

Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island *Manual do Membro* INTEGRITY

1 de janeiro de 2022 – 31 de dezembro de 2022

A Sua Cobertura de Saúde e Medicamentos do Plano de Saúde do Neighborhood INTEGRITY de Rhode Island (Neighborhood INTEGRITY) Plano Medicare – Medicaid

Introdução do *Manual do Membro*

Este manual informa-o sobre a sua cobertura com o Neighborhood INTEGRITY até 31 de dezembro de 2022. 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 Neighborhood INTEGRITY. Quando mencionar "o plano" ou "nosso plano", significa Neighborhood INTEGRITY.

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. 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. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅក្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

Pode obter este documento gratuitamente em outros formatos, como letras grandes, braille ou áudio. Por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de

Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado.

A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

H9567_EOC2022 Aprobado 1/09/2021

segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Os utilizadores de TTY devem ligar o 711. A chamada é gratuita.

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 futuro no seu idioma e/ou formato preferido. 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.....	33
Capítulo 4: Tabela de benefícios	53
Capítulo 5: Obter os seus medicamentos prescritos para pacientes em ambulatório através do plano	107
Capítulo 6: Quanto paga pelos seus medicamentos prescritos do Medicare e Medicaid	128
Capítulo 7: Pedir-nos para pagar uma conta que recebeu por serviços prestados ou medicamentos cobertos	135
Capítulo 8: Os seus direitos e responsabilidades	141
Capítulo 9: O que fazer se tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos e queixas)	156
Capítulo 10: Terminar a sua adesão no nosso Plano Medicare-Medicaid	207
Capítulo 11: Avisos Legais.....	217
Capítulo 12: Definições de palavras importantes.....	220

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 pagar parte do custo desses serviços. Isto é conhecido como “comparticipação de custos” e o valor 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 médico quer e com o Rhode Island Medicaid para fornecer benefícios de ambos os programas aos membros inscritos.
- ❖ Os provedores de fora da rede/não contratados não têm obrigação de tratar os membros do Neighborhood INTEGRITY, exceto em situações de emergência. Por favor, ligue para o nosso número de apoio ao cliente ou consulte o seu Manual do Membro para obter mais informações, incluindo a comparticipação de custos que se aplica aos serviços realizados fora da rede.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 a eles. 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 aderir a um plano de saúde pela primeira vez	8
G. O seu plano de cuidados de saúde	9
H. Prémio mensal do plano do Neighborhood INTEGRITY	9
I. O <i>Manual do Membro</i>	9
J. Outras informações que receberá da nossa parte.....	9
J1. O seu Cartão de Identificação do Membro do Neighborhood INTEGRITY	9
J2. <i>Diretório de Provedores e Farmácias</i>	10
J3. <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	12
J4. <i>A Explicação dos Benefícios</i>	12
K. Como manter o seu registo de membro atualizado.....	13
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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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, provedores de serviços de cuidados de saúde de longo prazo e apoio social, e outros provedores. Este plano também tem um gestor de cuidados e uma equipa de cuidados para ajudá-lo a gerir todos os seus provedores e serviços. Todos eles trabalham juntos para proporcionar os cuidados que 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. Informação sobre o Medicare e o Medicaid

B1. Medicare

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

- pessoas com 65 anos de idade ou mais,
- algumas pessoas com menos de 65 anos com certas deficiências, e
- pessoas com doença renal em fase 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

O Medicare e Rhode Island devem aprovar o Neighborhood INTEGRITY todos os anos. 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. **Não paga mais para participar neste plano de saúde.**

O Neighborhood INTEGRITY ajudará a fazer com que os seus benefícios do Medicare e do 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 equipa de cuidados que ajudou a construir. A sua equipa de cuidados 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 provedores para garantir que recebe os cuidados que precisa.
- Você conseguirá gerir seus próprios cuidados com a ajuda de sua equipa de cuidados e o gestor de cuidados.
- A equipa de cuidados e o gestor de cuidados irão trabalhar consigo para encontrarem um plano de cuidados, especificamente concebido para satisfazer suas necessidades de saúde. A equipa de cuidados ficará responsável de coordenar os serviços que você precisar. Isto significa, por exemplo:
 - A sua equipa de cuidados irá assegurar-se que os seus provedores conhecem todos os medicamentos que você está a tomar, com o objetivo de reduzir os efeitos secundários.
 - A sua equipa de cuidados irá assegurar-se que os resultados das suas análises são partilhados com todos os seus médicos e outros provedores.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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. Consulta o Capítulo 8, Secção 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

Você é elegível para o nosso plano desde que:

- tenha 21 anos de idade ou mais, **e**
 - 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 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 equipa de gestão de cuidados entrará em contacto consigo, por telefone, para completar essa avaliação. Com base nas suas necessidades, 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 provedores que tem atualmente, durante 180 dias.

Após 180 dias, você terá de ver os médicos e outros provedores da rede do Neighborhood INTEGRITY. Um provedor da rede é um provedor que trabalha com o plano de saúde. Consulte o Capítulo 3, Secção 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 para os serviços de saúde que irá obter e como os irá obter.

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

Todos os anos, caso os serviços de saúde que precisa e deseja se alterem, a sua equipa de cuidados 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 deste 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 D, 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. Também pode consultar o *Manual do Membro* em www.nhpri.org/INTEGRITY ou descarregar o documento desta página.

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

J. Outras informações que 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 Provedores e Farmácias*, uma Lista de Equipamentos Médicos Duráveis e informações sobre como aceder a uma *Lista de Medicamentos Cobertos*.

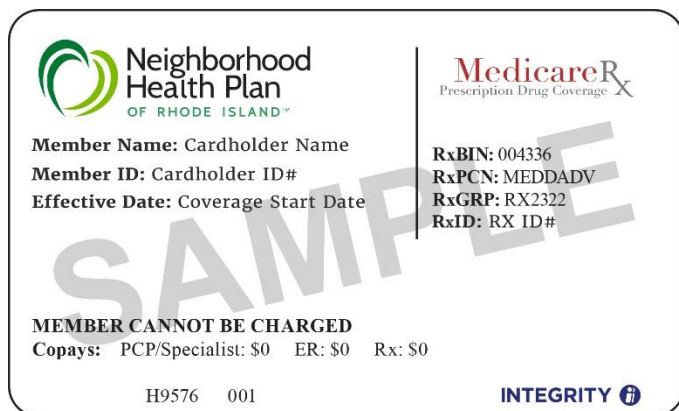
J1. O seu Cartão de Identificação do Neighborhood INTEGRITY

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 que são cobertos pelo plano



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Neighborhood INTEGRITY. Você deve mostrar este cartão quando receber quaisquer serviços ou prescrições. Aqui está um exemplo de cartão para mostrar como será o seu:



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 (“âncora”) para obter serviços que são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Guarde o seu cartão Medicare num lugar seguro, em caso de precisar mais tarde. **Use o seu cartão Rhode Island Medicaid (“âncora”) para serviços odontológicos e transporte médico não emergencial (NEMT).** Consulte o Capítulo para obter mais informações sobre quando usar o seu cartão Rhode Island Medicaid (“âncora”). Se mostrar o seu cartão Medicare em vez do seu Cartão de Identificação de Membro do Neighborhood INTEGRITY, o provedor pode cobrar ao Medicare em vez de cobrar ao nosso plano, e você poderá receber uma fatura. Consulte o Capítulo 7, Seção A, para ver o que fazer se você receber uma fatura de um provedor.

J2. Diretório de Provedores e Farmácias

O *Diretório de Provedores 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, deve utilizar os provedores 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 Provedores e de Farmácias* ao ligar para os Serviços dos Membros através do número de telefone 1-844-8126896. Também pode consultar o *Diretório de Provedores e de Farmácias* em www.nhpri.org/INTEGRITY ou descarregar o documento da página.

O Diretório de Provedores e de Farmácias fornece uma lista de profissionais de saúde (como médicos, enfermeiros clínicos e psicólogos), instalações (como hospitais ou clínicas) e provedores de apoio (como provedores de serviços de Saúde Diária e Domiciliar para Adultos) que pode ver como membro



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

do Neighborhood INTEGRITY. Este diretório também indica as farmácias que um Membro pode utilizar para obter medicamentos prescritos.

The O Diretório de Provedores 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.

Definição de provedores de rede

- Os provedores 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 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 recebe através do Medicare e do Rhode Island Medicaid.

Os provedores 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. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Definição de farmácias da rede

- As farmácias da rede são farmácias (lojas de medicamentos) que concordaram em abastecer as receitas dos nossos Membros do plano. Use o *Diretório de Provedores e de Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que deseja utilizar.
- Exceto em caso de emergência, você deve aviar 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. 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 provedores 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J3. Lista de Medicamentos Cobertos

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos*. Como forma de abreviar, chamamos esta lista de “Lista de Medicamentos”. Esta lista indica quais os medicamentos prescritos que 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 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.

J4. A Explicação dos Benefícios

Quando usar os 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 - Explanation of Benefits).

A EOB 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 pagámos por cada um dos seus medicamentos de prescrição Parte D, durante o mês. A EOB tem mais informações sobre os medicamentos que toma. O Capítulo 6 fornece mais informações sobre a EOB e como pode ajudá-lo a acompanhar a sua cobertura de medicamentos.

EOB também está disponível quando você pedir uma. Para pedir uma cópia, contacte os Serviços dos Membros.

Você tem a opção de receber a sua Explicação de Benefícios da Parte D eletronicamente. A versão eletrónica fornece as mesmas informações, no mesmo formato, do documento em papel da Explicação dos Benefícios, que recebe hoje. Para começar a receber uma Explicação dos Benefícios eletrónica, 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 a certeza que guarda estes relatórios. São importantes registos das suas despesas de medicamentos.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 provedores 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 seu empregador, do empregador do seu cônjuge ou empregador do seu parceiro doméstico, ou da compensação dos trabalhadores
- Quaisquer reclamações de responsabilidade, tais como indemnizações 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.

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 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 gestor de cuidados 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.....	20
C. Como contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem	21
C1. Quando contactar a Linha de Aconselhamento de Enfermagem	21
D. Como contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental	22
D1. Quando contactar a Linha de Crise de Saúde Comportamental	22
E. Como contactar o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) e do Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME)	23
E1. Quando falar com um conselheiro do SHIP	23
E2. Falar com um conselheiro do MME	24
F. Como contactar a Organização de Melhoria de Qualidade (QIO)	25
F1. Quando contactar a KEPRO	25
G. Como contactar o Medicare	26
H. Como contactar o Rhode Island Medicaid	27



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Como entrar em contato com o Defensor de Cuidados de Saúde RIPIN (Healthcare Advocate) ...	28
J. Como contactar a Aliança para Melhoria de Cuidados Continuados (Alliance for Better Long Term Care)	29
K. Outros recursos.....	30



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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

TELEFONE	1-844-812-6896 Esta chamada é gratuita. Das 8h às 20h, de segunda a 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. 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, 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 WEB	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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 D.
- Recursos sobre os seus cuidados de saúde
 - Um recurso é uma maneira formal de pedir-nos para rever uma decisão que tomámos sobre a sua cobertura 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 D.
- Reclamações relativas aos seus cuidados de saúde
 - Reclamações relativas aos seus cuidados de saúde
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou qualquer provedor (incluindo um provedor da rede ou fora da rede). Um provedor da rede é um provedor 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, abaixo, 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 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 J.
- 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 aos seus medicamentos Parte D, 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 E e F.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Recursos sobre os seus medicamentos
 - Um recurso é uma maneira de nos pedir para alterar uma decisão de cobertura.
 - 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). Os medicamentos que não fazem parte dos medicamentos da Parte D são codificados como "DP" na nossa Lista de Medicamentos; estes medicamentos são Medicaid.
 - Para obter mais informações sobre como fazer um recurso sobre os seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, Secção E e F.
- Reclamações sobre seus medicamentos
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou qualquer farmácia. Isto inclui uma queixa sobre seus medicamentos de prescrição.
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos prescritos, pode fazer um recurso. (Veja a secção acima).
 - Você pode enviar uma reclamação sobre o Neighborhood INTEGRITY diretamente ao 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 J.
- Pagamento de cuidados de saúde ou medicamentos que você já pagou
 - Para mais informações sobre como nos pedir um reembolso, ou pagar uma conta que você recebeu, veja o Capítulo 7, Secção A.
 - Se nos pedir para pagar uma conta e negarmos qualquer parte do seu pedido, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o capítulo 9, Secção E3 e F5 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 registada (RN – Registered Nursed) ou um assistente social) que o ajuda a gerir todos os seus provedores e serviços. Eles irão 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.

TELEONE	1-844-812-6896. Esta 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, 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 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. 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.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island ATTN: Care Management 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
PÁGINA WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Às vezes, 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. Como contactar 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.

TELEFONAR	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 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.

TELEFONAR	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 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. 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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) e o Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME)

O Programa de Assistência de Seguro do Estado (SHIP) oferece aconselhamento de seguro de saúde gratuito a pessoas com Medicare. Em Rhode Island, o SHIP é fornecido pelo Escritório de Envelhecimento Saudável (OHA - Office of Healthy Aging).

O Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME) oferece aconselhamento gratuito de seguro de saúde individual para pessoas com Medicare e Medicaid. Em Rhode Island, o MME é fornecido pelo The POINT.

O SHIP e o The POINT não estão relacionados com nenhuma companhia de seguro ou plano de saúde.

TELEFONAR	Rhode Island SHIP: 1-888-884-8721 The POINT: 1-401-462-4444 ou 2-1-1
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	Office of Health Aging, Louis Pasteur Building 57 Howard Avenue Cranston, RI 02920 Attention: SHIP Program

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 Medicare e podem ajudá-lo a:
 - entender as suas escolhas de plano,
 - entender os seus direitos,
 - 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E2. Quando falar com um conselheiro do MME

- Perguntas sobre as suas opções de seguro de saúde porque você é elegível para Medicare e Medicaid
 - Os conselheiros do MME no The POINT podem ajudá-lo:
 - compreender as suas escolhas de seguro de saúde através de opções de aconselhamento individual,
 - compreender os seus direitos,
 - resolver quaisquer problemas com a elegibilidade do Medicaid, e
 - aceder a cobertura de prescrição temporária Parte D, se necessário



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.

