.
- Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso e ficar no hospital após a sua data planeada de alta então, poderá fazer um recurso de Nível 2.

• **Secção 7.3: Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta do hospital**

Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu recurso e ficar no hospital após a sua data planeada de alta então, poderá fazer um recurso de Nível 2. Precisarás entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade novamente e pedir outra revisão.

Peça uma revisão de Nível 2 **dentro de 60 dias consecutivos** após o dia em que a Organização de Melhoria de Qualidade disser **Não** ao seu recurso de Nível 1. Pode pedir esta revisão apenas se ficar no hospital após a data de cobertura do seu cuidado terminar.

Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada a KEPRO. Pode ligar para a KEPRO através do número: 1-888-319-8452.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade analisarão de novo cuidadosamente todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- Dentro de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido para uma segunda revisão, a Organização de Melhoria da Qualidade tomará uma decisão.

Rapidamente: Como fazer um recurso de Nível 2 para mudar a sua data de alta

Ligue para a Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado para o número 1-888-319-8452 e peça outra revisão.

O que acontece se a resposta for Sim?

- Devemos pagar-lhe a nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde o meio-dia do dia seguinte à daa da sua primeira decisão de recurso. Devemos continuar a fornecer a cobertura para o seu cuidado hospitalar enquanto for medicamente necessário.
- Deverá continuar a pagar a sua parte dos custos e as limitações de cobertura que possam ser aplicáveis.

O que acontece se a resposta for Não?

Significa que a Organização de Melhoria da Qualidade concorda com a decisão de Nível 1 e não mudará isso. A carta que receberá irá dizer-lhe o que poderá fazer se desejar continuar com o processo de recurso.

Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar o seu Recurso de Nível 2, poderá ter de pagar o custo total da sua estadia após a data planeada de alta.

• Secção 7.4: O que acontece se eu falhar o prazo de um recurso?

Se falhar os prazos de recurso, existe uma outra maneira de fazer Recursos de Nível 1 e Nível 2, chamada de Recursos Alternativos. Porém, os dois primeiros níveis de recursos são diferentes.

Recurso Alternativo de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar

Se falhar o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade, poderá fazer um recurso connosco, pedindo uma "revisão rápida". Uma rápida revisão é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos padrão.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Durante esta revisão, vamos verificar todas as informações sobre a sua estadia hospitalar. Verificamos se a decisão sobre quando deveria deixar o hospital foi justa e seguiu todas as regras.
- Utilizaremos os prazos rápidos em vez dos prazos padrão para dar-lhe as respostas desta revisão. Isto significa que iremos dar-lhe a nossa decisão dentro de 72 horas depois de pedir uma "revisão rápida".
- **Se dissermos Sim à sua revisão rápida**, significa que estamos de acordo que ainda precisa de permanecer no hospital após a data de alta. Continuaremos a cobrir os serviços hospitalares enquanto for medicamente necessário. Isto também significa que concordamos em pagar a nossa parte dos custos dos cuidados prestados desde a data em que dissemos que a sua cobertura terminaria.
- **Se dissermos Não à sua revisão rápida**, estaremos a dizer que sua data planeada de alta é medicamente apropriada. A nossa cobertura dos seus serviços hospitalares de internamento termina no dia que dissemos que sua cobertura terminaria.
 - Se permanecer no hospital após a data planeada de alta então, poderá ter de pagar por todos os custos dos cuidados hospitalares recebidos depois da data planeada da alta.
- Para nos certificarmos que seguimos todas as regras quando dissemos **Não** ao seu recurso rápido, enviaremos o seu recurso à "Entidade de Revisão Independente." Quando fizemos isso, significa que o seu caso irá automaticamente para o Nível 2 do processo de recurso.

Rapidamente: Como fazer um Recurso Alternativo de Nível 1

Ligue para o nosso número dos Serviços dos Membros e peça uma "revisão rápida" da sua data de alta do hospital.

Iremos dar-lhe a nossa decisão dentro de 72 horas.

O termo legal para “revisão rápida” ou “recurso rápido” é “**recurso acelerado.**”

Recurso Alternativo de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 para a Entidade de Revisão Independente (IRE) dentro de 24 horas após a nossa decisão de Nível 1. Se achar que não iremos respeitar esse prazo ou outros prazos, poderá apresentar uma reclamação. Na Secção 10, na página 176, diz como fazer uma reclamação.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante o Recurso de Nível 2, a IRE analisa a decisão que tomámos quando dissemos **Não** à sua "revisão rápida." Esta organização decide se a decisão que tomámos deverá ser alterada.

- A IRE faz uma "revisão rápida" do seu recurso. Os revisores geralmente irão dar-lhe uma resposta dentro de 72 horas.

Rapidamente: Como fazer um Recurso Alternativo de Nível 2

Não precisa fazer nada. O plano enviará automaticamente o seu recurso à Entidade de Revisão Independente.

- A IRE é uma organização independente que é contratada pelo Medicare. Esta organização não está relacionada com o nosso plano e não é uma agência do governo.
- Os revisores da IRE analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso da sua alta hospitalar.
- Se a IRE disser **Sim** ao seu recurso então, devemos pagar a nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde a data prevista da sua alta. Também devemos continuar a nossa cobertura dos seus serviços hospitalares enquanto foram medicamente necessários.
- Se a IRE disser **Não** ao seu recurso, isso significa que concordaram connosco em como a sua data planeada de alta foi medicamente apropriada.
- A carta que irá receber da IRE irá dizer-lhe o que poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Irá indicar-lhe detalhes sobre como ir para o Recurso de Nível 3, que é tratado por um juiz.



Secção 8: O que fazer se achar que o seu cuidado de saúde domiciliário, numa instituição de enfermagem especializada, ou de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF) estiverem a terminar demasiado cedo

Esta secção é apenas sobre os seguintes tipos de cuidados:

- Serviços de cuidados de saúde em casa.
- Cuidados de enfermagem qualificados numa instituição especializada de enfermagem.
- Cuidados de reabilitação que está a receber como um paciente ambulatório numa Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF) aprovado pelo Medicare. Geralmente, isto significa que está a receber tratamento para uma doença ou um acidente, ou está a recuperar-se de uma operação importante.
 - Com qualquer um destes três tipos de cuidados, tem o direito de continuar a receber os serviços cobertos pelo tempo que o prestador disser que precisa.
 - Quando decidirmos parar de cobrir qualquer um destes, precisaremos informá-lo antes que os seus serviços terminem. Quando a sua cobertura para esse cuidado terminar, deixaremos de pagar pelos seus cuidados.

Se achar que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **poderá recorrer da nossa decisão**. Esta secção indica como solicitar um recurso

- **Secção 8.1: Iremos informá-lo com antecedência quando terminará a sua cobertura**

Irá receber um aviso pelo menos dois dias antes de pararmos de pagar pelos seus cuidados. Isto é chamado de "Aviso de Não Cobertura do Medicare".

- O aviso por escrito informa a data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados.
- O aviso por escrito também informa como recorrer desta decisão.

Você ou o seu representante deve assinar a notificação por escrito para indicar que a recebeu. Assinar a notificação **não** significa que concorda com o plano em que é altura de parar de receber os cuidados.

Quando a sua cobertura terminar, iremos parar de pagar.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• **Secção 8.2: Recurso de Nível 1 para continuar os seus cuidados**

Se achar que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, poderá recorrer da nossa decisão. Esta secção indica-lhe como solicitar um recurso.

Antes de começar o seu recurso, entenda o que precisa fazer e quais são os prazos.

- **Respeitar os prazos.** Os prazos são importantes. Assegure-se de que entende e que segue os prazos que se aplicam ao que deve fazer. Também existem prazos que o nosso plano deve seguir. (Se achar que não estamos a respeitar os nossos prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 10, na página 176 informa como registar uma reclamação.)
- **Peça ajuda se precisar.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda em qualquer momento, por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896 (TTY 711). Ou ligue para o seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado através do número 1-401-462- 4444 (TTY 711).

Durante um Recurso de Nível 1, uma Organização de Melhoria da Qualidade analisará o seu recurso e decidirá se altera ou não a decisão que tomámos. Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade chama-se KEPRO. Pode ligar para a KEPRO através do: 1-888-319-8452. Informações sobre como recorrer à Organização de Melhoria da Qualidade estão também no Aviso de Não Cobertura do Medicare. Este é o aviso que recebeu quando lhe disseram que iríamos para de cobrir os seus cuidados.

Rapidamente: Como fazer um Recurso de Nível 1 para pedir que o plano continue com seus cuidados

Ligue para a Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado através do 1-888-319-8452 e peça um "recurso acelerado".

Ligue antes de sair da agência ou instituição que está a prestar o seu cuidado e antes da sua data prevista de alta.

O que é uma Organização de Melhoria da Qualidade?

É um grupo de médicos e outros profissionais de cuidado de saúde que são pagos pelo governo federal. Estes especialistas não fazem parte de nosso plano. Eles são pagos pelo Medicare para verificarem e ajudarem a melhorar a qualidade do cuidado das pessoas com Medicare.

O que deveria pedir?

Peça-lhes um "recurso acelerado". Esta é uma análise independente sobre se é clinicamente adequado terminarmos a cobertura dos seus serviços.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Qual é o prazo para entrar em contacto com esta organização?

- Deve entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade o mais tardar ao meio-dia do dia seguinte à receção da notificação por escrito, informando-o quando deixaremos de cobrir o seu cuidado.
- ▮ Se falhar o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, pode fazer o seu recurso diretamente connosco. Para obter detalhes sobre esta outra forma de fazer o seu recurso, consulte a Secção 8.4 na página 172.

O termo legal para a notificação por escrito é “Aviso de Não Cobertura do Medicare.” Para obter uma cópia de amostra, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896 (TTY 711) ou 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-486-2048. Ou pode ver uma cópia em <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-GeneralInformation/BN/MAEDNotices.html>.

O que acontece durante a revisão da Organização de Melhoria da Qualidade?

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade irão perguntar-lhe ou ao seu representante porque acha que a cobertura dos serviços deverá continuar. Não precisa preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se quiser.
- Quando pedir um recurso, o plano e a Organização de Melhoria da Qualidade deverão escrever-lhe uma carta a explicar qual o motivo para os seus serviços deverem terminar.
- Os revisores também analisarão os seus registos médicos, conversarão com o seu prestador e analisarão as informações que o nosso plano lhes forneceu.
- **Dentro de um dia completo, depois de os revisores tiverem todas as informações necessárias, eles informarão a sua decisão.** Irá receber uma carta a explicar a decisão.

O termo legal para a carta a explicar qual o motivo para os seus serviços deverem terminar é “**Explicação Detalhada de Não Cobertura.**”



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que acontece se os revisores disserem Sim?

- Se os revisores disserem **Sim** ao seu recurso então, devemos continuar a providenciar os seus serviços cobertos pelo tempo que forem medicamente necessários.

O que acontece se os revisores disserem Não?

- Se os revisores disserem **Não** ao seu recurso então, a sua cobertura terminará na data que lhe indicámos. Iremos parar de pagar a nossa parte dos custos deste cuidado.
- Se decidir continuar com o cuidado de saúde domiciliar, com os cuidados de enfermagem qualificados ou com os Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF) após a data da sua cobertura terminar então, você mesmo, terá de pagar o custo total destes cuidados.

• **Secção 8.3: Recurso de Nível 2 para continuar os seus cuidados**

Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Não** ao recurso e optar por continuar a receber o cuidado após fim da sua cobertura, poderá fazer um recurso de Nível 2.

Durante o Recurso de Nível 2, a Organização de Melhoria da Qualidade irá analisar a decisão que tomou no Nível 1. Se eles disserem que concordam com a decisão de Nível 1, pode ter de pagar o custo total dos cuidados médicos domiciliares, com os cuidados de enfermagem qualificados ou com os Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF) após a data em que informámos que a sua cobertura iria a terminar.

Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é a KEPRO. Pode contactar a KEPRO através do: 1-888-319-8452. Peça a revisão de Nível 2 **dentro de 60 dias consecutivos** após o dia em que a Organização de Melhoria da Qualidade disse **Não** ao seu recurso de Nível 1. Pode pedir esta revisão apenas se continuar a receber o cuidado após a data em que a sua cobertura de cuidados terminou.

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

Rapidamente: Como fazer um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano cubra os seus cuidados por mais tempo

Ligue para a Organização de Melhoria da Qualidade de Rhode Island através do número 1-888-319-8452 e peça outra revisão.

Ligue antes de sair da agência ou instituição que está a prestar o seu cuidado e antes da sua data prevista de alta.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A Organização de Melhoria da Qualidade tomará a sua decisão no prazo de 14 dias consecutivos após a recepção do seu pedido de recurso.

O que acontece se a organização de revisão disser Sim?

- Teremos de pagar a nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura acabaria. Devemos continuar a fornecer a cobertura do seu cuidado hospitalar enquanto for medicamente necessário.

O que acontece se a organização de revisão disser Não?

- Significa que concordam com a decisão que tomaram no Recurso de Nível 1 e que não a irão alterar.
- A carta que receber da IRE irá dizer-lhe o que fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Informará os detalhes sobre como ir para o próximo nível de recurso, que é tratado por um juiz.

• Secção 8.4: E se falhar o prazo de apresentação do Recurso de Nível 1?

Se falhar os prazos de recurso, existe outra forma de fazer Recursos de Nível 1 e Nível 2, chamado de Recursos Alternativos. Porém, os dois primeiros níveis de recursos são diferentes.

Nível 1 de recurso alternativo para continuar o seu cuidado prolongado

Se falhar o prazo para entrar em contacto com a Organização de Melhoria da Qualidade, poderá fazer um recurso conosco, pedindo uma "revisão rápida". Uma revisão rápida é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos padrão.

- Durante esta revisão, analisamos todas as informações sobre os seus cuidados médicos domiciliares, com os cuidados de enfermagem qualificados ou com os Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF). Verificamos se a decisão, sobre quando os seus serviços devem terminar, foi justa e seguimos todas as regras.
- Utilizaremos os prazos rápidos em vez dos prazos padrão para lhe dar a resposta desta revisão. Iremos informá-lo da nossa decisão dentro de 72 horas depois de pedir uma "revisão rápida".
- **Se dissermos Sim** para a sua revisão rápida, significa que concordamos em continuar a cobrir os seus serviços enquanto for medicamente necessário. Isto também significa que

Rapidamente: Como fazer um Recurso Alternativo de Nível 1

Ligue para o nosso número dos Serviços dos Membros e peça uma "revisão rápida."

Iremos informá-lo da nossa decisão dentro de 72 horas.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

concordamos em pagar de volta a nossa parte dos custos dos cuidados prestados desde a data em que dissemos que a sua cobertura terminaria.

- **Se dissermos Não** para a sua revisão rápida, estaremos a dizer que parar os seus serviços foi medicamente apropriado. A nossa cobertura termina no dia em que dissemos que a cobertura terminaria.

Se continuar a receber os serviços após o dia em que dissemos que terminariam, **pode ter de pagar o custo total** dos serviços.

Para assegurar-se que estávamos a seguir todas as regras quando dissemos **Não** ao seu recurso rápido, enviaremos o seu recurso à "Entidade de Revisão Independente." Quando fizermos isso, significa que o seu caso irá automaticamente para o Nível 2 do processo de recursos.

O termo legal para "revisão rápida" ou "recurso rápido" é "recurso acelerado."

Nível 2 de recurso alternativo para continuar o seu cuidado prolongado

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 para a Entidade de Revisão Independente (IRE) dentro de 24 horas após darmos a nossa decisão de Nível 1. Se achar que não temos respeitado esse prazo ou outros prazos, poderá apresentar uma queixa. A Secção 10, na página 176 diz como fazer uma reclamação.



Durante o Recurso de Nível 2, a IRE analisa a decisão que fizemos quando dissermos **Não** à sua "revisão rápida." Esta organização decide se a decisão que tomamos deverá ser alterada.