TELEFONAR	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 WEB	www.keprogio.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 - Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility) 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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 são os Centro dos Serviços Medicare e Medicaid ou CMS.

TELEFONAR	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 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.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov Esta é a página oficial do Medicare. Aqui, tem informação atualizada sobre o Medicare. Também pode encontrar informações sobre hospitais, casas de repouso, médicos, agências de saúde domiciliares, instituições de hemodiálise, instalações de reabilitação para pacientes internados e lares de idosos. Inclui páginas e números de telefone úteis. Também contém folhetos que pode imprimir diretamente do seu computador. Se não tiver um computador, a sua biblioteca local ou centro sénior pode ajudá-lo a visitar esta página utilizando o computador. Ou pode telefonar para o Medicare através do número acima e dizer o que está à procura. Eles irão encontrar as informações na página, irão imprimir e irão enviar para si.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Como contactar o Rhode Island Medicaid

O 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.

TELEFONAR	1-855-697-4347 Das 8h 30min às 15h 30min, de segunda a sexta-feira
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 WEB	www.dhs.ri.gov



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Como entrar em contacto o Defensor de Cuidados de Saúde RIPIN (Healthcare Advocate)

O Defensor de Cuidados 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. O Defensor de Cuidados de Saúde RIPIN também ajuda as pessoas inscritas no Neighborhood INTEGRITY com serviço ou problemas de faturação. Eles não estão relacionados com o nosso plano ou a qualquer companhia de seguro ou plano de saúde. Os seus serviços são gratuitos.

TELEFONAR	1-855-747-3224 Das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira
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	300 Jefferson Boulevard, Warwick, RI 02888
CORREIO ELETRÓNICO (E-MAIL)	HealthcareAdvocate@ripin.org
PÁGINA WEB	www.ripin.org/healthcareadvocate/



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

TELEFONAR	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 WEB	www.alliancebltc.com/



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. Outros recursos

O **Escritório de Envelhecimento Saudável de Rhode Island** ajuda a fornecer informações aos idosos, às suas famílias e aos seus cuidadores. 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.

TELEFONAR	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	Office of Healthy Aging 25 Howard Avenue, Bldg. 57 Cranston, RI 02920
PÁGINA WEB	www.oha.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.

TELEFONAR	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 WEB	www.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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.

TELEFONAR	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 WEB	www.crossroadsri.org

O **Rhode Island Disability Law Cente (RIDLC- Centro de Lei de Deficiência de Rhode Island)** é um escritório de advocacia independente sem fins lucrativos designado de Rhode Island's Federal Protection and Advocacy System (Sistema Federal de Proteção e Advocacia de Rhode Island). Esta instituição ajuda a fornecer assistência jurídica gratuita às pessoas com deficiência.

TELEFONAR	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 WEB	www.drri.org



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.

CALL	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
WRITE	50 Valley Street Providence, RI 02909
WEBSITE	www.uwri.org



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 provedores 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," "provedores" e "provedores da rede"	35
B. Regras para receber os seus cuidados de saúde, saúde comportamental e serviços de longo prazo e apoio social (LTSS) cobertos pelo plano	35
C. Informações sobre o seu Gestor de Cuidados.....	37
C1. O que é um gestor de cuidados.....	37
C2. Como contactar o seu gestor de cuidados.....	37
C3. Como pode alterar o seu gestor de cuidados	37
D. Cuidados dos provedores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros provedores da rede e fora da rede	38
D1. Cuidados de um provedor de saúde primário	38
D2. Cuidados de especialistas e outros provedores da rede.....	39
D3. O que fazer quando um provedor deixar nosso plano	40
D4. Como receber cuidados de provedores de fora da rede	40
E. Como receber serviços de longo prazo e apoio social (LTSS).....	41
F. Como receber serviços de saúde comportamental	42



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Como receber cuidados orientados.....	42
G1. O que são cuidados orientados	42
G2. Quem pode receber cuidados orientados	42
G3. Como receber ajuda na contratação de provedores de cuidados pessoais	42
H. Como ter acesso aos serviços de transportes	43
I. Como receber serviços cobertos em caso de emergência médica ou necessidade urgente de cuidados ou durante um desastre	44
I1. Cuidados de saúde quando tiver uma emergência médica	44
I2. Cuidados urgentes necessários	45
I3. Cuidados durante um desastre	46
J. O que fazer se for cobrado diretamente por serviços cobertos pelo nosso plano	47
J1. O que fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano	47
K. Cobertura de serviços de saúde quando participar num estudo de pesquisa clínica	48
K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica	48
K2. Pagamento dos serviços quando participa num estudo de pesquisa clínica	48
K3. Aprender mais sobre estudos de pesquisa clínica	49
L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando recebe cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	49
L1. Definição de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	49
L2. Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não médicos	49
M. Equipamento Médico Durável (DME)	50
M1. Os DME como um Membro do nosso plano	50
M2. Propriedade dos DME quando muda para o Original Medicare ou o Medicare Advantage.....	50
M3. Benefícios do equipamento de oxigénio como Membro do nosso plano	51
M4. Equipamento de oxigénio quando muda para o Original Medicare ou Medicare Advantage.....	51



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Informações sobre os "serviços", "serviços cobertos," "provedores" e "provedores 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.

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

Os provedores da rede são provedores que trabalham com o plano de saúde. Estes provedores concordaram em aceitar o nosso pagamento como pagamento total. Os provedores da rede cobram-nos, diretamente, os cuidados que são prestados a si. Quando consulta um provedor da rede normalmente, não paga nada pelos serviços cobertos. No entanto, se for elegível para serviços de longo prazo e apoio social (LTSS), pode ter de pagar parte do custo desses serviços. Isto é chamado de "comparticipação de custos" e 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 médico não emergencial (NEMT). 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 deste manual)



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O cuidado deve ser **medicamente necessário**. Medicamente necessário significa que precisa de serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição relacionada com a saúde, prevenir que uma condição de saúde pior ou para manter o 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 padrão aceitos na prática médica.
- Deve ter um **provedor de cuidados primários (PCP)** da rede que solicitou o cuidado o que lhe pediu para procurar outro provedor. Como um membro do plano, deve escolher um provedor da rede para ser seu PCP.
 - Não precisa de uma referência do seu PCP para cuidados de emergência, cuidados urgentes necessários, cuidados de saúde comportamental ou para consultar um provedor de saúde da mulher. Pode receber outros tipos de cuidados sem ter uma referência do seu PCP. Para saber mais sobre isto, consulta página 130.
 - Para saber mais como escolher um PCP, consulta página 38.
 - **Nota:** Pelo menos, nos primeiros 6 meses que estiver inscrito no nosso plano, poderá continuar a consultar os seus provedores 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 estiver inscrito no nosso plano, o nosso gestor de cuidados entrará em contacto consigo para ajudá-lo a encontrar os provedores da nossa rede. Após o período de continuidade de cuidados terminar, deixaremos de cobrir os seus cuidados caso decida continuar a consultar provedores de fora da rede.
- **Você deve receber os seus cuidados dos provedores 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 aplica:
 - O plano cobre cuidados de emergência ou urgentes de um provedor 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 44.
 - Se precisar de cuidados cobertos pelo nosso plano e os nossos provedores da rede não os poderem dar, pode obtê-los através de um provedor fora da rede. Antes de receber o serviço, o seu provedor 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 provedor de fora da rede, consulte a Secção D, página 38.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O plano cobre serviços de hemodiálise renal quando estiver fora da área de serviço do plano, durante um tempo curto. Pode receber estes serviços num centro de hemodiálise certificado pelo Medicare.
- Quando aderir ao plano pela primeira vez, poderá continuar a ver os provedores que consulta atualmente, durante os primeiros 6 meses ou até que a sua avaliação e plano de cuidados sejam concluídos, o que ocorrer depois.
- Serviços de planeamento familiar estão disponíveis para si, com qualquer provedor. Não precisa de uma autorização para estes serviços.

C. Informação sobre o seu gestor de cuidados

C1. O que é um gestor de cuidados

- Um Gestor de Cuidados é um profissional de saúde licenciado (pode ser um Enfermeiro Registado (RN) ou um assistente social) que o ajuda a gerir todos os seus provedores e serviços. Ele trabalha com a sua Equipa de Cuidados de forma a assegurar-se que está a receber os cuidados que precisa.

C2. Como pode contactar o seu gestor de cuidados

- O número direto do seu Gestor de Cuidados será indicado no seu plano de cuidados nas informações da equipa de cuidados.
- Também pode entrar em contacto com o seu Gestor de Cuidados ao ligar para os Serviços dos Membros e solicitar para falar com o Gestor de Cuidados através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) entre as 8h e as 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, 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 os Serviços dos Membros através do 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. Nas tardes de sábado, 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Cuidados dos provedores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros provedores da rede e fora da rede

D1. Cuidados de um provedor de cuidados de saúde

Você deve escolher um Provedor de cuidados de saúde primários (PCP) para providenciar e gerir os seus cuidados.

Definição de "PCP" e o que um PCP faz por si

O seu provedor de cuidados de saúde primários (PCP) é o seu principal provedor e será responsável por proporcionar muitos dos seus serviços de cuidados primários e preventivos. O seu PCP será uma parte da sua equipa de cuidados. O seu 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 que precisa:
- Conseguir as autorizações prévias da sua equipa de cuidados 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 Clínica Certificada (CNP);
- Médico Assistente (PA);
- Enfermeira Parteira Certificada

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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A sua escolha do PCP

Pode escolher qualquer provedor de cuidados primários na nossa rede. Pode encontrar uma lista dos provedores participantes na nossa página web em www.nhpri.org/INTEGRITY. Por favor, entre em contacto com os Serviços dos Membros, através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) se precisar de ajuda para encontrar um PCP participante na sua área. Se não escolher um PCP, iremos atribuir-lhe um.

Se já escolheu um PCP e esse provedor não está indicado no seu cartão de identificação de membro, pode entrar em contacto com os Serviços dos Membros para solicitar a alteração, ao ligar para o número de telefone 1-844-812-6896 (TTY 711).

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. Se o seu PCP deixar a nossa rede, iremos informá-lo e ajudá-lo a encontrar um novo PCP. Se não escolher um novo PCP, iremos atribuir-lhe um.

Se quiser mudar de PCP, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812- 6896 (TTY 711).

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 provedores 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 provedor 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 pode pedir outros serviços ou medicamentos que possam exigir uma autorização prévia. Uma autorização prévia significa que o membro deve obter a aprovação do Neighborhood antes de obter um serviço específico, medicação ou consultar um provedor fora da rede. Normalmente, o seu provedor deverá enviar uma carta ou um formulário ao Neighborhood que explica



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 Web em www.nhpri.org/INTEGRITY para ver o nosso Diretório de Provedores e de Farmácias. Se precisar de ajuda pode telefonar para os Serviços dos Membros através do 1-844-812- 6896 (TTY 711).

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

Um provedor 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 provedores possa mudar devemos proporcionar-lhe acesso contínuo aos cuidados de uma ampla rede de provedores qualificados.
- Faremos um esforço para notificá-lo com a antecedência de, pelo menos, 30 dias, para que tenha tempo de seleccionar um novo provedor.
- Iremos ajudá-lo a seleccionar 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 provedor 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 provedores está a deixar o nosso plano, por favor, entre em contacto connosco para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo provedor a gerir o seu cuidado, ligando para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

D4. Como receber cuidados de provedores de fora da rede

Se um especialista não pertencer à nossa rede, você ou o seu provedor serão responsáveis por entrar em contacto connosco para conseguir a autorização da sua visita fora da rede. A nossa equipa de profissionais de cuidados de saúde analisará todos os pedidos de autorização prévia. Podem existir certas limitações para a aprovação, tais como o número de visitas. Se os serviços estiverem



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

disponíveis dentro da rede do nosso plano, o pedido dos serviços pode ser negado. Você tem sempre o direito de recorrer.

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

- Não podemos pagar um provedor que não seja elegível para participar no Medicare ou Medicaid.
- Se for a um provedor que não seja elegível para participar no Medicare e/ou Medicaid, deverá pagar o custo total dos serviços recebidos.
- Os provedores 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 como tomar banho, vestir-se, realizar compras de supermercado, lavar a roupa e tomar medicamentos. A maioria destes serviços são proporcionados na sua casa, mas também podem ser fornecidos num lar de idosos ou num centro de dia. Como um membro do Neighborhood INTEGRITY, receberá uma avaliação para ajudar a determinar as suas necessidades de LTSS. Os benefícios de LTSS estão disponíveis, se você se qualificar para eles e se corresponder à elegibilidade para os Serviços de Longo Prazo do Rhode Island Medicare. Se precisar destes serviços, eles serão incluídos no seu plano de cuidados, que você ajuda a criar com a sua equipa de cuidados.

Os serviços disponíveis incluem:

- Cuidados de enfermagem qualificados
- Fisioterapia
- Pequenas 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicaid. Para entrar em contacto com seu Gestor de Cuidados, ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896 (TTY 711).

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.

Você receberá uma avaliação para ajudar a determinar suas necessidades de saúde comportamental. Se precisar de serviços de saúde comportamental, estes serão incluídos no seu plano de cuidados, que ajudou a criar com sua Equipe de Cuidados.

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 telefónico especial para ligar. Esta chamada é gratuita. Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam Inglês.

G. Como receber cuidados orientados

G1. O que são cuidados orientados

- O cuidado orientado é a opção de contratar os seus próprios assistentes de cuidados pessoais (PCA).

G2. Quem pode receber cuidados orientados

- Os membros que são elegíveis e recebem serviços e apoios de longo prazo (LTSS) têm a opção de obter cuidados orientados. Para participar nos cuidados orientados, entre em contacto com seu Gestor de Cuidados através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

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

- Se optar por participar dos cuidados orientados, você ou o seu designado serão responsáveis por recrutar, contratar, agendar, formar e, se necessário, demitir o seu PCA. A orientação do PCA é voluntária. É uma escolha do membro até que ponto os membros gostariam de se orientar.
- A página web do Rewarding Work é um recurso on-line que ajuda os membros que participam nos cuidados orientados a encontrar PCA disponíveis para empregar. Para mais informações, visite a página www.RewardingWork.org, ou ligue para o seu Gestor de Cuidados.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Como ter acesso aos serviços de transporte

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 [/www.ripta.com/reducedfareprogram](http://www.ripta.com/reducedfareprogram).

Se não for capaz de usar um passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre os serviços de transporte não emergenciais para viagens para consultas médicas, odontológico ou outras consultas relacionadas com a saúde. Se precisar de transporte não emergencial, ligue para o número 1-855-330- 9131 (TTY 711), das 5h às 18h, de segunda a sexta-feira ou os Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY através do 1-855-330-9131 (TTY 711). **Ao agendar o NEMT, utilize o seu cartão de identificação Rhode Island Medicaid (“âncora”).** Também pode agendar NEMT de rotina através do portal do membro em www.mtm-inc.net/rhode-island/.

Pode pedir transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, 7 dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser marcado com, **pelo menos**, 48 horas antes da sua marcação.

Ligue para marcar na:	Se precisa de transporte na:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, sábado ou domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 tiver uma emergência médica:

- **Peça ajuda o mais rápido possível.** Ligue para o 911 ou vá à sala de emergência ou ao hospital mais próximo. Ligue para 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. Ligue para os Serviços dos Membros ou para o seu Gestor de Cuidados 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. Nas tardes de sábado, 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Você pode receber cuidados de emergência quando 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, Seção D.

Se tiver uma emergência, falaremos com os provedores 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 provedores 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. Temos serviços de intérpretes gratuitos para pessoas que não falam inglês. Os membros do TTY devem ligar o 711. Este número é para pessoas com problemas de audição ou fala. Deve ter um equipamento telefónico especial para ligar. Esta chamada é gratuita.

Receber cuidados de emergência quando não é uma emergência

Às vezes, pode ser difícil saber se tem uma emergência médica ou de saúde comportamental. Você pode ir ao atendimento de emergência e o provedor dizer que não era realmente uma emergência. Desde que você avalie razoavelmente que sua saúde estava em perigo grave, nós iremos cobrir os seus cuidados.

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

- você consultar um provedor 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 provedor da rede, e
- seguir as outras regras descritas neste capítulo.

No entanto, se não puder aceder a um provedor 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 Provedores 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 cuidados de um provedor 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.

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 provedor da rede, nós permitiremos que receba cuidados de provedores de fora da rede sem nenhum custo para si. Se não conseguir utilizar uma farmácia da rede durante um desastre declarado, poderá aviar os seus medicamentos numa farmácia de fora da rede. Por favor, para mais informações, consulte o Capítulo 5



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 lhe pagar de volta.

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

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

O Neighborhood INTEGRITY cobre todos os serviços:

- que forem medicamente necessários, e
- que estão indicados na Tabela de Benefícios do plano (consulte o Capítulo 4), 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, 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 provedor 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 ao ler "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare & Estudos de Pesquisa Clínica) na página do Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-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 "sem exceção".

- Um tratamento médico "sem exceção" 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 coberto 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.

A Cobertura de internamento hospitalar 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 são 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 provedor 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 de 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 2022*. Se não tiver uma cópia deste folheto, consegue obtê-lo através da página do Medicare (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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Você terá de fazer 13 pagamentos sucessivos sob Original Medicare, ou terá de fazer o número 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 obtiver os seus benefícios do Medicare fora de qualquer plano de saúde do Programa Original Medicare ou do plano Medicare Advantage.

Se efetuou pagamentos pelos produtos 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 novos 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.

M3. Benefícios do equipamento de oxigénio como Membro do nosso plano

Se você se qualificar para equipamento de oxigénio coberto pelo Medicare e for um Membro do nosso plano, cobriremos o seguinte:

- Aluguer de equipamento de oxigénio
- Entrega de oxigénio e conteúdo de oxigénio
- Tubagem e acessórios relacionados para o fornecimento de oxigénio e conteúdo de oxigénio
- Manutenção e reparações de equipamentos de oxigénio

O equipamento de oxigénio deve ser devolvido ao proprietário quando não for mais clinicamente necessário para si ou se sair do nosso plano.

M4. Equipamento de oxigénio quando muda para o Original Medicare ou Medicare Advantage

Quando o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário e você deixar o nosso plano **e mudar para o Original Medicare**, você irá alugar por 36 meses, de um fornecedor. Os seus pagamentos mensais de aluguer cobrem o equipamento de oxigénio e os suprimentos e os serviços indicados acima.

Se o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário, **após alugá-lo por 36 meses:**



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O seu fornecedor deve fornecer o equipamento de oxigénio, suprimentos e serviços por mais 24 meses.
- O seu fornecedor deve fornecer equipamentos e suprimentos de oxigénio por até 5 anos, se clinicamente necessário.

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

- O seu fornecedor não precisa de o fornecer mais e você pode optar por obter o equipamento de reposição de qualquer fornecedor.
- Um novo período de 5 anos começa.
- Você irá alugar de um fornecedor por 36 meses.
- O seu fornecedor deve fornecer o equipamento de oxigénio, suprimentos e serviços por mais 24 meses.
- Um novo ciclo começa a cada 5 anos, desde que o equipamento de oxigénio seja clinicamente necessário.

Quando o equipamento de oxigénio for clinicamente necessário e **você deixar o nosso plano e mudar para um plano do Medicare Advantage**, o plano cobrirá, pelo menos, o que o Original Medicare cobre. Pode perguntar ao seu plano Medicare Advantage que equipamento e suprimentos de oxigénio são cobertos e quais serão os seus custos.



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.....	54
A1. Durante emergências de saúde pública.....	54
B. Regras contra provedores que cobram por serviços.....	54
C. A Tabela de Benefícios do nosso plano	54
D. A Tabela de Benefícios	55
E. Benefícios cobertos fora do Neighborhood INTEGRITY	103
E1. Cuidados paliativos.....	103
E2. Serviços odontológicos	104
E3. Transporte não urgente	104
E4. Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento	104
E5. Serviços de estabilização residencial.....	105
F. Benefícios não abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY, Medicare, ou Rhode Island Medicaid	105



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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. Isto é conhecido como “comparticipação de custos”, e 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, para obter detalhes sobre as regras do plano.

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. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte.

A1. Durante emergências de saúde pública

O Plano irá cobrir os testes COVID-19 e especificados relacionados aos testes COVID-19 sem comparticipação de custos, autorização prévia ou outra gestão de utilização para inscritos no plano durante a emergência declarada de saúde pública.

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 pagarmos ao provedor menos do que o provedor cobra por um serviço.

Você nunca deveria receber uma fatura de um provedor pelos serviços cobertos. Se isso acontecer, consulte o Capítulo 7 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. Tabela de Benefícios do nosso plano

A Tabela de Benefícios, na Secção D, 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 quando 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

elegível para os LTSS, poderá ser obrigado a pagar parte do custo desses serviços. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e 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.
- Você recebe o seu cuidado de um provedor da rede. Um provedor da rede é um provedor 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, contém mais informações sobre como usar os provedores da rede e de fora da rede.
- Você tem um provedor de cuidados de saúde primário (PCP) ou uma equipa de cuidados que está a fornecer e a gerir os seus cuidados.
- Alguns dos serviços indicados na Tabela de Benefícios são cobertos apenas se, primeiro, o seu médico ou outro provedor da rede receber aprovação da nossa parte. 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
	Rastreio 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,	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
enfermeiro clínico ou especialista em enfermagem clínica.	
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
Acupuntura para dor lombar crônica* O plano vai pagar por até 12 visitas em 90 dias se tiver dor lombar crônica, definida como: • Com duração de 12 semanas ou mais; • Não específico (sem causa sistêmica que possa ser identificada, como não associada a doença metastática, inflamatória ou infecciosa); • Não associado a cirurgia; e • Não associado à gravidez. O plano pagará por 8 sessões adicionais se você mostrar melhorias. Não pode fazer mais do que 20 tratamentos de acupuntura por ano. Os tratamentos de acupuntura devem ser interrompidos se não melhorar ou se piorar. *É necessária autorização prévia.	\$0
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:	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
• Atividades sociais e recreativas • Refeições • Cuidados de enfermagem ou ferimentos *Pode ser necessária autorização prévia.	
 Rastreio e aconselhamento por abuso de álcool O plano pagará pelo rastreio de abuso de álcool. Se tiver um rastreio positivo de abuso de álcool, o plano abrange as sessões de aconselhamento com um provedor qualificado ou médico.	\$0
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. *Pode ser necessária autorização prévia para serviços não emergenciais do Medicare.	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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 provedor. O plano também cobre programas intensivos de reabilitação cardíaca, que são mais intensos do que o programa 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
	Plano de cuidados de terapias alternativas* O plano pagará serviços que sua Equipe de Cuidados identificou no seu plano de cuidados individuais. Alguns exemplos destes serviços são: • Acupuntura • Serviços de quiroprática • Serviços domiciliários • Massagem terapêutica • Refeições levadas a sua casa • Aulas de meditação • Sistema pessoal de resposta a emergências (PERS) • loga * Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
		\$0
	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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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 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 presencial a fim de ajudá-lo a deixar de fumar ou usar tabaco. O plano pagará também por apoio e aconselhamento por telefone.	\$0
 Rastreio de depressão O rastreio 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
 Rastreio de diabetes O plano pagará pelo rastreio de diabetes (inclui testes de glicose em jejum).	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
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.	
 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 	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
○ Soluções de controlo da glicose para verificar a precisão de tiras-teste e monitores • Para pessoas com diabetes que têm a doença do pé diabético severa, o plano pagará o seguinte: ○ Um par de sapatos terapêuticos personalizados (incluindo inserções) e dois pares extra de inserções a cada ano civil, ou ○ Um par de sapatos aprofundados e três pares de inserções a cada ano (não incluindo as inserções removíveis não personalizadas fornecidas com estes sapatos) O plano pagará também pelo ajuste 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. * A autorização é necessária para tiras-teste não preferenciais numa farmácia. Pode ser necessária autorização prévia para outros serviços e suprimentos.	



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

[illegible]

Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 (continuação)* Durante este período, deve conversar com seu provedor para decidir qual marca é clinicamente correta para si, após esse período de 90 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.	
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	\$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 cuidado de paciente internado



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
- 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.	apenas se o plano aprovar a sua estadia. \$0
Modificações ambientais ou em casa* O plano pagará por alterações na sua casa ou veículo para ajudá-lo a viver em segurança, em casa. Os seguintes são exemplos de serviços 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 planejamento familiar A lei permite-lhe escolher qualquer provedor para obter determinados serviços de planejamento familiar. Isto significa que pode receber serviços de planejamento familiar de qualquer provedor da rede ou de fora da rede, clínica, hospital, farmácia ou gabinete de planejamento familiar. O plano pagará pelos seguintes serviços: - Exame de planejamento familiar e tratamento médico - Laboratório de planejamento familiar e testes de diagnóstico - Métodos de planejamento familiar (pílulas anticoncepcionais, “patch” (adesivo), anel, DIU, injeções, implantes) - Suprimentos de planejamento familiar com receita médica (preservativo, esponja, espuma, filme, diafragma, tampão) - Aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços relacionados - Aconselhamento e testes para infecções sexualmente transmissíveis (DST), SIDA e outras condições relacionadas com o VIH - 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:	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
	- 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	
	Benefício de Condição Física O benefício de condição física para a sua saúde inclui uma inscrição num ginásio com localizador de atividades.	\$0
	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
	Benefício de Nutrição e Alimentação Saudável A cobertura inclui alimentação saudável e cartão de poupança com um subsídio mensal de \$25 que pode ser usado para comprar mantimentos saudáveis e nutritivos.	\$0
	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.	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
	O plano também cobre aparelhos auditivos e avaliações para a instalação de aparelhos auditivos, a cada três anos.	
	Rastreio de VIH O plano paga pelos exames de rastreio do VIH e testes de rastreio 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 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 \$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	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

[illegible]

Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
infusão domiciliar fornecidos por um provedor de terapia de infusão domiciliar qualificado.	
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 provedor 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 F 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:	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
	Cuidados paliativos (continuação) Os medicamentos nunca são cobertos pelos cuidados paliativos e pelo nosso plano, ao mesmo tempo. Para mais informações, por favor, consulte o Capítulo 5. 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. Pode ligar para os Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h ao sábado.	
	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 - Vacina COVID-19 - Outras vacinas, se você estiver em risco e elas cumprirem as regras de cobertura do Medicare Parte B ou Rhode Island Medicaid	\$0
	O plano pagará por outras vacinas que cumpram as regras de cobertura do Rhode Island Medicaid ou Medicare Parte D. Leia o Capítulo 6, para saber mais.	\$0
	Suprimentos para incontinência* O plano pagará por suprimentos como: Fraldas	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
➤ 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) unidades descartáveis, por mês. • Resguardos *É necessária autorização prévia.	
Serviços de Apoio Domiciliar A cobertura inclui até 120 horas, por ano, de cuidados com o acompanhante para ajudar nas tarefas diárias.	\$0
Cuidados hospitalares de internamento* 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	\$0 Deve obter a aprovação do plano para continuar a receber atendimento hospitalar num hospital de fora da rede após a sua emergência estar sob controlo.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Cuidados hospitalares de internamento* (continuação) • Necessidades cirúrgicas e suprimentos médicos • Aparelhos, como cadeiras de rodas • Serviços operatórios e sala de recuperação • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Internamento para serviços 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. Se 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 provedores 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.	\$0
	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
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 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. - Tratamentos de hemodiálise hospitalares se for admitido (internado) num hospital para cuidados especiais - Formação de hemodiálise, 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 formados 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	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 e suprimentos para doenças renais (continuação) O seu benefício de medicamentos do Medicare Parte B paga alguns medicamentos para a hemodiálise. Para obter informações, consulte “Medicamentos prescritos do Medicare Parte B” nesta tabela.	
 Rastreio do cancro do pulmão O plano pagará o rastreio do cancro do pulmão a cada 12 meses se: • Tiver entre 55-77 anos, e • Tiver um aconselhamento e uma visita partilhada 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 cancro do pulmão ou estiver a fumar agora ou tiver parado nos últimos 15 anos. Depois do primeiro rastreio, o plano pagará por outro rastreio a cada ano, com uma ordem por escrito do seu médico ou outro provedor qualificado.	\$0
Refeições O plano irá pagar refeições entregues em casa após a alta de uma hospitalização ou cirurgia. Este benefício cobre catorze (14) refeições por duas (2) semanas e limitado a duas (2) por ano, para um total de vinte e oito (28) refeições.	\$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:	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
	Programa de Prevenção de Diabetes do Medicare (MDPP) (continuação) • mudança alimentar a longo prazo, e • aumento da atividade física, e • formas de manter a perda de peso e um estilo de vida saudável.	