- A IRE faz uma "revisão rápida" do seu recurso. Geralmente, os revisores irão dar uma resposta dentro de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente que é contratada pelo Medicare. Esta organização não é relacionada com o nosso plano, e não é uma agência do governo.
- Os revisores da IRE analisarão com cuidado todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- **Se a IRE disser Sim** ao seu recurso então, devemos pagar-lhe a nossa parte dos custos do cuidado. Devemos continuar também a fornecer a cobertura dos seus serviços enquanto forem medicamente necessários.
- **Se a IRE disser Não** ao seu recurso, significa que eles concordaram connosco em como a decisão de terminar a cobertura dos serviços foi clinicamente apropriada.

Rapidamente: Como fazer um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano continue o seu cuidado

Não tem de fazer nada. O plano enviará automaticamente o seu recurso à Entidade de Revisão Independente.

A carta que receber da IRE irá dizer-lhe o que fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Informará os detalhes sobre como ir para o próximo nível de recurso, que é tratado por um juiz.

Secção 9: Levar o seu recurso além do Nível 2

• Secção 9.1: Próximas etapas para serviços e produtos do Medicare

Se fizer um Recurso de Nível 1 e um de Nível 2 por os serviços ou produtos do Medicare e ambos recursos forem recusados, poderá ter direitos aos recursos de níveis suplementares. A carta que você receba da IRE lhe dirá o que poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão.

O Nível 3 do processo de recursos é uma audiência do Juiz de Direito Administrativo (ALJ). A pessoa que toma a decisão num recurso de Nível 3 é um ALJ ou um advogado adjudicatário. Se quiser um ALJ ou um advogado adjudicatário para rever seu caso, o produto ou o serviço médico que estiver a solicitar, deverá atingir um montante mínimo em dólares. Se o valor em dólares for menos do que o montante mínimo, não poderá recorrer mais.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se o valor em dólares for bastante alto, poderá pedir um ALJ ou advogado adjudicatário para ouvir o seu recurso.

Se não concordar com a decisão do ALJ ou advogado adjudicatário, poderá ir ao Conselho de Recursos do Medicare. Depois disso, poderá ter o direito de pedir a um tribunal federal para analisar o seu recurso.

Se precisar de ajuda em qualquer fase do processo de recurso, pode contactar o Defensor de cuidados de saúde do RIPIN. O número de telefone é o 1-855-747-3224.

• **Secção 9.2: Próximas etapas para serviços e produtos do Medicaid**

Também tem mais direitos de recurso se o seu recurso for sobre os serviços, produtos ou medicamentos que podem ser abrangidos pelo Medicaid. Se o Escritório de Audiência Justa do Estado do EOHHS e/ou a organização de Revisão Externa de RI disserem não a parte ou à totalidade do seu Recurso de Nível 2, por um serviço de Medicaid, produto ou medicamento, poderá apresentar um Recurso de Nível 3. Iremos enviar-lhe uma carta que lhe dirá como fazer isso. O processo dos recursos de Nível 3 para um serviço de Medicaid, produto ou medicamento é no Tribunal Estatal.

Para obter mais informações sobre como ir para o próximo nível de recurso, contacte-nos através do número 1-844- 812-6896 e TTY 711. Também pode pedir ajuda ao RIPIN. O número de telefone é o 1-855-747-3224.

Secção 10: Como fazer uma queixa

Que tipos de problemas devem ser reclamações?

O processo de reclamação é utilizado para certos tipos de problemas, tais como problemas relacionados com a qualidade dos cuidados, os tempos de espera e o atendimento ao cliente. Aqui estão alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Reclamações sobre a qualidade

- Você está insatisfeito com a qualidade dos cuidados, tal como os cuidados que recebeu no hospital.

Queixas sobre a privacidade

- Você acha que alguém não respeitou o seu direito à privacidade, ou às informações compartilhadas sobre si que são confidenciais.

Reclamações sobre o mau atendimento ao cliente

- Um provedor de cuidados de saúde ou pessoal foi rude ou desrespeitoso consigo.
- Os funcionários do Neighborhood INTEGRITY trataram-no mal.
- Você acha que está a ser excluído do plano.

Reclamações sobre a acessibilidade

- Você não consegue aceder fisicamente aos serviços de saúde e aos consultórios de um médico ou prestador.
- O seu provedor não lhe oferece uma acomodação razoável, como um intérprete de Língua Gestual Americana.

Reclamações sobre os tempos de espera

- Você está a ter problemas em conseguir uma consulta, ou espera muito tempo para obtê-la.
- Você fica à espera muito tempo pelos médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde ou os Serviços dos Membros ou outros funcionários do plano.

Reclamações sobre a limpeza

- Você acha que a clínica, o hospital ou consultório de um médico não está limpo.

Reclamações sobre o acesso aos serviços linguísticos

- O seu médico ou o seu prestador não lhe proporciona um serviço de intérprete durante a sua consulta.

Rapidamente: Como fazer uma queixa

Pode fazer uma reclamação interna com nosso plano e/ou uma reclamação externa com uma organização que não esteja relacionada com o nosso plano.

Para fazer uma reclamação interna, ligue para os Serviços dos Membros ou envie-nos uma carta.

Existem diferentes organizações que lidam com reclamações externas. Para obter mais informações, leia a Secção 10.2, na página 178.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Reclamações sobre as comunicações da nossa parte

- Você acha que falhámos ao enviar um aviso ou uma carta que deveria ter recebido.
- Você acha que a informação escrita que lhe enviámos é muito difícil de compreender.

Reclamações sobre a pontualidade das nossas ações relacionadas a decisões de cobertura ou recursos

- Você acredita que não estamos a respeitar os nossos prazos para tomar uma decisão de cobertura ou responder ao seu recurso.
- Você acredita que, depois de receber uma decisão de cobertura ou recurso em seu favor, não estamos a respeitar os prazos de aprovação ou a dar-lhe o serviço ou a reembolsá-lo por determinados serviços médicos.
- Você acredita que não encaminhamos, atempadamente, o seu caso para a Entidade de Revisão Independente.

O termo legal para uma "reclamação" é uma "**queixa**".

O termo legal para "fazer uma reclamação" é "**apresentar uma queixa**."

Existem diferentes tipos de queixas?

Sim. Pode fazer uma reclamação interna e/ou uma reclamação externa. Uma reclamação interna é apresentada e analisada pelo nosso plano. Uma reclamação externa é apresentada e revista por uma organização que não seja afiliada com o nosso plano. Se precisar de ajuda para fazer uma reclamação interna e/ou externa, ligue ao RIPIN através do número 1-855-747-3224.

• **Secção 10.1: Reclamações internas**

Para fazer uma reclamação interna, ligue para os Serviços dos Membros através do número de telefone 1-844- 812-6896 (TTY 711). Pode fazer a queixa a qualquer momento, a menos que se trate de um medicamento da Parte D. Se a reclamação estiver relacionada com um medicamento da Parte D, deve fazê-la **dentro de 60 dias consecutivos** após o problema que deseja reclamar.

- Se houver algo mais que precise fazer, os Serviços dos Membros lhe dirão.
- Também pode escrever a sua reclamação e enviá-la para nós. Se colocar a sua reclamação por escrito, nós responderemos à sua reclamação por escrito.
- Também pode registar uma "reclamação rápida" ao ligar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Por favor, consulte as informações abaixo sobre os seus direitos de reclamações rápidas.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O termo legal de “reclamação rápida” é “queixa acelerada.”

Se possível, iremos responder-lhe imediatamente. Se nos ligar com uma queixa, talvez possamos dar-lhe uma resposta durante a mesma chamada. Se a sua condição de saúde exigir que respondamos rapidamente, iremos fazê-lo.

- Nós respondemos, à maioria das reclamações, dentro de 30 dias consecutivos. Se precisarmos de mais informações e o atraso for no seu melhor interesse, ou se pedir mais tempo, poderemos levar até mais 14 dias consecutivos (44 dias no total) para responder à sua reclamação. Iremos dizer-lhe por escrito que precisamos de mais tempo.
- Se estiver a fazer uma queixa porque negámos o seu pedido de uma "decisão rápida de cobertura" ou de um "recurso rápido," iremos dar-lhe automaticamente uma "reclamação rápida" e responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas.
- Se estiver a fazer uma queixa porque levámos mais tempo para tomar uma decisão de cobertura ou um recurso, iremos dar-lhe automaticamente uma "reclamação rápida" e responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas.