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 imunossupressoras, 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 estiver em casa, tiver uma fratura óssea que um provedor certifique estar relacionada a osteoporose de 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	\$0
--	------------



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

[illegible]

Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
Medicamentos prescritos do Medicare Parte B* (continuação) • 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 • Acromegalia • Síndromes periódicas associadas à criopirina • Terapia de enxaqueca • Depressão/Transtorno depressivo persistente (PDD) • Atrofia muscular espinhal (SMA)	



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
• Medicamentos NOC (medicamentos não classificados) para órgãos • Hipertensão arterial pulmonar (PAH) • Agentes estimulantes da eritropoiese (ESA) • Hematologia e toxina botulínica *É necessária autorização prévia.	
Cuidados nas instituições de enfermagem* O plano pagará pelos seguintes serviços: • 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 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/provedor	\$0 Se receber cuidados numa instalação de enfermagem, poderá ter que pagar parte do custo dos seus serviços. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e este montante é 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
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 (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.	
Benefício nutricional/dietético O plano pagará pela terapia nutricional médica e aconselhamento fornecido por um nutricionista licenciado para ajudá-lo a gerir uma condição crónica 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
Programa de tratamento com opiáceos (OTP) O plano pagará os seguintes serviços para tratar o transtorno do uso de opiáceos (OUD): • Atividades de captação • Avaliações periódicas • 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)	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
Testes de diagnóstico ambulatorio e serviços e suprimentos terapêuticos* 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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 internado”. ○ 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: ○ www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Testes de Laboratório 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	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
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.	
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	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
Cuidados de saúde mental ambulatoriais (continuação) • Hospitalização parcial • Tratamento de dia/noite • Tratamento intensivo ambulatorio • Tratamento em grupo (Clubhouse) • 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 de reabilitação ambulatoriais* O plano pagará pela fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia de linguagem, terapia de audição e terapia respiratória. ➤ O plano irá cobrir um total de 24 consultas ambulatoriais para fisioterapia. ➤ O plano irá cobrir um total de 24 consultas ambulatoriais para terapia ocupacional. ➤ O plano irá cobrir um total de 24 consultas ambulatoriais para terapia da fala. Pode receber serviços de reabilitação ambulatoriais dos departamentos ambulatoriais do hospital, consultórios de terapeutas independentes, unidades de serviços abrangentes de reabilitação ambulatoria (CORFs) e outras instituições. * É necessária uma autorização prévia para serviços de reabilitação ambulatoriais.	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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 Suboxone® • 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 \$0
Cirurgia ambulatoria* O plano pagará por cirurgia ambulatoria e os serviços em instituições ambulatoriais hospitalares e centros cirúrgicos ambulatoriais. *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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 médicos/provedores, incluindo consultas médicas* O plano pagará pelos seguintes serviços: • Cuidados de saúde ou serviços de cirurgia medicamente necessários, fornecidos em locais como: ○ consultório médico ○ centro cirúrgico ambulatorio certificado ○ departamento hospitalar ambulatorio • Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • Exames básicos de audição e equilíbrio fornecidos pelo seu provedor, se o seu provedor solicitar para saber se precisa de tratamento • Certos serviços adicionais de assistência telefônica, incluindo aqueles para: ○ Serviços Médicos de Cuidados Primários ○ Serviços de Médicos Especialistas ○ Sessões Individuais para Serviços Especializados de Saúde Mental ○ Sessões de Grupo para Serviços Especializados de Saúde Mental ○ Outro Profissional de Cuidados de Saúde ○ Sessões Individuais para Serviços Psiquiátricos ○ Sessões de Grupo para Serviços Psiquiátricos • Certos Serviços Adicionais de Assistência Telefônica: ○ Sessões Individuais para Abuso de Substâncias em Pacientes Externos ○ Sessões de Grupo para Abuso de Substâncias em Pacientes Externos ○ Serviços de Educação em Doença Renal	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

	○ Formação em Autogestão de Diabetes ○ Outros Serviços Preventivos Cobertos pelo Medicare. * É necessária autorização prévia para serviços de assistência telefônica. ● Você tem a opção de obter estes serviços através de uma visita presencial ou por assistência telefônica. Se optar por obter um destes serviços por assistência telefônica, devera usar um provedor da rede que ofereça o serviço por assistência telefônica. ● Serviços de assistência telefônica para visitas mensais relacionadas com a doença renal em fase terminal (ESRD) para membros de diálise domiciliar num centro de diálise renal baseado num hospital ou de acesso crítico, instalação de diálise renal ou a casa do membro ● Serviços de assistência telefônica para diagnosticar, avaliar ou tratar sintomas de um AVC ● Serviços de assistência telefônica para membros com transtorno de uso de substâncias ou transtorno de saúde mental concomitante ● Registos 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 não está relacionado com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ O registo 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	\$0
--	---	-----



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

○ a avaliação não está relacionada com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ a avaliação não leva a uma visita ao consultório dentro de 24 horas ou à consulta disponível mais cedo • Consulta que o seu médico tem com outros médicos por telefone, Internet ou prontuário eletrónico, 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. *Pode ser necessária autorização prévia.	\$0
	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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	\$0
	Exames de rastreio de cancro da próstata O plano pagará pelos seguintes serviços: • Exame Retal Digital • Um teste antígeno específico da próstata (PSA) Este serviço é limitado a um (1) rastreio por doze (12) meses para membros com 50 anos ou mais.	\$0
	Dispositivos protéticos e suprimentos relacionados* Os dispositivos protéticos substituem 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 cardíaco (Pacemaker) • 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.	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
O plano oferece alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia da catarata. Para obter mais detalhes, consulte “Cuidados com a Visão” posteriormente, nesta seção. O plano não cobre próteses dentárias. O plano pode também pagar por outros dispositivos não indicados aqui. *Pode ser necessária autorização prévia.	
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 provedor 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	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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.	
 Rastreo e aconselhamento sobre infecções sexualmente transmissíveis (DST) O plano pagará pelo rastreo de clamídia, gonorreia, 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 DST. 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 pelos seguintes serviços: • 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	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
Instituição de cuidados de enfermagem especializados (SNF)* (continuação) • 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 de médicos/provedores 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)	



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
Instituição de cuidados de enfermagem especializados (SNF)* (continuação) Uma instituição de enfermagem onde o seu cônjuge mora no momento em que você sai do hospital *É necessária autorização prévia.	
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
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 preenchidos - Um suprimento adicional de 36 sessões ao longo do tempo, se consideradas clinicamente necessárias por um provedor de cuidados de saúde 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	\$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
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	
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 provedores de fora da rede quando não conseguir um provedor da rede. A cobertura é limitada apenas aos EUA e aos seus territórios.	\$0 \$0



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
 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 serviços de provedores 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	
 Consulta preventiva "Bem-vindo ao Medicare"	\$0	



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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
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".	



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e o montante 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
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 (Meals on Wheels) O plano pagará até uma refeição, cinco dias por semana, para ser entregue 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os Serviços LTSS	O que você tem de pagar
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
Serviços de reabilitação* O plano pagará por serviços físicos especializados, ocupacionais e terapia da fala em centros de reabilitação ambulatoria. ➤ O plano irá cobrir um total de 24 consultas ambulatoriais para fisioterapia. ➤ O plano irá cobrir um total de 24 consultas ambulatoriais para terapia ocupacional. ➤ O plano irá cobrir um total de 24 consultas ambulatoriais para terapia da fala. *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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os Serviços LTSS	O que você tem de pagar
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 Partilhada) O plano pagará pelos cuidados pessoais e outros serviços prestados por um cuidador que mora em casa.	Determinado pelo Rhode Island Medicaid
Serviços e apoios orientados Se estiver inscrito em cuidados autodirecionados, 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 pelo Rhode Island Medicaid
Serviços de enfermagem qualificados* O plano pagará serviços de enfermagem qualificados. *Pode ser necessária autorização prévia.	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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 escolher 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 provedor 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 provedor 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 cobertos pelos cuidados paliativos e o nosso plano, ao mesmo tempo. Para mais informações, por favor consulte o Capítulo 5.

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. Pode ligar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-6896 e 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem de voz. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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. **Para atendimento odontológico regular, vá a um provedor que aceite o Rhode Island Medicaid e use o seu cartão de identificação do Rhode Island Medicaid (“âncora”).** Em alguns casos, os cuidados dentários necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos pelo plano como cuidados de internamento ou ambulatorio. Ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número gratuito (TTY: 711) se não tiver a certeza se o plano ou o Rhode Island Medicaid cobre os serviços odontológicos que você precisa ou se precisar 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 (TTY: 1-800-745-5555) para obter mais informações.

Se for incapaz de usar o passe de autocarro RIPTA, o Rhode Island Medicaid cobre serviços de transporte não urgente (NEMT) para viagens para consultas médicas, dentárias ou outras visitas relacionadas com a saúde. Se precisar de NEMT de forma rotineira, ligue para o número 1-855-330-9131 (TTY 711), das 5h às 18h, de segunda a sexta-feira, ou para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 (TTY: 711). **Ao agendar o NEMT, use o seu cartão de identificação do Rhode Island Medicaid (“âncora”).** Também pode agendar o NEMT de rotina através do portal do membro em www.mtm-inc.net/rhode-island/.

Pode solicitar transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, 7 dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser agendado, **pelo menos**, 48 horas antes da consulta.

Ligue para agendar à:	Se precisa de transporte à:
Segunda-feira	Quarta-feira
Terça-feira	Quinta-feira
Quarta-feira	Sexta-feira, Sábado ou Domingo
Quinta-feira	Segunda-feira
Sexta-feira	Terça-feira

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 se o plano do Rhode Island Medicaid cobre os serviços que está a precisar.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 também não pagarão por eles.

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 secção (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.

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 para mais informações sobre estudos de pesquisa clínica. Os tratamentos experimentais e itens são aqueles que, normalmente, não são aceites pela comunidade médica.
- Tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando for medicamente necessário e o Medicare ou o Rhode Island Medicaid pagarem por isso.
- Inscrição em ginásio.
- Um quarto privado no hospital, exceto quando for medicamente necessário.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 medicamente necessário.
- Cirurgia cosmética ou qualquer outro tratamento cosmético a menos que seja necessária devido a uma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que não está moldada corretamente. No entanto, o plano vai pagar pela reconstrução de uma mama após uma mastectomia e pelo tratamento da outra mama de forma a ficar de acordo com a mama tratada.
- Cuidados quiropráticos, exceto a manipulação manual da coluna vertebral, de acordo com as diretrizes de cobertura do Medicare.
- 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 suprimimentos contraceptivos sem prescrição médica.
- Serviços de Naturopatia (o uso de tratamentos naturais ou alternativos).
- Serviços prestados aos veteranos no Departamento de Assuntos de Veteranos (VA). No entanto, quando um veterano receber serviços de emergência num hospital de VA e houver comparticipação 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Click or tap here to enter text.

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

Introdução

Este capítulo explica as regras para conseguir os seus medicamentos prescritos de forma ambulatória. 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 provedor, e medicamentos que lhe foram dados numa clínica de hemodiálise. Para saber mais sobre quais medicamentos do Medicare Parte B são cobertos, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4.

Regras para a cobertura de medicamentos ambulatoriais do plano

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

- Esta pessoa é, normalmente, o seu provedor de cuidados primários (PCP). Pode também ser um outro provedor se o seu provedor de cuidados primários o referiu para o cuidado.
- Você deve, normalmente, utilizar uma farmácia da rede para preencher sua prescrição.
- 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 uma exceção.
 - Consulte a página 180 para saber como solicitar uma exceção.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Click or tap here to enter text.

- 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 algumas referências médicas. “Indicação medicamente 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 Serviço de Formulário Hospitalar Americano (American Hospital Formulary Service) e/ou Informações DRUGDEX®.

Índice

A. Adquirir as suas prescrições.....	110
A1. Adquirir a sua prescrição numa farmácia da rede	110
A2. Usar o seu Cartão de Identificação do Membro ao aviar uma prescrição	110
A3. What to do if you want to change to a different network pharmacy	110
A4. O que fazer se quiser mudar para uma farmácia da rede diferente	110
A5. Usar uma farmácia especializada	111
A6. Usar serviços por correspondência para obter os seus medicamentos.....	111
A7. Obter um suprimento de medicamentos a longo prazo	113
A8. Usar uma farmácia que não está na rede do plano.....	113
A9. Reembolsá-lo se pagar por uma prescrição.....	114
B. A Lista de Medicamentos do plano.....	114
B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos	114
B2. Como encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos.....	114
B3. Medicamentos que não estão na Lista de Medicamentos.....	115
B4. Níveis da Lista de Medicamentos	116
C. Limites de alguns medicamentos	116
D. Motivos pelos quais o seu medicamento pode não ser coberto.....	118
D1. Obter um suprimento temporário	118
E. Alterações na cobertura dos seus medicamentos.....	120



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Click or tap here to enter text.