Se discordarmos com parte ou toda a sua reclamação, **iremos dizer-lhe** e dar-lhe as nossas razões. Responderemos, quer concordemos ou não com a reclamação.

• Secção 10.2: Reclamações externas

Você pode informar o Medicare sobre a sua reclamação

Pode enviar a sua reclamação para o Medicare. O formulário de reclamação do Medicare está disponível em: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

O Medicare considera as suas queixas a sério e utilizará essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa do Medicare.

Se tiver quaisquer comentários ou outras preocupações, ou se sentir que o plano não está a abordar o seu problema, ligue para o número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TTY podem ligar para o 1-877-486-2048. A chamada é gratuita.

Pode informar o Departamento de Saúde de Rhode Island ou o Gabinete do Comissário de Seguro de Saúde de Rhode Island sobre a sua reclamação

Pode registar uma reclamação com o Departamento de Saúde de Rhode Island, ligando-lhes através do número 1-401-222-2231. Também pode registar uma reclamação com o Gabinete do Comissário de Seguro de Saúde de Rhode Island, ligando-lhes para o número 1-401-462-9517.

 **Se tiver perguntas**, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Você pode registrar uma reclamação com o Escritório de Direitos Civis

Pode fazer uma queixa ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos no Escritório dos Direitos Civis se achar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, pode fazer uma reclamação sobre o acesso para pessoas com deficiências ou a assistência a idiomas. O número de telefone do Escritório dos Direitos Civis é o 1-800-368-1019. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-800-537-7697. Também pode visitar a página <http://www.hhs.gov/ocr> para obter mais informações.

Também pode contactar os escritórios dos direitos civis locais seguintes:

- Comissão de Rhode Island para os Direitos Humanos através do número 1-401-222-2661. Os utilizadores TTY deveriam ligar o 1-401-222-2664.
- Oficial de Ligação das Relações Comunitárias com o Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island) através do número 1-401-415-8216. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-401-462-6239 ou 711.
- OCR - Escritório para os Direitos Civis da zona de New England através do número 1-800-368-1019. Os utilizadores TTY devem ligar para o número 1-800-537-7697.

Também pode ter direitos sob a Lei dos Americanos com Deficiência. Pode contactar o RIPIN (Defensor de saúde) para assistência. O número de telefone é o 1-855-747-3224.

Você pode registrar uma queixa com a Organização de Melhoria da Qualidade

Quando a sua queixa for sobre a qualidade do cuidado, tem também duas opções:

- Se preferir, pode fazer a sua reclamação sobre a qualidade do cuidado diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade (sem fazer a queixa connosco).
- Ou pode fazer a sua reclamação connosco e com a Organização de Melhoria da Qualidade. Se fizer uma reclamação com esta organização, trabalharemos com eles para resolver a sua queixa.

A Organização de Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos praticantes e outros especialistas de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar a assistência prestada aos pacientes do Medicare. Para aprender mais sobre a Organização de Melhoria da Qualidade, veja o Capítulo 2, Secção F.

Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada de KEPRO. O número de telefone da KEPRO é o 1-888-319-8452.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 10: Terminar a sua adesão com o nosso Plano do Medicare-Medicaid

Introdução

Este capítulo diz-lhe quando e como pode acabar a sua adesão no nosso plano e quais são as suas opções de cobertura de saúde depois de sair do nosso plano. Se sair do nosso plano, estará ainda nos programas do Medicare e Medicaid, desde que seja elegível. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Quando pode terminar a sua adesão com o nosso Plano do Medicare-Medicaid	200
B. Como terminar a sua adesão no nosso plano.....	201
C. Como conseguir os serviços do Medicare e Medicaid separadamente	201
C1. Maneiras de conseguir os serviços do Medicare.....	201
C2. Como conseguir os seus serviços do Medicaid.....	202
D. Continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano até a sua adesão acabar	204
E. Outras situações quando a sua adesão terminar	204
F. Regras contra pedir-lhe que deixe o nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde	205
G. O seu direito de fazer uma reclamação se acabarmos com a sua participação no nosso plano...	205
H. Como obter mais informações sobre como terminar a sua adesão ao plano.....	205

A. Quando pode terminar a sua adesão com o nosso Plano do Medicare- Medicaid

Pode terminar a sua adesão no Plano Neighborhood INTEGRITY Medicare-Medicaid a qualquer momento, ao longo do ano, inscrevendo-se noutro Plano do Medicare Advantage ou mudando para o Original Medicare.

A sua adesão terminará no último dia do mês que recebermos o seu pedido para alterar seu plano. Por exemplo, se recebermos sua solicitação no dia 18 de Janeiro, a sua cobertura com o nosso plano será terminada a Janeiro 31. A sua nova cobertura começará no primeiro dia do mês seguinte (1 de fevereiro, neste exemplo). Se deixar o nosso plano, pode ter informações sobre as/os suas/seus:

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Opções do Medicare, na tabela da página 182.
- Serviços do Medicaid, na página 183.

Pode ter mais informações quando poder finalizar a sua adesão ligando para:

- A Linha de Inscrição do Plano Medicare-Medicaid, através do 1-844-602-3469, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. Os utilizadores TTY devem ligar o 711.
- O Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP), The Point, através do número 1-401-462-4444. Os utilizadores TTY devem ligar o 711.
- Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-486-2048.

NOTA: Se está num programa de gestão de medicamentos, pode não ser capaz de alterar os planos. Consulte o Capítulo 5, a Secção G, para obter informações sobre os programas de gestão de medicamentos.

B. Como terminar a sua adesão no nosso plano

Se decidir terminar a sua adesão, informe o Medicaid ou o Medicare que quer deixar o Neighborhood INTEGRITY:

- Ligue para a Linha de Inscrição do Plano Medicare-Medicaid, através do 1-844-602-3469, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. Os utilizadores TTY devem ligar o 711; OU
- Ligue para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utilizadores TTY (pessoas que têm dificuldades de audição ou de fala) devem ligar o 1-877-486-2048. Quando ligar para o 1-800-MEDICARE, também pode inscrever-se noutro plano de saúde ou medicamentos do Medicare. Para mais informações sobre como receber os seus serviços do Medicare quando deixar o nosso plano, consulte a tabela da página 182.

C. Como conseguir os serviços do Medicare e Medicaid separadamente

Se deixar o Neighborhood INTEGRITY, voltará a ter os seus serviços do Medicare e Medicaid separadamente.

C1. Maneiras de conseguir os serviços do Medicare

Você terá uma opção de escolha sobre como receber os seus benefícios do Medicare.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Tem três opções para conseguir os seus serviços do Medicare. Ao escolher uma dessas opções, automaticamente terminará a sua adesão ao nosso plano.

1. Pode trocar para: O Plano de Saúde do Medicare, tal como o Plano do Medicare Advantage ou um Programa de Cuidados Tudo Incluído para Idosos (PACE)	Aqui está indicado o que deve fazer: Ligue para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-4862048 para se inscreverem no novo plano de saúde apenas do Medicare. Se precisar de ajuda ou mais informações: Ligue para o The POINT através do 1-401-462- 4444 711. Irão encaminhá-lo para um conselheiro do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP). Não será mais inscrito automaticamente com o Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura do seu novo plano começar.
2. Pode trocar para: Original Medicare com um plano separado de medicamentos prescritos do Medicare	Aqui está indicado o que deve fazer: Ligue para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou mais informações: Ligue para o The POINT através do 1-401-462- 4444. Os utilizadores TTY devem ligar o 711. Irão encaminhá-lo para um conselheiro do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP). Não será mais inscrito automaticamente com o Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura do seu novo plano Original Medicare começar.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

3. Pode trocar para:**Original Medicare sem um plano separado de medicamentos prescritos do Medicare**

NOTA: Se trocar para o Original Medicare e não se inscrever num plano de medicamentos prescritos separado do Medicare, o Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que informe o Medicare que não quer aderir.