F. Cobertura de medicamentos em casos especiais	122
F1. Se estiver num hospital ou numa instalação de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano	123
F2. Se estiver numa instituição de cuidados a longo prazo	123
F3. Se estiver num programa de cuidados paliativos certificado pelo Medicare	123
G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos	125
G1. Programas para ajudar os Membros a usar medicamentos em segurança	125
G2. Programas para ajudar os Membros a gerir os seus medicamentos	125
G3. Programa de gestão de medicamentos para ajudar os Membros a usar com segurança os seus medicamentos opiáceos	126
G4. Programas para ajudar os membros a descartar, com segurança, medicamentos prescritos e substâncias controladas não utilizados	127



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

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

Para aviar 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 aviar 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.
- Se precisar de ajuda para conseguir uma receita médica, pode contactar os Serviços dos Membros.

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

Se mudar de farmácia e precisar de reencher uma receita médica, poderá solicitar uma nova receita escrita por um provedor ou solicitar que a sua farmácia transfira a receita para a nova farmácia se ainda tiver medicamentos por levantar.

Se precisar de ajuda para mudar a sua farmácia da rede, pode contactar os Serviços dos Membros.

A4. 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.

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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

A5. Usar uma farmácia especializada

Às vezes, as receitas devem ser aviadas 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, por favor, entre em contacto com os Serviços dos Membros.
- Exceto em caso de emergência, apenas os Nativos Americanos ou Nativos do Alasca podem usar estas 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 Provedores e Farmácias*, visitar a nossa página ou entrar em contacto com os Serviços dos Membros.

A6. Usar serviços por correspondência para obter os seus medicamentos

Para determinados tipos de medicamentos, pode usar os serviços de pedidos por correio, na 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 tem a mesma participação que um suprimento de um mês.

Prescrições despachadas por correio

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

- Visite a página de encomendas por correspondência e registe-se em www.caremark.com/mailservice
- Ou, ligue 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Geralmente, uma prescrição de encomenda por correspondência irá chegar-lhe dentro de 7 a 10 dias úteis. Se a encomenda de medicamentos prescritos por correio 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 provedor e reenchantos das suas prescrições de encomenda por correspondência:

1. Novas prescrições que a farmácia receba de si

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

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

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

- Utilizou os serviços de encomenda por correspondência com este plano anteriormente, ou
- Se se inscreveu para a entrega automática de todas as novas prescrições obtidas diretamente dos provedores de cuidados de saúde. Pode solicitar entrega automática de todas as novas prescrições agora ou a qualquer momento, ao ligar para o número 1-844-268-1908.

Se utilizou encomenda por correspondência no passado e não quiser que a farmácia avie e envie a sua nova prescrição automaticamente, por favor, entre em contacto connosco ligando para o 1-844-268-1908.

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

- Isto irá dar-lhe uma oportunidade de ter certeza de 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.
- 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Para não receber entregas automáticas de novas receitas que você recebeu diretamente do consultório do seu provedor de cuidados de saúde, por favor, entre em contacto connosco ao ligar para o número 1-844-268-1908.

3. Recarga de medicamentos prescritos de encomendas por correspondência

Para recargas, por favor entre em contacto com a sua farmácia 15 dias antes de pensar que os medicamentos que tem em mãos vão acabar, de forma garantir que o seu próximo pedido seja enviado a tempo.

Para que a farmácia possa entrar em contacto consigo para confirmar o seu pedido antes do envio, por favor, informe a farmácia sobre as melhores formas de entrar em contacto consigo. Pode atualizar estas informações ao ligar para o 1-844-268-1908 ou visitando a página www.caremark.com.

A7. Obter um suprimento de medicamentos a longo prazo

Pode receber um suprimento de longo prazo dos medicamentos de manutenção na Lista de Medicamentos do nosso plano. Os medicamentos de manutenção 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 de manutenção. Um suprimento de 90 dias tem a mesma participação como um suprimento de um mês. O *Diretório de Provedores e Farmácias* informa-o quais as farmácias que podem fornecer-lhe um suprimento de longo prazo de medicamentos de manutenção. Também pode ligar para os Serviços dos Membros para mais informações.

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 de manutenção. Consulte a secção acima para saber mais sobre serviços de correspondência.

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

Geralmente, pagamos por medicamentos aviados 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 aviadas como Membro do nosso plano.

Pagaremos as prescrições aviadas 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

B. Lista de Medicamentos do plano

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

Os medicamentos da Lista de Medicamentos são selecionados 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, iremos cobrir um medicamento da Lista de Medicamentos do plano, desde que seja as regras explicadas neste capítulo.

B1. Medicamentos na Lista de Medicamentos

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

A Lista de Medicamentos inclui ambos os nomes de medicamentos 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.

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:

- Visitar a página do plano em www.nhpri.org/INTEGRITY. Na página, a Lista de Medicamentos, é sempre a mais atualizada.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 saber 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 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 tenha 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”.

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
- Medicamentos utilizados para o tratamento da disfunção erétil ou sexual, tais como Viagra®, Cialis®, Levitra® e Caverject®



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Medicamentos ambulatoriais quando a companhia que os fabrica diz que você deve fazer exames ou ter serviços feitos apenas por eles

B4. Níveis da Lista de Medicamentos

Cada medicamento da Lista de Medicamentos do plano está num de 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 (OTC) fora do Medicare

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

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

C. Limites de alguns medicamentos

Para certos medicamentos prescritos, regras especiais limitam como e quando 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 provedor 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 frequentemente 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 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** 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, 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 provedor 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**
 - nunca esteve na Lista de Medicamentos do plano, **ou**
 - agora está limitada de alguma forma.
2. Deve estar numa destas situações:
 - Você estava no plano no ano passado.
 - Iremos cobrir um suprimento temporário do seu medicamento **durante os primeiros 90 dias do ano.**
 - Este suprimento temporário será até:
 - 30 dias de suprimento se **não 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 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 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 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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:

- 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

- 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 provedor 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 para o 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.

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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

- Verifique a Lista de Medicamentos atualizada do Neighborhood INTEGRITY, na página www.nhpri.org/INTEGRITY ou
- Ligue para os Serviços dos Membros através do 1-844-812-6896, para obter a Lista de Medicamentos atual.

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

Está disponível um novo medicamento genérico. Às vezes, um medicamento genérico novo chega ao mercado 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.

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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Podemos não informá-lo antes de fazer esta alteração, mas iremos enviar-lhe informações sobre a alteração específica que fizermos, quando ela acontecer.
- Você ou seu provedor 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 Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) disser que um medicamento que você está a tomar não é seguro ou se o fabricante de um medicamento o retirar do mercado, nós iremos retirá-lo da Lista de Medicamentos. Se você estiver a tomar o medicamento, nós iremos informá-lo. O seu provedor também terá 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 houver 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 provedor de saúde. Ele 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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, para 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 Provedores e Farmácias* para descobrir se a farmácia da sua instituição de cuidados continuados faz parte da nossa rede. Se não fizer parte, 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 provedor de cuidados paliativos que a medicação não está relacionada, antes que nosso plano possa cobrir o medicamento.
- Para evitar atrasos na obtenção de algum tipo de medicamento não relacionado que deve ser coberto pelo nosso plano, pode pedir ao seu prescritor ou provedor de



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 dos 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Programas sobre segurança e gestão de medicamentos

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

Cada vez que levanta 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 estiver a tomar medicamentos para diferentes condições médicas e/ou estiver no Programa de Gestão de Medicamentos para o ajudar a usar os seus medicamentos opioides com segurança, você pode ter direito a receber serviços, sem nenhum custo para si, através de um programa de gestão de terapia medicamentosa (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
- Quaisquer 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

de os tomar. Além disso, irá receber informações sobre a forma de descartar seguramente os medicamentos prescritos que são substâncias controladas.

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 provedores 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 medicamentosa 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, por favor, entre em contacto connosco e iremos tirá-lo do programa.

Se tiver alguma dúvida sobre estes programas, por favor, entre em contacto com os Serviços dos Membros.

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 mal utilizados. Este programa chama-se de Programa de Gestão de Medicamentos (DMP).

Se usar medicamentos opiáceos que recebe de vários médicos ou farmácias ou se teve uma sobredosagem de opiáceos recentemente, podemos falar com os seus médicos para ter certeza de que a sua utilização seja adequada e medicamento necessária. Ao trabalhar com os seus médicos, se decidirmos que a utilização dos seus medicamentos opiáceos ou *benzodiazepínicos* não é segura, poderemos limitar a forma como pode obtê-los. As limitações podem incluir:

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

Se acharmos 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 e qualquer informação que pense ser importante sabermos. Se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos após ter a oportunidade de responder, iremos enviar-lhe outra carta a confirmar as limitações.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se achar que cometemos um erro, não concordar que esteja em risco de uso indevido de medicamentos de prescrição, ou não concordar com a limitação, você e o seu médico poderão apresentar um recurso. Se meter um recurso, analisaremos o seu caso e daremos a nossa decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte do seu recurso relacionado com as limitações do seu acesso a estes medicamentos, iremos enviar automaticamente o seu caso a uma Entidade de Revisão Independente (IRE). (Para saber como meter um recurso e saber mais sobre o IRE, consulte o Capítulo 9.)

O DMP pode não se aplicar a si se:

- tiver certas condições médicas, como o cancro ou anemia falciforme,
- estiver a receber cuidados paliativos ou cuidados terminais, **ou**
- morar numa instituição de cuidados continuados.

G4. Programas para ajudar os membros a descartar, com segurança, medicamentos prescritos e substâncias controladas não utilizadas

É importante livrar-se de todos os medicamentos prescritos não utilizados, na sua casa. Pode:

- leve-os a uma caixa de eliminação de medicamentos ou a um evento de devolução.
- descarte as agulhas com segurança no ENCORE Needle Exchange
 - visite em 557 Broad Street, Providence, RI, 02907
 - Ligue para o número 1-401-781-0665 para mais informações

A maioria dos analgésicos prescritos são substâncias controladas e podem causar dependência em algumas circunstâncias, especialmente se não forem usados corretamente. Para descartar analgésicos prescritos, certifique-se que o local de descarte do medicamento aceita substâncias controladas. Para mais informações, fale com o seu farmacêutico local ou visite a página www.preventoverdoseri.org/get-rid-of-meds/.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 em ambulatório. 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" 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 prescritos, como os prémios, as franquias e comparticipação. 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:

- *A Lista de Medicamentos Cobertos do plano.*
 - 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

www.nhpri.org/INTEGRITY. A Lista de Medicamentos na página é sempre a mais atualizada.

- Capítulo 5 deste *Manual do Membro*.
 - 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 Provedores 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 Provedores e Farmácias* tem uma lista das farmácias da rede. Pode ler mais sobre as farmácias da rede no Capítulo 5.

Índice

A. A Explicação dos Benefícios (EOB).....	130
B. Como acompanhar os custos dos seus medicamentos	130
C. Não paga nada pelo fornecimento de medicamentos por um mês ou a longo prazo	132
C1. Os níveis do plano.....	132
C2. As suas opções de farmácia.....	132
C3. Receber um suprimento a longo prazo de um medicamento	132
C4. O que você paga	133
D. Vacinação	134
D1. O que precisa saber antes da sua vacinação	134



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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, pagam pelas suas receitas.
- O seu **custo total de medicamentos**. Isto é a quantia que você, ou outros em seu nome, pagam 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 tem mais informação sobre os medicamentos que utiliza. 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 sobre o preço dos medicamentos.** Este é o preço total do medicamento e a variação percentual no preço do medicamento, desde o primeiro levantamento.
- **Alternativas de menor custo.** Quando disponíveis, eles aparecem no resumo abaixo dos seus medicamentos atuais. Pode conversar com o seu médico para saber mais.

Oferecemos cobertura de medicamentos não cobertos pelo Medicare.

- Os pagamentos feitos para estes 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

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 Indian Health Service (Serviço de Saúde Índio) e a maioria das instituições de caridade contam para os seus custos pagos do seu bolso.

4. Verifique a EOB que lhe enviamos.

Quando receber uma EOB (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 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 estas EOBs. São importantes registos das suas despesas de medicamentos.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 participações 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).

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, para saber quando faremos isso.

Para saber mais sobre estas opções de farmácia, consulte o Capítulo 5, 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 ou o *Diretório de Provedores e Farmácias*.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 cuidados de longo prazo da rede Até 31 dias de suprimento	Uma farmácia de fora da rede Até um suprimento de 30 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 Provedores e Farmácias* do plano.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Vacinação

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

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 é para o custo de **administrar-lhe a vacina**. Por exemplo, às vezes, pode receber a vacina como uma injeção administrada 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.
- Podemos dizer-lhe como manter os custos baixos, usando farmácias e prestadores de serviço da rede. As farmácias da rede são farmácias que concordaram em trabalhar com o nosso plano. Um provedor da rede é aquele que trabalha com o plano de saúde. Um provedor da rede deve trabalhar com o Neighborhood INTEGRITY para garantir que você não tenha quaisquer custos iniciais para uma vacina da Parte D.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 os seus serviços ou medicamentos	136
B. Enviar um pedido de pagamento	138
C. Decisões de cobertura	139
D. Recursos	140



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Pedir-nos para pagar os seus serviços ou medicamentos

. 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 provedor da rede é um provedor 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 134.

- 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 de longo prazo e apoio social, pode ter de compartilhar o custo desses serviços. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e este montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se tiver alguma dúvida sobre estes programas, entre em contacto com os Serviços dos Membros. 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 provedor de fora da rede

Você deve pedir ao provedor 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

2. Quando um provedor da rede lhe envia a fatura

Os provedores 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 da comparticipação de serviços do plano.

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 provedor 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. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e este 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 utiliza 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, 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 prescritor 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 prescritor 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.

Pedido de pagamento de serviços Médicos e de Equipamento Médico Durável (DME)

Envie-nos o seu pedido de pagamento juntamente com todas as faturas ou recibos para estes endereços:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attn: Member Services

910 Douglas Pike



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Smithfield, RI 02917

Pedido de pagamento de serviços de saúde comportamental

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

Pedido de pagamento de medicamentos prescritos da Parte D

CVS Caremark®

PO BOX 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

Também pode ligar para o nosso plano para solicitar o pagamento. Por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

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, 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 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Recursos

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

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 E3.