Só deve abandonar a cobertura de medicamentos prescritos se tiver cobertura de medicamentos de um empregador ou sindicato. Se tiver dúvidas sobre se precisa de cobertura de medicamentos, ligue para o The POINT através do 1-401-462-4444. Irão encaminhá-lo para um conselheiro do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP).

Aqui está indicado o que fazer:

Ligue para o Medicare através do 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-486-2048.

Se precisar de ajuda ou mais informações:

- Ligue para o The POINT através do 1-401-462- 4444. Os utilizadores TTY devem ligar o 711. Irão encaminhá-lo para um conselheiro do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP).

Não será mais inscrito automaticamente com o Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura do seu novo plano Original Medicare começar.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C2. Como conseguir os seus serviços do Medicaid

Se sair do Plano do Medicare-Medicaid, receberá os seus serviços Medicaid diretamente do FFS (Taxa de Serviços do Medicaid de Rhode Island).

Os seus serviços do Medicaid incluem os cuidados de longo prazo e apoio social (LTSS) e cuidados de saúde comportamental.

D. Continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano até a sua adesão acabar

Se deixar o Neighborhood INTEGRITY, poderá levar algum tempo até a sua adesão terminar e a sua nova cobertura do Medicare e Medicaid iniciar. Consulte a página 181 para mais informações. Durante este tempo, continuará a receber os seus cuidados de saúde e medicamentos através do nosso plano.

- **Deveria utilizar as nossas farmácias da rede para conseguir levantar as suas receitas.**
Normalmente, os seus medicamentos prescritos são cobertos apenas se forem levantados numa farmácia da rede, incluindo através dos nossos serviços de farmácias por correspondência.
- Se estiver hospitalizado no dia em que a sua adesão terminar, a sua estadia no hospital será normalmente coberta pelo nosso plano até que saia do hospital. Isto acontecerá mesmo que a sua nova cobertura de saúde comece antes de ter alta.

E. Outras situações quando a sua adesão terminar

Estes são os casos em que o Neighborhood INTEGRITY deve encerrar a sua adesão no plano:

- Se houver uma interrupção na cobertura do Medicare Parte A e Parte B.
- Se não se qualificar mais para Medicaid. O nosso plano é para pessoas que se qualificam para ambos, o Medicare e o Medicaid.
- Se sair da nossa área de serviço.
- Se estiver fora de nossa área de serviço por mais de seis meses.
 - Se mudar ou fizer uma viagem longa, precisa ligar para os Serviços dos Membros para descobrir se o lugar para onde estiver a mudar ou a viajar estará na área de serviço do nosso plano.
- Se for para a cadeia ou prisão por um delito criminal.
- Se mentir ou ocultar informações sobre outros seguros de medicamentos prescritos que tenha.
- Se não for um cidadão dos Estados Unidos ou legalmente presente nos Estados Unidos.

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Você deve ser um cidadão dos Estados Unidos ou estar legalmente presente nos Estados Unidos para ser um membro do nosso plano. Os Centros de Serviços do Medicare e Medicaid irão notificá-los se não estiver qualificado para ser um membro nesta base. Devemos terminar a sua adesão se não satisfazer este requisito.

Podemos fazê-lo sair do nosso plano, pelas razões seguintes, só se tivermos a autorização do Medicare e do Medicaid em primeiro lugar:

- Se você se comportar sempre de uma maneira que seja perturbadora e a dificultar a prestação de assistência médica para si e outros membros do nosso plano.
- Se permitir que outra pessoa use o seu cartão de identificação para conseguir assistência médica.
 - Se terminarmos a sua adesão devido a este motivo, o Medicare poderá ter o seu caso investigado pelo Inspetor Geral.

F. Regras contra pedir-lhe que deixe o nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde

Se achar que está a ser solicitado para deixar o nosso plano por motivos relacionados à saúde, deve ligar ao Medicare: no número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores TTY devem ligar o 1-877-486- 2048. Pode ligar 24 horas por dia, 7 dias por semana. Deve também ligar ao Medicaid. A Linha de Inscrição do Plano do Medicare-Medicaid é o 1-844-602-3469, das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira. Os utilizadores de TTY devem ligar o 711.

G. O seu direito de fazer uma reclamação se acabarmos a sua participação no nosso plano

Se encerrarmos a sua participação no nosso plano, devermos informá-lo das nossas razões por escrito, por terminar a sua adesão. Também devemos explicar como pode registar uma queixa ou fazer uma reclamação sobre a nossa decisão de terminar a sua adesão. Também pode ver o Capítulo 9, a Secção 10, para obter informações sobre como fazer uma reclamação.

H. Como obter mais informações sobre como terminar a sua adesão ao plano

Se tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre quando podemos terminar a sua adesão, pode ligar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 11: Avisos legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua adesão ao Neighborhood INTEGRITY. Os termos-chave e as suas definições aparecem por ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Aviso sobre leis	206
B. Aviso sobre não-discriminação.....	206
C. Aviso sobre Medicare como um pagador secundário.....	208
D. Aviso sobre o Programa de Melhoria da Qualidade do Neighborhood INTEGRITY.....	209

A. Aviso sobre leis

Muitas leis aplicam-se a este *Manual do Membro*. Estas leis podem afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que as leis não sejam incluídas ou explicadas neste manual. As principais leis que se aplicam a este manual são leis federais sobre os programas do Medicare e Medicaid. Outras leis federais e estatais podem também se aplicar.

B. Aviso sobre não-discriminação

Cada empresa ou agência que trabalha com o Medicare e o Medicaid deve obedecer às leis que o protegem contra discriminação e tratamento injusto. É nossa responsabilidade trata-lo com dignidade e respeito, em qualquer momento. Não discriminamos nem o tratamos de maneira diferente por causa da sua idade, experiência em reivindicações, cor, etnia, evidência de segurabilidade, sexo, informações genéticas, localização geográfica dentro da área de serviço, estado de saúde, histórico médico, deficiência mental ou física, origem nacional, raça, religião ou sexo. Além disso, não pode ser tratado de maneira diferente devido aos seus recursos, comportamento, identidade de género, expressão de género, habilidade mental, receção de cuidados de saúde, orientação sexual ou uso de serviços de saúde.

Se deseja obter mais informações ou tem preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto:

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpi.org/INTEGRITY.



- Ligue para o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Escritório de Direitos Cívicos, através do número 1-800-368- 1019. Os utilizadores de TTY devem ligar para o 1-800-537-7697. Também pode visitar a página <http://www.hhs.gov/ocr> para mais informações.
- Também pode ligar para o Escritório dos Direitos Cívicos local.
 - Comissão para os Direitos Humanos de Rhode Island através do número 1-401-222-2661. Os utilizadores TTY devem ligar para o 1-401-222-2664.
 - Oficial de Ligação das Relações Comunitárias com o Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island através do 1-401-415-8216. Os utilizadores TTY devem ligar para o 1-401-462-6239 ou 711.

Se tem alguma deficiência e precisa de ajuda para aceder aos serviços de saúde ou um prestador de serviços, ligue para os Serviços dos Membros. Se tiver uma reclamação, como um problema no acesso de cadeira de rodas, os Serviços dos Membros podem ajudar.

O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island

- Fornece ajuda e serviços gratuitos às pessoas com deficiência para se comunicarem efetivamente connosco, tais como:
 - Intérpretes qualificados de linguagem de gestual.
 - Informação escrita noutros formatos (formatos impressos em grande, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços de idiomas gratuitos para pessoas cujo idioma principal não é o Inglês, como:
 - Intérpretes qualificados
 - Informações escritas noutras línguas

Se precisar destes serviços, ligue aos Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será respondida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

Se acreditar que o Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island tem falhado ao fornecer estes serviços ou discriminado de outra forma, com base na raça, cor, origem nacional, deficiência, idade ou sexo, pode registar uma queixa pessoalmente, por telefone, por correio, fax ou correio eletrónico indicados abaixo.