- Se quiser fazer um recurso sobre o reembolso de um serviço de saúde, consulte a página 160.
- Se quiser fazer um recurso sobre o reembolso de um medicamento, consulte a página 167.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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	143
B. É nossa responsabilidade garantir que obtém acesso atempado a serviços e medicamentos cobertos.....	145
C. É nossa responsabilidade proteger as suas informações pessoais de saúde (PHI)	146
C1. Como protegemos as suas PHI	146
C2. Tem o direito de ver os seus registos médicos	147
D. É nossa responsabilidade fornecer informações sobre o plano, os seus provedores da rede e os seus serviços cobertos.....	147
E. Programa de melhoria de qualidade do Neighborhood INTEGRITY	148
F. Impossibilidade dos provedores da rede em cobrá-lo diretamente	149
G. O seu direito de sair do plano	149
H. O seu direito de tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	150
H1. O seu direito de conhecer as suas opções de tratamento e tomar decisões sobre os seus cuidados de saúde	150
H2. O seu direito de dizer o que deseja que aconteça se for incapaz de tomar as decisões de cuidados de saúde por si mesmo.....	151
H3. O que fazer se as suas instruções não forem seguidas.....	152



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. O seu direito de apresentar reclamações e pedir-nos para reconsiderar as decisões que tomámos	152
I1. O que fazer se acreditar que está a ser tratado injustamente ou deseja obter mais informações sobre os seus direitos	152
J. As suas responsabilidades como um Membro do plano.....	153
K. O que fazer se suspeitar de fraude.....	155



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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, Português e Khmer/Cambojano. 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, ao ligar para os Serviços dos Membros.

Se tiver problemas em 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 (1-800-633-4227). 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 como miembro 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 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 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. 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.

ពួកយើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ពួកយើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅរៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតក្នុងគម្រោងរបស់យើង។



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានក្នុងវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាននោះ ទូរសព្ទសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
 - គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈអោយអ្នកជាភាសាផ្សេងពីអង់គ្លេស និងក្នុងទម្រង់ជាភាសាបោះពុម្ពផ្ទៃ អក្សរអ្នកពិការភ្នែក ឬជាសម្លេង។
 - គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈអោយអ្នកជាភាសាអេស្បាញ ប៉ុន្តែយក្រៅពីនេះភាសាខ្មែរ/កម្ពុជាផងដែរ។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំឯកសារនេះ និងសម្ភារក្នុងពេលអនាគត ជាភាសាដែលលោកអ្នកចង់បាន និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀត តាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ នេះត្រូវបានគេហៅថា “ការស្នើសុំដែលមិនទាន់បានឆ្លើយតប”។
- សេវាបម្រើសមាជិកនឹងចងក្រងជាឯកសារការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍របស់អ្នកនៅក្នុងកំណត់ត្រាឯកសារសមាជិក ដូច្នេះលោកអ្នកអាចទទួលបាន ឯកសារពេលឥឡូវនេះបាន ហើយនិងនៅពេលអនាគតជាភាសា និង/ឬជាទម្រង់ដែលលោកអ្នកចង់បាន។
- អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរប្រព័ន្ធបច្ចេកទេសដែលមិនទាន់ឆ្លើយតបរបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បានដោយ ទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់ពួកយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាពនោះ ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ សូមទូរសព្ទមក Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY អាចទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Rhode Island Medicaid សូមទាក់ទងទៅការិយាល័យនាយកដ្ឋាននៃសេវាកម្មមនុស្សជាតិ (Department of Human Services, DHS) Rhode Island តាមលេខ 1-855-697-4347 (TTY 711)។ អ្នកក៏អាចទៅកាន់ការិយាល័យ DHS ក្នុងតំបន់របស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយដោយផ្ទាល់។ ទូរសព្ទទៅកាន់ 1-855-697-4347 (TTY 711) ដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ DHS ដែលជិតអ្នកបំផុត។

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

Como Membro do nosso plano:

- Tem o direito de escolher um provedor de cuidados primários (PCP) na rede do plano. Um provedor da rede é um provedor que trabalha com o plano de saúde. Pode encontrar mais informações sobre como escolher um PCP no Capítulo 3.
 - Ligue para os Serviços dos Membros ou consulte o *Diretório de Provedores 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 provedores da rede dentro de um período razoável.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Isto inclui o direito de obter serviços atempados de especialistas.
- Se não puder obter os serviços dentro de um período de tempo razoável, teremos que pagar pelo atendimento fora da rede.
- 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 aviadas 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.

O Capítulo 9 informa-o sobre o que fazer se achar que não está a receber os seus serviços ou medicamentos dentro de um período razoável. O Capítulo 9 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. A esta notificação é chamada de “Aviso de Política de Privacidade”. 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 dos casos, não damos a sua informação de saúde a quem que não estiver a providenciar ou pagar pelos seus cuidados. Se o fizermos, primeiro, somos obrigados a obter uma autorização sua por escrito. 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Somos obrigados a divulgar as PHI para agências do governo que estão a averiguar a qualidade dos nossos cuidados.
- 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 anónimas sobre a utilização 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.riapcd-optout.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) 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, Português e Khmer/Cambojano. Podemos também fornecer informações em letras grandes, braille ou áudio.

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

- O nosso plano, incluindo:
 - Informações financeiras



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 provedor de cuidados primários
 - Qualificações dos nossos provedores e das nossas farmácias da rede
 - Como pagamos os provedores da nossa rede
 - Para uma lista dos provedores e das farmácias da rede do plano, consulte o *Diretório de Provedores e Farmácias*. Para obter informações mais detalhadas sobre os nossos provedores ou as nossas farmácias, ligue para os Serviços dos Membros ou visite a nossa página em 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 tomámos
 - Pagar por uma fatura que recebeu

E. Programa de melhoria de qualidade do Neighborhood INTEGRITY

Queremos ter a certeza que tem acesso a cuidados de saúde de grande qualidade. O nosso Programa de Melhoria da Qualidade acompanha aspetos importantes do seu atendimento. Nós verificamos a qualidade do atendimento e dos serviços que recebe. Estamos sempre a trabalhar para melhorar a qualidade. Enviamos aos nossos membros e fornecedores, lembretes sobre vacinas contra a gripe,



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

visitas ao médico, tomar os seus medicamentos, alimentação saudável, bem como informações específicas para condições como Asma, Diabetes e Insuficiência Cardíaca.

Queremos assegurar-nos que tem:

- Fácil acesso a cuidados médicos e comportamentais de qualidade
- Programas preventivos de saúde que correspondam às suas necessidades
- Ajuda com quaisquer condições ou doenças crónicas que tenha
- Apoio quando mais precisa, como após visitas ao hospital ou quando está doente
- Alta satisfação com os seus provedores e o plano de saúde

Uma das maneiras de medir o quão bem estamos a ir é através de medidas HEDIS®. O HEDIS significa Conjunto de Dados e Informações de Eficácia em Saúde. Os dados do HEDIS ajudam-nos a acompanhar as situações com a frequência com que os nossos membros vêm o seu provedor de cuidados primários, tomam os seus 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 de qualidade que correspondam às preocupações dos membros. O nosso Programa de Melhoria de Qualidade e atividades são revistos pelo Comité de Assuntos Clínicos do Neighborhood e são submetidos ao Conselho de Administração do Neighborhood.

F. 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. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid. Para saber o que fazer se um provedor da rede tentar cobrar pelos serviços cobertos, consulte o Capítulo 7.

G. O seu direito de sair do 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 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 Medicaid (FFS). Para obter mais informações sobre a Taxa de Serviço do Rhode Island Medicaid FFS, ligue para o 1-855-697-4347. De segunda a sexta-feira, das 8h 30min às 15h 30min.

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

H1. 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 provedores de cuidados de saúde quando receber serviços. Os seus provedores devem explicar a sua condição e suas escolhas de tratamento, de uma forma que possa entender. Tem o direito de:

- **Conhecer as 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. Tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** Tem o direito de ver outro provedor antes de decidir sobre o tratamento.
- **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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

H2. 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 por 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. Exemplos disso 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 health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/ para obter o formulário
- **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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

H3. 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 queixa 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

I. 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 o nosso plano. Para ter esta informação, ligue para os Serviços dos Membros.

I1. 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 215 – 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 (TTY 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 www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
- O Defensor da Saúde RIPIN (Healthcare Advocate). 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A Aliança para Melhor Cuidado de Longo Prazo (Alliance for Better Long Term Care). Para obter mais detalhes sobre esta organização e como contatá-la, consulte o Capítulo 2, Secção J.
- O Rhode Island Medicare através do número 1-855-697-4347. Os utilizadores TTY devem ligar 711.

J. As suas responsabilidades como 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **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 Neighborhood INTEGRITY, o Medicaid paga o seu prémio da Parte A e o seu Prémio da Parte B.
 - Se obtiver LTSS, poderá ter de pagar parte do custo dos seus serviços. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e 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. Por favor, 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 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. 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 parte inferior desta página.
- 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.
- 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 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 9: O que fazer se tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, recursos, queixas)

Introdução

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 RIPIN Healthcare Advocate (Defensor de Saúde) através do número 1-855-747-3224 (TTY 71) para obter ajuda.** Este capítulo explica as diferentes opções disponíveis para diferentes problemas e queixas, mas pode sempre ligar para RIPIN Healthcare Advocate 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 Healthcare Advocate.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Índice

A. O que fazer se tiver um problema.....	159
A1. Sobre os termos legais	159
B. Para onde ligar a pedir ajuda.....	159
B1. Onde conseguir mais informações e ajuda	159
C. Problemas com os seus benefícios	161
C1. Utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos o para fazer uma reclamação	161
D. Decisões de cobertura e recursos	161
D1. Visão Geral das decisões de cobertura e dos recursos	161
D2. Obter ajuda com decisões de cobertura e recursos.....	162
D3. Utilizar a secção deste capítulo que irá ajudá-lo	163
E. Problemas sobre serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D)	165
E1. Quando utilizar esta secção.....	165
E2. Pedir uma decisão de cobertura	166
E3. Recursos de Nível 1 por serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D)	168
E4. Recursos de Nível 2 por serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D)	173
E5. Problemas de pagamentos	178
F. Medicamentos da Parte D	180
F1. O que fazer se tiver problemas para obter um medicamento da Parte D ou se quiser ser reembolsado por um medicamento da Parte D	180
F2. O que é uma exceção.....	182
F3. Informações importantes a saber sobre como solicitar exceções.....	183



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

F4. Como pedir uma decisão de cobertura sobre um medicamento da Parte D ou reembolso de um medicamento da Parte D, incluindo uma exceção	184
F5. Recurso de Nível 1 para medicamentos da Parte D.....	187
F6. Recurso de Nível 2 para medicamentos da Parte D.....	190
G. Pedir-nos para cobrir um internamento hospitalar prolongado	191
G1. Aprender sobre os seus direitos do Medicare.....	192
G2. Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar.....	192
G3. Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar.....	195
G4. O que acontece se falhar o prazo de um recurso	196
H. 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.....	198
H1. Iremos informá-lo com antecedência quando terminará a sua cobertura.....	198
H2. Recurso de Nível 1 para continuar os seus cuidados	198
H3. Recurso de Nível 2 para continuar os seus cuidados	201
H4. O que acontece se falhar o prazo de apresentação do recurso de Nível 1	202
I. Levar o seu recurso além do Nível 2.....	203
I1. Próximas etapas para serviços e produtos do Medicare	203
I2. Próximas etapas para serviços e produtos do Medicaid.....	204
J. Como fazer uma queixa	205
J1. Que tipo de problemas devem ser reclamações.....	205
J2. Reclamações internas.....	206
J3. Reclamações externas.....	207



A. 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.

A1. Sobre os 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, iremos dizer:

- "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 comunicar-se com mais clareza, por isso também os fornecemos.

B. Para onde ligar a pedir ajuda

B1. 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 Healthcare Advocate (Defensor de Saúde)

Se precisar de ajuda, pode sempre ligar para o RIPIN Healthcare Advocate. O RIPIN Healthcare Advocate 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 Healthcare Advocate não está relacionado connosco ou com qualquer companhia de seguros ou plano de saúde. Eles podem ajudá-lo a entender qual o processo a utilizar. O número de telefone para o RIPIN Healthcare Advocate é o 1-855-747-3224 (TTY 711). Os serviços são gratuitos.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Pode receber ajuda do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) e do Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME)

Pode também ligar seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) para falar com um conselheiro do SHIP sobre o Medicare. Em Rhode Island, o SHIP é fornecido pelo Escritório do Envelhecimento Saudável (OHA - Office of Healthy Aging). O SHIP tem conselheiros formados em todos os estados e os serviços são gratuitos. Para falar com um conselheiro do SHIP, ligue para o número 1-888-884-8721 (TTY 711).

O Programa de Apoio à Inscrição Medicare-Medicaid (MME) oferece aconselhamento gratuito de seguro individual para pessoas com Medicare e Medicaid. Em Rhode Island, o MME é oferecido pelo The POINT. Para falar com um conselheiro MME, ligue para o 1-401-462-4444 (TTY 711) ou ligue 2-1-1.

Para mais informações, consulte o Capítulo 2.

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 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).

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 relacionada com o Neighborhood INTEGRITY.

- Ligue para o número 1-888-319-8452, das 9h 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

5700 Lombardo Center Drive, Suite 100
Seven Hills, OH 44131

- Visite a página do KEPRO em: www.keprogio.com/

C. Problemas com os seus benefícios

C1. Utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos ou para 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. O meu problema é sobre benefícios ou cobertura. Vá até à Secção D: “Decisões de Cobertura e recursos” na página 139.	Não. Meu problema não é sobre benefícios ou cobertura. Vá diretamente à Secção J: “Como fazer uma queixa” na página 202

D. Decisões de cobertura e recursos

D1. Visão geral das decisões de cobertura e dos recursos

O processo para solicitar decisões de cobertura e fazer recursos lida com problemas relacionados com os seus benefícios e com a 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 um 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.

D2. 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.
- Ligue para o **RIPIN Healthcare Advocate (Defensor de Cuidados de Saúde)** para receber ajuda gratuita. O RIPIN Healthcare Advocate ajuda as pessoas inscritas no Medicaid com problemas de serviço ou faturação. O número de telefone é o 1-855-747-3224 (TTY).
- 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 (TTY 711).
- 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 www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou www.nhpri.org/wp-content/uploads/2019/04/2017-INTEGRITY-AOR-Form-



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

[CMS1696-1.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 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.

D3. Utilizar a secção deste capítulo que 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 de ler apenas a secção que se aplica ao seu problema:**

- **a Secção E, na página 163** dá-lhe informações se tiver problemas com os serviços, produtos e medicamentos (mas **não** medicamentos da 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 aprovámos serviços, produtos ou medicamentos que o seu provedor lhe quiser dar e acreditar que esse cuidado deveria ser coberto.
 - **NOTA:** Use apenas a Secção E 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 F, na página 178 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **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 Secção separada deste capítulo, pois regras especiais aplicam-se a estes tipos de cuidados. Consulte as Seções G e H nas páginas 189 e 195.
- **A Secção F na página 178** fornece informações sobre os medicamentos da Parte D. Por exemplo, use esta Secção 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 aprovámos 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 Secção G na página 189** 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 Secção se:
 - Estiver no hospital e achar que o provedor lhe pediu para sair do hospital, demasiado cedo.
- **A Secção H na página 195** 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 secção deve utilizar, por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896.

Se precisar de outra ajuda ou outras informações, por favor, ligue para o RIPIN Healthcare Advocate através do número 1-855-747-3224 (TTY 711).



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Problemas sobre serviços, produtos e medicamentos (exceto os medicamentos da Parte D)

E1. 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 e 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 F 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 e 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 E2, na página 164 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 E3, na página 167 para conseguir informações sobre como fazer um recurso.

3. Obteve serviços ou produtos que acha que cobrimos, mas não iremos pagar.

O que pode fazer: Pode recorrer da nossa decisão de não pagar. Vá à Secção E3, na página 167 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 E5, na página 176 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 E3, na página 167 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatória (CORF), serão aplicadas regras especiais. Leia as seções G ou H, nas páginas 189 e 195 para obter mais informações.

E2. Pedir uma decisão de cobertura

Como solicitar uma decisão de cobertura para obter um serviço médico, de saúde comportamental ou cuidado de longo prazo

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-nos para o número: 1-844-812-6896 TTY: 711
- Pode enviar-nos um fax para o número: 1-401-459-6023
- Pode escrever-nos para:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attention: Utilization Management

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. Se não dermos a nossa decisão dentro de 14 dias consecutivos (ou 72 horas para um medicamento prescrito do Medicare Parte B), pode recorrer.

Às vezes, precisamos de mais tempo e, quando isso acontecer, iremos enviar-lhe uma carta a informar que precisamos de mais 14 dias consecutivos. A carta explicará porque 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?



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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).

No entanto, 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 porque 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".

Solicitar uma decisão de cobertura rápida:

- Se solicitar uma decisão de cobertura rápida, comece por telefonar ou enviar um fax ao nosso plano pedindo-nos para cobrir o cuidado que quer.
- Pode ligar-nos através do 1-844-812-6896 (TTY 711) ou enviar-nos um fax para o número 1-401-459-6023. 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).



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Esta carta lhe dirá que se o seu provedor 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 J, na página 202.

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).

E3. 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 Healthcare Advocate (Defensor de Saúde) através do número 1-855-747-3224 (TTY 711). O RIPIN Healthcare Advocate não está relacionado connosco ou com qualquer companhia de seguros ou plano de saúde.

O que é um Recurso de Nível 1?

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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 contactar-nos. Pode ligar para o número 1-844-812- 6896. Para obter detalhes adicionais sobre como entrar em contacto connosco para 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 ao ligar para o 1- 844-812-6896.

- 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 em processamento.
- Continue a ler esta secção para saber qual prazo se aplica ao seu recurso.

O termo legal para um "recurso rápido" é "reapreciação acelerada".

Alguém pode fazer o recurso por mim?



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 visitwww.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou www.nhpri.org/wp-content/uploads/2019/04/2017-INTEGRITY-AOR-Form-CMS1696-1.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. Quando ficar o seu recurso, deve explicar a razão pela qual o seu recurso está atrasado.

NOTA: Se recorrer porque lhe dissemos 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 171 para ter mais informações.

Posso obter uma cópia do meu processo?

Sim. Peça-nos uma cópia, ligando para os Serviços dos Membros através do 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 dissemos **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.

Quando saberei sobre uma decisão de recurso "padrão"?



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 30 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso (ou dentro de 7 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 registar 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 J, na página 202.
- 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 E4, na página 171.

Se a nossa resposta for Sim para 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 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 E4, na página 171.

Quando saberei sobre uma decisão de recurso "rápido"?

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.

- 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 J, na página 202.
- 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 E4, na página 171.

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 E4, na página 171.

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 tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 do recurso confirmar a nossa ação, poderemos recuperar o custo dos serviços fornecidos a si enquanto o recurso estava pendente.

E4. Recursos de Nível 2 por serviços, produtos e medicamentos (exceto medicamentos da Parte D)

? Se o plano disser 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 e/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 puder solicitar uma Revisão Externa de RI, a carta que enviámos com a nossa decisão de Recurso de Nível 1 irá explicar como fazer isso. Se não tiver a certeza se pode solicitar uma Revisão Externa de RI, entre em contacto através do número 1-844-812-6896 e TTY 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 a IRE. 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 relacionada com o 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?



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 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 174 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 711).
- Enviando o seu pedido por correio eletrónico para OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando o seu pedido por fax através do (401) 462-0458.
- Pode também ligar para o RIPIN Healthcare Advocate através do número 1-855-747-3224 (TTY 711) para obter assistência.

O formulário de Audiência Justa do Estado pode ser enviado por correio, por fax ou por correio eletrónico.

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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 quatro (4) meses 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 úteis 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 connosco através do número de telefone 1-844-812-6896 e TTY 711. Podemos ajudá-lo a descobrir se uma Revisão Externa de RI está disponível para a sua situação.

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 a IRE. Você será notificado quando isso acontecer.
- A IRE é contratada 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.

A 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 a IRE precisar recolher mais informações que poderão beneficiá-lo, poderá levar até 14 dias consecutivos suplementares. Se a IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, irá avisá-lo por carta. A 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. A IRE deve dar-lhe uma resposta dentro de 72 horas a partir do momento que obtém o seu recurso.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- No entanto, se a IRE precisar recolher mais informações que poderão beneficiá-lo, poderá levar até 14 dias consecutivos suplementares. Se a IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, irá avisá-lo por carta. A 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, em simultâneo, 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 a Entidade de Revisão Independente (IRE). A IRE tomará uma decisão sobre se o Medicare deverá cobrir o serviço ou produto. Pode também solicitar um Recurso de Nível 2 junto do EOHHS ao escritório de Audiência Justa do Estado e/ou à organização de Revisão Externa de RI. Siga as instruções na página 171.

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 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 Plan of 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 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 recurso. 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 48 horas. 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 da IRE for **Sim** para parte ou tudo o que solicitou no seu recurso padrão, 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, devermos 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 da IRE.
- Se a resposta da 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 da 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 da IRE.
- Se a resposta da 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 tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 Secção I2, na página 202 para obter mais informações.

Se o seu Recurso de Nível 2 foi para a Entidade de Revisão Independente (IRE), pode recorrer novamente apenas se o valor em dólares do serviço ou produto que deseja, atingir um determinado valor mínimo. A carta que recebeu da IRE explicará os direitos adicionais de recurso que pode ter. Consulte a Secção I1 na página 201 para obter informações.

E5. Problemas de pagamentos

Não permitimos que nossos provedores da rede cobrem por serviços e produtos cobertos. Isto é certo mesmo se pagarmos ao provedor menos do que ele cobra por um serviço ou produto 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 e o Rhode Island Medicaid disser que tem de pagar parte dos custos desses serviços. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid. 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. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e o 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 provedor 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

serviços e produtos. O único montante que terá de pagar será a sua comparticipação do custo dos serviços de longo prazo e apoio social conforme determinado pelo Rhode Island Medicaid. Isto é chamado de “comparticipação de custos” e o montante é determinado pelo Rhode Island Medicaid.

Se está a solicitar um reembolso, está a solicitar uma decisão de cobertura. Iremos ver se o serviço ou produto que pagou é um serviço ou produto coberto e verificaremos se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura.

- Se o serviço ou produto pelo qual pagou estiver coberto e seguir todas as regras, enviaremos o pagamento pelo serviço ou produto dentro de 60 dias consecutivos após recebermos o seu pedido. Se ainda não pagou pelo serviço ou produto, enviaremos o pagamento diretamente ao provedor. Quando enviamos o pagamento, é o mesmo que dizer **Sim** ao seu pedido de uma decisão de cobertura.
- Se o serviço ou produto não for coberto, ou se não seguiu todas as regras, enviaremos uma carta a informar que não pagaremos pelo serviço ou produto e explicamos o motivo.

E se dissermos que não pagaremos?

Se não concordar com a nossa decisão, **pode meter um recurso**. Siga o processo de recurso descrito na Secção E3 na página 167. Ao seguir essas instruções, por favor, observe:

- Se entrar com um recurso de reembolso, devemos dar-lhe a nossa resposta dentro de 60 dias consecutivos após recebermos o seu recurso.
- Se está a pedir-nos o reembolso de um serviço ou produto que já obteve e pagou por si mesmo, não poderá solicitar um recurso rápido.

Se respondermos **Não** ao seu recurso e o serviço ou produto geralmente coberto pelo Medicare, enviaremos automaticamente o seu caso para a Entidade de Revisão Independente (IRE). Iremos notificá-lo por carta se isso acontecer.

- Se a IRE reverter a nossa decisão e disser que devemos pagar-lhe, devemos enviar o pagamento a si ou ao provedor dentro de 30 dias consecutivos. Se a resposta ao recurso for **Sim** em qualquer estágio do processo de recurso após o Nível 2, devemos enviar o pagamento que solicitou a si ou ao provedor dentro de 60 dias consecutivos.
- Se a IRE disser **Não** ao seu recurso, significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. (Isto é chamado de “sustentar a decisão”. Também é chamado de “recusar o seu recurso”.) A carta que receberá, explicará os direitos adicionais de recurso que pode ter. Pode recorrer novamente apenas se o valor em



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

dólares do serviço ou item que deseja atingir um determinado valor mínimo. Consulte a Secção I na página 201 para obter mais informações sobre níveis adicionais de recurso.

Se respondermos **Não** ao seu recurso e o serviço ou produto geralmente for coberto pelo Medicaid, você mesmo pode meter um recurso de Nível 2 (consulte a Secção E4 na página 171).

F. Medicamentos da Parte D

F1. 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 E, na página 163.

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
 - 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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:



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.) Comece com a Secção F2, na página 180. Consulte também as Secções F3 e F4 nas páginas 181 e 182.	Deseja que cubramos um medicamento da nossa Lista de Medicamentos e acredita que cumpre quaisquer regras ou restrições do plano (como obter aprovação prévia) para o medicamento de que precisa? Pode solicitar uma decisão de cobertura. Pode ir diretamente para a Secção F4 na página 182.	Quer pedir-nos para reembolsá-lo por 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 F4, na página 182.	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 F5 na página 185.
---	--	--	--

F2. 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".



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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:

2. Cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na nossa Lista de Medicamentos.
3. 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 Seção 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, às vezes, é chamado de "autorização prévia".)
 - Ser exigido que tente um medicamento diferente primeiro, antes de concordarmos cobrir o medicamento que está a pedir. (Isto, às vezes, é chamado de "terapia por etapas".)
 - Limites de quantidade: Para alguns medicamentos, limitamos a quantidade que pode ter.

O termo legal para solicitar a remoção de uma restrição à cobertura de um medicamento é, algumas vezes, chamado de **“exceção de formulário.”**

F3. 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 tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 F5, na página 185 diz como fazer um recurso, se respondermos **Não**.

A próxima secção indica como solicitar uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.

F4. 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 o seu pedido. 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 Secção D, na página 160 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, Secção 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.

Rapidamente: Como pedir uma decisão de cobertura para um medicamento ou pagamento

Ligue, escreva ou envie-nos um fax ou peça 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 secção para garantir que se qualifica 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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.

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 recebeu**. (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 uso do 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 sobre 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 J, na página 202.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 solicitação. Ou, se estiver a solicitar uma exceção, 24 horas depois de recebermos a declaração do seu médico ou do seu prescriptor 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 prescriptor 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, devermos 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 prescriptor. 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 prescriptor.
- **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 tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 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.

F5. 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-nos.
- 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.
- 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.

Rapidamente: Como fazer um Recurso de Nível 1

Você, seu médico ou prescritor, ou seu representante podem colocar seu pedido por escrito e envia-o por correio ou fax para nós. *Pode também solicitar um recurso ao telefonar-nos.*

- 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 se qualifica para uma decisão rápida! Lê-lo 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

O termo legal para um recurso ao plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é "**redeterminação**".

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 F4, página 182.

O termo legal para um "recurso rápido" é "**redeterminação acelerada**".

O nosso plano analisará o seu recurso e irá dar-lhe a nossa decisão

- Analisamos cuidadosamente todas as informações sobre a sua solicitação de cobertura. Verificamos se seguimos todas as regras quando dissermos **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 recebermos o seu recurso ou antes, se a 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 a 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

estiver a solicitar o reembolso de um medicamento que já comprou. Se 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 Independente de Revisão 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

F6. 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.
- 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.

Rapidamente: Como fazer um Recurso de Nível

Se você quiser que a Entidade de Revisão Independente reveja seu caso, a sua solicitação de recurso deverá ser feita por escrito.

- Peça o recurso **dentro de 60 dias consecutivos** 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 se qualifica para uma decisão rápida! Leia-o também para encontrar informações sobre os prazos de 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 a IRE concordar em dar-lhe um "recurso rápido", deverão dar-lhe uma resposta ao 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.

Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.



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.

G. 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.

- 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.