Telefone: 1-844-812-6869 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado

Pelo correio ou pessoalmente:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY
Attn: Grievance and Appeals Coordinator

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Fax: 1-401-709-7005

Correio eletrônico: GAUMailbox@nhpri.org

Se precisar de ajuda para registrar uma queixa, o Coordenador de Reclamações e Recursos do Neighborhood estará disponível para ajudá-lo.

Também pode apresentar uma queixa de direitos civis junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Escritório de Direitos Civis, eletronicamente através do Portal de Reclamações do Escritório dos Direitos Civis, disponível em: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou por correio ou telefone indicado abaixo:

Correio:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW,

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Telefone: 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Os formulários de reclamação estão disponíveis em <http://www.hhs.gov/ocr/office/file.index.html>

C. Aviso sobre Medicare como um pagador secundário

Às vezes alguém tem de pagar primeiro pelos serviços que lhe prestamos. Por exemplo, se estiver num acidente de carro, ou se for ferido no trabalho, o seguro ou a Compensação dos Trabalhadores tem de pagar primeiro.

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços cobertos pelo Medicare para os quais o Medicare não é o primeiro pagador.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Aviso sobre o Programa de Melhoria da Qualidade do Neighborhood INTEGRITY

Queremos garantir que tem acesso a cuidados de saúde de alta qualidade. O nosso Programa de Melhoria da Qualidade segue aspetos importantes do seu atendimento. Verificamos a qualidade dos cuidados e serviços que recebe. Estamos sempre a trabalhar para melhorar a qualidade. Enviamos aos nossos membros e provedores lembretes sobre vacinas contra a gripe, manter as consultas médicas, tomar os seus medicamentos, saúde alimentar bem como informações específicas para condições como a asma, diabetes e insuficiência cardíaca.

Queremos garantir que tem:

- Fácil acesso a cuidados médicos e comportamentais de qualidade
- Programas preventivos de saúde que vão de encontro às suas necessidades
- Ajuda com qualquer condição ou doença crónica que tenha
- Suporte quando mais precisar, como após as visitas ao hospital ou quando estiver doente
- Alta satisfação com os seus fornecedores e com o plano de saúde

Uma das formas pelas quais medimos o desempenho das nossas ações é através das medidas HEDIS®. HEDIS significa Conjunto de Dados e Informações sobre Eficácia em Cuidados de Saúde. Os dados do HEDIS ajudam-nos a seguir informações como a frequência com que os nossos membros veem o seu médico, tomam medicamentos para a asma ou fazem exames de saúde importantes.

Além disso, reunimo-nos com os membros e fornecedores para obter sugestões de atividades de melhoria da qualidade que abordem as preocupações dos membros. O nosso programa e atividades de melhoria da qualidade são revistos pelo Comité de Assuntos Clínicos do Neighborhood e submetidos ao Conselho de Administração do Neighborhood.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 12: Definições de palavras importantes

Introdução

Este capítulo inclui termos-chave utilizados ao longo do *Manual do Membro*, com as suas definições. Os termos são indicados por ordem alfabética. Se não encontrar um termo que estiver a procurar ou se precisar de mais informações que a definição incluir, entre em contacto com os Serviços dos Membros.

A equipa de cuidadores: A equipa de cuidadores pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão ali para ajudá-lo a conseguir o cuidado que precisa. A sua equipa de cuidadores também irá ajudá-lo a constituir um plano de cuidados.

Agência do Medicaid do estado: Ver “Escritório Executivo de Saúde e dos Serviços Humanos de Rhode Island – EOHHS.”

Ajuda Extra: é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos do Medicare Parte D dos medicamentos prescritos, como prémios, franquias e comparticipação dos pagamentos. A Ajuda Extra é também chamada de “Subsídio de Rendimento Baixo,” ou “LIS”.

Área de serviço: A área geográfica onde um plano de saúde aceita Membros com adesão limitada baseada na residência das pessoas. Para planos que limitam quais provedores e hospitais pode utilizar, também é geralmente a área onde pode conseguir serviços de rotina (não emergenciais). A área de serviço do Neighborhood INTEGRITY é o estado de Rhode Island. Apenas as pessoas que vivem na nossa área de serviço podem aderir ao Neighborhood INTEGRITY. Se for para fora de Rhode Island, não pode ficar neste plano.

Atividades diárias: As atividades que as pessoas fazem num dia normal, como comer, usar a casa de banho, vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes.

Audiência justa: Uma oportunidade para contar o seu problema no tribunal ou no Escritório de Audiência justa do Estado e mostrar que uma decisão que fizemos está errada.

Autorização prévia: A autorização prévia significa que deve obter aprovação do Neighborhood INTEGRITY antes de ter acesso a um serviço específico ou aos medicamentos ou ver um provedor de fora da rede. O Neighborhood INTEGRITY poderá não cobrir o serviço ou o medicamento se não estiver aprovado.

Alguns serviços médicos da rede são cobertos apenas se o seu médico ou outro provedor da rede conseguir autorização prévia de nosso plano.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia estão assinalados na Tabela dos Benefícios, no Capítulo 4, Secção D.

Alguns medicamentos são cobertos apenas se conseguir a nossa autorização prévia.

- Os medicamentos cobertos que necessitam de autorização prévia são marcados na *Lista de Medicamentos Cobertos*.

Auxiliar de saúde em casa: Uma pessoa que presta serviços que não precisam de qualificações de uma enfermeira ou de um terapeuta licenciado, tal como ajuda com cuidados pessoais (tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou fazer os exercícios prescritos).

Auxiliares de saúde domiciliares não possuem licença de enfermagem ou não oferecem terapia.

Avaliação: Uma revisão do histórico dos cuidados de saúde e da condição atual de um paciente. É utilizado para descobrir a saúde do paciente e como isso pode mudar no futuro.

Casa de repouso ou instituição: Um lugar que oferece cuidados para as pessoas que não conseguem fazer os seus cuidados em casa, mas que não precisam de estar no hospital.

Centro cirúrgico ambulatorio: A instituição que fornece a cirurgia ambulatoria para pacientes que não precisam de cuidados hospitalares e que não precisam de mais de 24 horas de cuidados.

Centros de Serviços do Medicare e do Medicaid (CMS): A agência federal responsável pelo Medicare. O capítulo 2, a Secção G, explica como contactar o CMS.

Cuidados de emergência: Serviços cobertos que são prestados por um provedor treinado para prestar serviços de emergência e necessários para tratar uma emergência médica.

Cuidados de enfermagem qualificados numa unidade (SNF): Os serviços de cuidados de enfermagem qualificados e de reabilitação, fornecidos em uma base contínua, diariamente, em uma instituição de enfermagem qualificada. Exemplos de instituição de cuidados de enfermagem qualificados incluem a fisioterapia ou injeções intravenosas (IV) que uma enfermeira ou um médico pode dar.

Cuidados paliativos: Um programa de cuidados e apoio para ajudar as pessoas com um prognóstico terminal a viver confortavelmente. Um prognóstico terminal significa que uma pessoa tem uma doença terminal e tem mais ou menos seis meses para viver.

- Um inscrito com um prognóstico terminal tem o direito de escolher cuidados paliativos.
- Uma equipa especialmente treinada de profissionais e cuidadores que prestam cuidados a pessoas, incluindo as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O Neighborhood INTEGRITY deve dar-lhe uma lista de provedores de cuidados paliativos na sua área geográfica.

Decisão de cobertura: Uma decisão sobre quais benefícios cobrimos. Isto inclui decisões sobre medicamentos e serviços cobertos ou o valor que pagaremos pelos seus serviços de saúde. O Capítulo 9, a Secção 4, explica como pedir por uma decisão de cobertura.

Determinação de organização: O plano fez uma determinação de organização quando ele ou um dos seus provedores, tomar uma decisão relativa à cobertura dos serviços ou o quanto você terá de pagar por estes serviços abrangidos. As determinações de organização são chamadas de “decisões de cobertura” neste manual. O Capítulo 9, a Secção 4, explica como pedir uma decisão de cobertura.

Emergência: Uma emergência médica é quando você, ou qualquer outra pessoa com um conhecimento médio de saúde e de medicina, acredita que você tem sintomas médicos que precisariam de atenção médica imediata para evitar a morte, perda de uma parte do corpo ou perda de função de uma parte do corpo. Os sintomas médicos podem ser uma lesão grave ou dor intensa.

Equipamento Médico Durável (DME): Certos produtos prescritos pelo seu médico para usar em sua própria casa. Exemplos desses produtos são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso doméstico, bombas de infusão (IV), dispositivos de geração de fala, equipamentos e suprimentos de oxigénio, nebulizadores e andarilhos.

Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Rhode Island (OHHS): A agência do estado responsável por administrar o programa do Medicaid em Rhode Island. O Capítulo 2, a Secção H, explica como contactar o EOHHS.

Especialista: Um especialista é um provedor que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo.

Exceção: Permissão para conseguir cobertura de um medicamento que é normalmente coberto ou usar o medicamento fora de certas regras e limitações.

Facturamento do saldo: Consulte “Facturamento inadequado/inapropriado”.

Facturamento incorreto/inapropriado: Facturamento incorreto/inapropriado ocorre quando um provedor (como um médico ou hospital) fatura a si mais do que o valor da participação do plano para os serviços prestados. Mostre o seu Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY cada vez que receber quaisquer serviços ou prescrições. Ligue para os Serviços dos Membros se receber alguma fatura que não entenda. Porque o Neighborhood INTEGRITY paga todo o custo dos seus serviços, você não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos. Os provedores não deveriam faturar-lhe nada por esses serviços.

Farmácia da rede: Uma farmácia da rede (farmácia) que concordou em aviar as receitas dos



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

membros do nosso plano. Chamamos a estas "farmácias da rede" porque concordaram em trabalhar com o nosso plano. Na maioria dos casos, as suas prescrições são cobertas apenas se forem levantadas numa farmácia da nossa rede.

Farmácia de fora da rede: Uma farmácia que não concordou em trabalhar com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos Membros do nosso plano. A maioria dos medicamentos que recebe das farmácias de fora da rede não são abrangidos pelo nosso plano, ao não ser que sejam aplicadas certas condições.

Formulário: Consulte a "Lista dos Medicamentos Cobertos"

Gestor de Cuidados: Uma pessoa principal que trabalha consigo, com o plano de saúde, e com os seus prestadores de cuidados de saúde para garantir que recebe os serviços que precisa.

Informações pessoais de saúde (também chamadas de Informações de Saúde Protegidas) (PHI):

Informações sobre si e a sua saúde, tais como o seu nome, endereço, número de segurança social, as suas visitas ao médico e seu histórico médico. Ver o Aviso de Privacidade do Neighborhood INTEGRITY para ter mais informações sobre como o Neighborhood INTEGRITY protege, usa e divulga o seu PHI, bem como os seus direitos em relação ao seu PHI.

Inscrito no Medicaid-Medicare: Uma pessoa que se qualifica para a cobertura do Medicare e Medicaid. Um inscrito do Medicaid-Medicare é também chamado de "beneficiário de dupla elegibilidade".

Internamento: Um termo usado quando você for formalmente admitido no hospital para serviços médicos qualificados. Se não for admitido formalmente, poderá ainda ser considerado um paciente ambulatorio em vez de um paciente hospitalar mesmo se passar a noite.

Limites de quantidade: Um limite na quantidade de um medicamento que você pode obter. Os limites podem ser na quantidade de medicamentos que cubramos por prescrição.

Lista de Medicamentos cobertos (Lista de Medicamentos): Uma Lista de Medicamentos prescritos cobertos pelo plano. O plano escolhe as medicações nesta lista com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A Lista de Medicamentos informa-o também se existirem quaisquer regras que precisa seguir para obter os medicamentos. A Lista de Medicamentos, às vezes, é chamada de um "formulário."

Manual do Membro e Divulgação da Informação: Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros acessórios ou cláusulas adicionais, que explicam a sua cobertura, o que deve fazer, os seus direitos e o que deve fazer como um membro do nosso plano.

Mediador: Um escritório no seu estado que trabalha como defensor em seu nome. Eles podem responder às perguntas, se tiver um problema ou uma reclamação e ajudá-lo a entender o que fazer. Os serviços de mediação são gratuitos. Pode encontrar mais informações sobre o mediador



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicaid (ou Assistência Médica): O Medicaid é um programa administrado pelo governo federal e estado que ajuda as pessoas com renda e recursos limitados a pagar pelos serviços de longo prazo e apoios (LTSS) e custos médicos.

- Abrange os serviços extras e medicamentos não cobertos pelo Medicare.
- Os programas de Medicaid variam de um estado para outro, mas a maioria dos custos de cuidados de saúde são cobertos, se você se qualificar para ambos Medicare e Medicaid.
- Veja o Capítulo 2, a Seção H, para ter informações sobre como contactar o Medicaid no seu estado.

Medicare: O programa federal de seguro de saúde para pessoas de 65 anos de idade ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com certas deficiências e pessoas em estágio final de doença renal (geralmente aquelas com insuficiência renal permanente que exigem hemodiálise ou transplante de um rim). As pessoas com Medicare podem conseguir a cobertura de saúde do Medicare através do Original Medicare ou de um plano de gestão de cuidados (consulte “Plano de saúde”).

Medicare Parte A: O programa do Medicare que cobre os custos de hospitalização medicamente necessários, unidade de enfermagem qualificada, saúde domiciliar e cuidados paliativos.

Medicare Parte B: O Programa do Medicare que abrange os serviços (como os exames de laboratório, as cirurgias e visitas aos provedores) e os suprimentos (como cadeiras de rodas e andarilhos) que são medicamente necessários para tratar uma doença ou condição. O Medicare Parte B abrange também vários serviços preventivos e de rastreio.

Medicare Parte C: O programa do Medicare que permite as companhias de seguro de saúde privadas fornecer benefícios do Medicare através de um plano do Medicare Advantage Plan.

Medicare Parte D: O programa de medicamentos de prescrição e benefícios do Medicare. (Chamamos a este programa simplesmente de “Parte D”). A Parte D abrange medicamentos ambulatoriais, vacinas e suprimentos não abrangidos pela Parte A ou Parte B do Medicare ou Medicaid. O Neighborhood INTEGRITY inclui Medicare Parte D.

Medicamento necessário: Este descreve os serviços, suprimentos ou as medicações que precisa para prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença ou para manter seu estado de saúde atual. Isto inclui o cuidado que o mantenha longe de um hospital ou lar de idosos. Isto significa também, os serviços, suprimentos, ou medicamentos padrões aceitos na prática médica.

Medicamentos cobertos: O termo que usamos para significar todos os medicamentos prescritos cobertos pelo nosso plano.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicamentos da Parte D: Ver "Medicare Parte D Medicamentos."

Medicamentos genéricos Um medicamento de prescrição que é aprovado pelo governo federal para uso em alternativa a um medicamento de marca. Um medicamento genérico contém os mesmos ingredientes ativos tal como os medicamentos de marca. É normalmente mais barato e funciona tão bem como o medicamento de marca.

Medicamentos de marca Um medicamento de prescrição que é fabricado e vendido pela empresa que originalmente fabricou a medicação. Os medicamentos de marca são constituídos com os mesmos ingredientes ativos como os medicamentos genéricos. Os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outras companhias farmacêuticas.

Medicamentos de venda livre (OTC): Os medicamentos de venda livre referem-se a qualquer medicamento ou medicação que uma pessoa pode comprar sem receita médica de um profissional de saúde.

Medicamentos do Medicare Parte D: Os medicamentos que podem ser cobertos pelo Medicare Parte D. O congresso especificamente excluiu certas categorias de medicamentos cobertos como medicamentos da Parte D. O Medicaid pode abranger alguns destes medicamentos.

Membros (membros do nosso plano ou membros do plano): Uma pessoa com Medicare e Medicaid que se qualifica para conseguir os serviços cobertos, que se inscreveu no nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centros de Serviços do Medicare e Medicaid (CMS) e pelo estado.