Se achar que está a ser solicitado a deixar o hospital demasiado cedo, poderá pedir um internamento prolongado. Esta secção indica como solicitar.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

G1. Aprender sobre os seus direitos do Medicare

Dentro de dois dias após a sua admissão no hospital, um assistente social ou enfermeira irá dar-lhe 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 1-844-812-6896. 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.
- Fazer parte de qualquer decisão sobre a duração do seu internamento hospitalar.
- Saber onde reportar quaisquer preocupações que possa ter sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
- Recorrer, 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 1844-812-6896. 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 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Se precisar de ajuda, ligue para os Serviços dos Membros ou para o Medicare através dos números indicados acima.

G2. Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar

Se quiser cobrir os seus serviços hospitalares de internamento por mais tempo, deverá solicitar um recurso.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Uma Organização de Melhoria da Qualidade 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 o 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.
- **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 G4, na página 194.

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.

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 Healthcare Advocate através do 1-855-747-3224 (TTY 711) ou para o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP) através do 1-888-884-8721 (TTY 711) ou para o The Point através do número 1-401-462-4444 (TTY 711).

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."



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 telefonando para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896. 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 www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

G3. Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar

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 da 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 de KEPRO. Pode ligar para o KEPRO através do número: 1-888-319-8452.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade analisarão cuidadosamente, de novo, 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 data 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 tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

G4. O que acontece se eu falhar o prazo de um recurso

Se falhar os prazos de recurso, há outra maneira de fazer Recursos de Nível 1 e Nível 2, chamados de Recursos Alternativos. Mas os primeiros dois níveis de recurso 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 (que é dentro de 60 dias ou não mais tarde do que o planeado para a sua data de alta, o que acontecer primeiro), 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.

- 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 fizermos 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 Seção J, na página 202, diz como fazer uma reclamação.

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.
- 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.

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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. 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 ambulatorio 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 provedor 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.

H1. 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 e como recorrer dessa 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.

H2. 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



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

nosso plano deve seguir. (Se achar que não estamos a respeitar os nossos prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção J, na página 202 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. Ou ligue para o seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado através do número 1-401-462- 4444.

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 o 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 parar de cobrir os seus cuidados.

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 você deve pedir?

Peça-lhes um “recurso acelerado”. Esta é uma análise independente sobre se é clinicamente adequado terminarmos a cobertura dos seus serviços.

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 directamente connosco. Para obter detalhes sobre esta outra forma de fazer o seu recurso, consulte a Secção H4 na página 199.

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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 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 consultar uma cópia em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices

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 provedor e analisarão as informações que o nosso plano lhes forneceu.
- **Dentro de um dia completo, depois de os revisores terem todas as informações necessárias, eles irão informar 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.**”

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 dissemos. 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

H3. 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 o 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 de 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.
- A Organização de Melhoria da Qualidade tomará a sua decisão no prazo de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido de 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.

O que acontece se a organização de revisão disser Sim?

- Teremos de reembolsá-lo da 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 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

H4. O que acontece 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 connosco, 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 concordamos em pagar-lhe 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.

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 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."



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 J, na página 202 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 tomámos 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 o 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: fazer um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano continue os seus cuidados

Você não tem que fazer nada. O plano irá enviar, automaticamente, o seu recurso para a 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 continuar e ir para o Nível 3 de Recurso, que é tratado por um juiz.

I. Levar o seu recurso além do Nível 2

I1. 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 Entidade de Revisão Independente lhe dirá o que poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 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 RIPIN Healthcare Advocate. O número de telefone é o 1-855-747-3224 (TTY 711).

I2. 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 Healthcare Advocate. O número de telefone é o 1-855-747-3224 (TTY 711).



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

J. Como fazer uma queixa

J1. 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.

Reclamações sobre a qualidade

- Você está insatisfeito com a qualidade dos cuidados, tal como os cuidados que recebeu no hospital.

Reclamações sobre a privacidade

- Você acha que alguém não respeitou o seu direito à privacidade, ou às informações partilhadas 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 provedor.
- 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.

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 Serviço dos Membros ou envie-nos uma carta.

Existem diferentes organizações que lidam com reclamações externas. Para obter mais informações, leia a Secção J3, na página 205.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 provedor não lhe proporciona um serviço de intérprete durante a sua consulta.

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 enviamos 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 reclamações?

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 Healthcare Advocate através do número 1-855-747-3224 (TTY).

J2. Reclamações internas

Para fazer uma reclamação interna, ligue para os Serviços dos Membros através do número de telefone 1-844- 812-6896. Pode fazer a queixa a qualquer momento, a menos que se trate de um



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

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 consecutivos 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.

J3. 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: 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 perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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, ao ligar para o número 1-401-222-2231 (TTY 711). Também pode registar uma reclamação com o Gabinete do Comissário de Seguro de Saúde de Rhode Island, através do número 1-401-462-9517. (TTY 711).

Você pode registar 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 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 devem ligar o 1-401-222-2664. Para mais informações pode visitar a página www.richr.ri.gov.
- Oficial de Ligação das Relações Comunitárias do Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island através do número 1-401-415-8500. Os utilizadores TTY devem ligar o 1-401-462-6239 ou 711.
- Office for Civil Rights (OCR - Escritório para os Direitos Civis) da região 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 Healthcare Advocate para assistência. O número de telefone é o 1-855-747-3224 (TTY 71).

Você pode registar 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).



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

- 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 do KEPRO. O número de telefone do 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 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	211
B. Como terminar a sua adesão no nosso plano.....	211
C. Como conseguir os serviços do Medicare e Medicaid separadamente.....	212
C1. Maneiras de conseguir os serviços do Medicare	212
C2. Como conseguir os seus serviços do Medicaid	214
D. Continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano até a sua adesão terminar	214
E. outras situações quando a sua adesão terminar	215
F. Regras contra pedir-lhe que deixe o nosso plano por qualquer motivo relacionado à saúde	213
G. O seu direito de fazer uma reclamação se acabarmos com a sua participação no nosso plano...	213
H. Como obter mais informações sobre como terminar a sua adesão ao plano.....	213



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Quando pode terminar a sua adesão com o 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:

- Opções do Medicare, na tabela da página 210.
- Serviços do Medicaid de Rhode Island, na página 211.

Pode obter mais informações quando poder terminar 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), Escritório de Envelhecimento Saudável através do número 1-888-884-8721. Os utilizadores TTY devem ligar o 711.
- Medicare através do número 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.

NOTA: Se está num programa de gestão de medicamentos, pode não ser capaz de alterar os planos. Consulte o Capítulo 5 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 Rhode Island 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, 7 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

Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.



mais informações sobre como receber os seus serviços do Medicare quando deixar o nosso plano, consulte a tabela da página 190.

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.

Tem três opções para conseguir os seus serviços do Medicare. Ao escolher uma dessas opções, automaticamente terminará a sua adesão ao nosso plano.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

1. Pode trocar para: Um Plano de Saúde do Medicare, tal como o Plano do Medicare Advantage ou um Programa de Cuidados Tudo Incluído (All-Inclusive Care) 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 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 SHIP de Rhode Island através do 1-888-884-8721 ou para o The POINT para o 401-462-4444. Os TTY devem ligar 711. A sua inscrição no Neighborhood INTEGRITY será anulada automaticamente quando a sua cobertura do seu novo plano Original Medicare 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 TTY devem ligar o 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou mais informações: • Ligue para o SHIP de Rhode Island através do 1-888-884-8721 ou para o The POINT para o 401-462-4444. Os TTY devem ligar 711. A sua inscrição no Neighborhood INTEGRITY será anulada automaticamente quando a sua 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 Rhode Island SHIP através do 1-888-884-8721 ou para o The POINT através do 1-401-462-4444. Os TTY devem ligar 711. 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 número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores TTY devem ligar para o 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou mais informações: Ligue para o SHIP de Rhode Island através do 1-888-884-8721 ou para o The POINT para o 401-462-4444. Os TTY devem ligar 711. A sua inscrição no Neighborhood INTEGRITY será anulada automaticamente quando a sua cobertura do seu novo plano Original Medicare começar.
---	---

C2. Como conseguir os seus serviços do Medicaid

Se sair do Plano do Medicare-Medicaid, receberá os seus serviços Medicaid diretamente do Taxa de Serviços do Medicaid de Rhode Island (FFS).

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 plano até a sua adesão terminar

Se deixar o Neighborhood INTEGRITY, poderá levar algum tempo até a sua adesão terminar e a sua nova cobertura do Medicare e Rhode Island Medicaid começar. Consulte a página 208 para mais



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

informações. Durante este tempo, continuará a receber os seus cuidados de saúde e medicamentos através do nosso plano.

- **Deve 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 Rhode Island 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 você 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.
 - 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 notificar-nos se não estiver qualificado para ser um Membro nesta base.
 - Devemos terminar a sua adesão se não satisfazer este requisito.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Podemos fazê-lo sair do nosso plano, pelas razões seguintes, só se tivermos a autorização do Medicare e do Rhode Island 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 convidado a 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 Rhode Island 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 com 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-lhe como pode registar uma queixa ou fazer uma reclamação sobre a nossa decisão de terminar a sua adesão. Também pode consultar o Capítulo 9, a Secção J, 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 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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	218
B. Aviso sobre não-discriminação	218
C. Aviso sobre Medicare como um pagador secundário	219



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Aviso sobre as 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. Não discriminamos nem o tratamos de maneira diferente por causa da sua idade, experiência em reivindicações, cor, etnia, evidência de segurabilidade, gênero, 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 gênero, expressão de gênero, habilidade mental, receção de cuidados de saúde, orientação sexual ou uso de serviços de saúde.

➔ É nossa responsabilidade tratá-lo com dignidade e respeito, em qualquer momento. Se deseja obter mais informações ou tem preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto:

- 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 www.hhs.gov/ocr para mais informações.
- Também pode ligar para o Escritório dos Direitos Cívicos local.
 - Comissão de Direitos Humanos de Rhode Island em 1-401-222-2661. Os utilizadores TTY devem ligar para 1-401-222-2664. Pode visitar www.richr.ri.gov para obter mais informações.
 - Oficial de Ligação das Relações Comunitárias com o Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island através do 1-401-415-8500. 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 provedor, 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. Aviso sobre o 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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.

Agência do Medicaid do estado: Ver “Escritório Executivo de Saúde e dos Serviços Humanos de Rhode Island.”

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.

Assistência paga pendente: Você pode continuar a receber os seus benefícios enquanto espera por uma decisão sobre um recurso ou audiência justa. Essa contínua é chamada de “assistência paga pendente”.

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: Uma 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 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 F.

Alguns medicamentos são cobertos apenas se conseguir a nossa autorização prévia.

- 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.
- O Neighborhood INTEGRITY deve dar-lhe uma lista de provedores de cuidados paliativos na sua área geográfica.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 D, 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 D, 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.

Equipa de cuidados: A equipa de cuidados 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 cuidados também irá ajudá-lo a constituir um plano de cuidados.

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 provedor 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 provedor que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo.

Exceção: Permissão para conseguir cobertura de um medicamento que é não normalmente coberto ou usar o medicamento fora de certas regras e limitações.

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.

Uma vez que o Neighborhood INTEGRITY paga o custo total dos seus serviços, você não deve nenhuma comparticipação de custos. Os provedores não devem cobrar nada por esses serviços.

Farmácia da rede: Uma farmácia (loja de medicamentos) que concordou em aviar as receitas dos membros do nosso plano. Chamamos a estas “farmácias da rede” porque concordaram em trabalhar



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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.

Formação de competência cultural: Formação que fornece instruções adicionais para os nossos profissionais de saúde, ajudando-os a compreender melhor o seu passado, valores e crenças para adaptar os serviços para corresponder às suas necessidades sociais, culturais e linguísticas.

Gestor de cuidados: Uma pessoa principal que trabalha consigo, com o plano de saúde, e com os seus provedores 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.

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.

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".

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 nos Capítulos 2 e 9 deste manual.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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 Secção H, para ter informações sobre como contactar o Medicaid no seu estado.

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.

Medicamentos da Parte D: Ver "Medicare Parte D Medicamentos."

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 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 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.

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.

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").



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. Para mais informações, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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 andadores) 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.

Medicare Parte D: O programa de medicamentos de prescrição e benefícios do Medicare. (Para abreviar, chamamos a este programa "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.

Membro (Membro do nosso plano ou Membro 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 constitui 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 níveis de medicamentos. Todos os medicamentos na Lista de Medicamentos estão num dos 3 níveis.

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 provedores de cuidados de saúde cujos montantes são definidos pelo Congresso.

- Você pode ver qualquer médico, hospital ou outro provedor 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.

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 Seção F, para obter informações sobre como contactar uma QIO do seu estado.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

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, provedores 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.

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.

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 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 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 usar os provedores da rede para conseguir os serviços cobertos. Os provedores da rede também são chamados de "provedores do plano".

Provedor 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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. Para mais informações, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Ele assegura-se que tem os cuidados que precisa para ficar saudável. O provedor Também pode conversar com outros médicos e provedores de cuidados de saúde sobre seus cuidados e encaminhá-lo para eles.
- Em muitos planos de saúde do Medicare, deve ver o seu provedor de cuidados de saúde primários antes de ver qualquer outro provedor de cuidados de saúde.
- Consulte o Capítulo 3, a Seção D, para ter informações sobre a obtenção de serviços de provedores de cuidados de saúde primários.

Provedor 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 Seção D, explica os provedores ou instalações de fora da rede.

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.”

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 Seção D, explica os recursos, incluindo como fazer um recurso.

Rendimento Suplementar de Segurança (SSI): Um benefício mensal pago pela Segurança Social às pessoas com rendimento e recursos limitados que têm uma deficiência, cegas, ou com 65 anos de idade ou mais. Os benefícios de SSI não são o mesmo que 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 de 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, Seção D, para saber mais sobre os serviços de reabilitação.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h 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".

Terapia 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.

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).

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.



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY

TELEFONAR	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. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, 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.
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. Das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h ao sábado. Nas tardes de sábado, 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 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
PÁGINA WEB	www.nhpri.org/INTEGRITY



Se tiver perguntas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações, visite** www.nhpri.org/INTEGRITY.