Necessidade de cuidados urgentes: O cuidado urgente é um cuidado que recebe para um mal súbito, ferimentos, ou uma condição que não constituem uma emergência, mas precisam de cuidados imediatos. Pode conseguir atendimento urgentemente necessário de provedores de fora da rede quando os provedores da rede não estiverem disponíveis ou se não conseguir estar com eles.

Níveis de medicamentos: Grupos de medicamentos na nossa Lista de Medicamentos. Medicamentos genéricos, de marca ou em venda livre (OTC) são exemplos de camadas de medicamentos. Todos os medicamentos na Lista de Medicamentos estão num dos 3 níveis.

O Plano do Medicare Advantage: O programa Medicare, também conhecido como "Medicare Parte C" ou "Planos de MA", que oferece planos através de companhias privadas. O Medicare paga a essas companhias para cobrir os seus benefícios do Medicare.

Organização de melhoria da qualidade (QIO): Um grupo de médicos e outros peritos de saúde que ajudam a melhorar a qualidade do cuidado para as pessoas com Medicare. Eles são pagos pelo governo federal para averiguar e melhorar a assistência prestada aos pacientes. Consulte o Capítulo 2, a Secção F, para obter informações sobre como contactar uma QIO do seu estado.

Original Medicare (Medicare tradicional ou taxa dos serviços do Medicare): Original Medicare é oferecido pelo governo. Sob o Original Medicare, os serviços do Medicare são cobertos pelo pagamento dos serviços dos médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde cujos montantes são definidos pelo Congresso.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Você pode ver qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite Medicare. O Original Medicare tem duas partes: A Parte A (seguro de hospital) e a Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponível em todos os lugares dos Estados Unidos.
- Se não quiser estar no nosso plano, pode escolher o Original Medicare.

Recurso: Uma maneira de contestar a nossa ação se achar que cometemos um erro. Pode pedir-nos para alterar uma decisão de cobertura, apresentando um recurso. O Capítulo 9, a Secção 4, explica os recursos, incluindo como fazer um recurso.

Parte A: Ver "Medicare Parte A."

Parte B: Ver "Medicare Parte B."

Parte C: Ver "Medicare Parte C."

Parte D: Ver "Medicare Parte D."

Plano de cuidados: Um plano para quais cuidados de saúde terá e como vai tê-los.

Plano de saúde: Uma organização formada por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços de saúde de longo prazo e outros provedores. Este plano possui também gestores de cuidados para ajudá-lo a gerir todos os seus provedores e serviços. Todos trabalham juntos para proporcionar os cuidados que precisa.

Prestador de cuidados primários (PCP): O Seu provedor de cuidados primários é o médico ou outro provedor que você vê primeiro para a maioria dos problemas de saúde.

- Ele ou ela assegura-se que você tem os cuidados que precisa para ficar saudável. Ele ou ela também pode conversar com outros médicos e prestadores de cuidados de saúde sobre seus cuidados e encaminhá-lo para eles.
- Em muitos planos de saúde do Medicare, deve ver o seu prestador de cuidados de saúde primários antes de ver qualquer outro prestador de cuidados de saúde.
- Consulte o Capítulo 3, a Secção D, para ter informações sobre a obtenção de serviços de prestadores de cuidados de saúde primários.

Prestador de fora da rede ou instituição de fora da rede: Um provedor ou uma instituição que não seja empregado, não pertencente ou operado pelo nosso plano e não esteja sob contrato de prestação de serviços cobertos para os membros do nosso plano. O Capítulo 3, a Secção D, explica os provedores ou instalações de fora da rede.

Próteses e ortóteses: Estes são dispositivos médicos ordenados pelo seu médico ou outro provedor de cuidados de saúde. Produtos cobertos incluem, mas não estão limitados a, suportes de



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

braços, costas e colar cervical; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte do corpo interno ou função, incluindo suprimentos de ostomia e terapia nutricional enteral e parenteral.

Provedor da rede: "Provedor" é o termo geral que usamos para médicos, enfermeiros e outras pessoas que lhe dão cuidados e serviços. O termo inclui também os hospitais, as agências de saúde domiciliar, clínicas e outros lugares que dão serviços e cuidado de saúde, os equipamentos médicos e serviços de longo prazo e assistência.

- Eles são licenciados ou certificados pelo Medicare e pelo estado para proporcionar serviços de saúde.
- Damos o nome de "provedores/prestadores da rede" quando eles concordaram em trabalhar com o plano de saúde e aceitaram o nosso pagamento e não cobram os nossos membros nenhum montante a mais.
- Enquanto for um membro do nosso plano, deve passar pelos prestadores da rede para conseguir os serviços cobertos. Os provedores da rede também são chamados de "prestadores do plano".

Queixa: Uma queixa que faz sobre nós ou um dos nossos fornecedores ou as nossas farmácias da rede. Isto inclui uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento.

Reclamação: Uma declaração por escrito ou falada a dizer que você tem um problema ou preocupação com os seus serviços ou cuidados cobertos. Isto inclui quaisquer preocupações sobre a qualidade do seu cuidado, os nossos provedores da rede ou as nossas farmácias da rede. O termo legal para "fazer uma reclamação" é "apresentar uma queixa."

Renda Suplementar de Segurança (SSI): Um benefício mensal pago pela Segurança Social às pessoas com renda e recursos limitados que têm uma deficiência, cegas, ou com 65 anos de idade ou mais. Os benefícios de SSI não são os mesmos como os benefícios da Segurança Social.

Serviços cobertos: O termo geral que usamos para designar todos os cuidados de saúde, cuidados de longo prazo e apoio social (LTSS), suprimentos, medicamentos prescritos e de venda livre, equipamentos e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Serviços cobertos do Medicare: Os serviços abrangidos pelo Medicare Parte A e Parte B. Todos os planos de saúde do Medicare, incluindo o nosso plano, devem cobrir todos os serviços abrangidos pelo Medicare Parte A e Parte B.

Serviços de longo prazo e apoio social (LTSS): Os serviços de longo prazo e apoio social são serviços que ajudam a melhorar uma condição médica de longo prazo. A maior parte destes serviços, ajuda-o a ficar em casa para não ter que ir para um lar de idosos ou hospital.

Serviços de reabilitação: Tratamento que recebe para ajudá-lo a recuperar de uma doença, de um acidente ou de uma grande operação. Consulte o Capítulo 4, Secção D, para saber mais



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços dos Membros: Um departamento dentro do nosso plano responsável para responder às suas perguntas sobre a sua adesão, os seus benefícios, as suas reclamações e recursos. Consulte o Capítulo 2, a Secção A, para ter informações sobre como contactar os Serviços dos Membros.

Subsídio de rendimento baixo (LIS): Veja "Ajuda Extra".

Terminar a adesão: O processo de terminar a sua adesão no nosso plano. Terminar a inscrição pode ser de forma voluntária (por sua própria escolha) ou involuntária (não é sua escolha).

Tratamento por etapas: Uma regra de cobertura que requer que você tente em primeiro lugar uma outra medicação antes de cobrirmos a medicação que estiver a pedir.

Unidade de enfermagem qualificados (SNF) Uma unidade de enfermagem com o pessoal e equipamento para prestar cuidados de enfermagem especializados e, na maioria dos casos, serviços de reabilitação qualificados e outros serviços de saúde relacionados.

Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF): Uma instituição que presta, principalmente, serviços de reabilitação após uma doença, um acidente ou uma operação importante. Presta uma variedade de serviços, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional, terapia da fala e serviços de avaliação do ambiente domiciliar.

Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY

LIGAR

1-844-812-6896

As chamadas para este número são gratuitas.

Das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h ao sábado.

Aos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.

Os Serviços dos Membros também têm serviços de interpretação gratuita, disponíveis para as pessoas que não falam Inglês.



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

TTY	711 Este número requer um telefone especial e é apenas para pessoas com dificuldades de fala e de audição. As chamadas para este número são gratuitas. Aos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.
ESCREVA	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
PÁGINA NA INTERNET	www.nhpri.org/INTEGRITY



Se tiver perguntas, por favor ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 08h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 08h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.