



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid)
Manual de Membro de 2019

Manual do Membro de *Neighborhood INTEGRITY*

1 de janeiro de 2019 - 31 de dezembro de 2019

Cobertura de sua Saúde e seus Remédios no âmbito do Plano de Medicare-Medicaid da Neighborhood INTEGRITY

Manual do Membro Introdução

Este manual informa-lhe sobre sua cobertura com a Neighborhood INTEGRITY até o 31 de dezembro de 2019. Explica os serviços de saúde, a cobertura de saúde comportamental, a cobertura de remédios de prescrição e os serviços a longo prazo e apoio. Os serviços e apoios a longo prazo ajudam você a ficar em casa em vez de ir a um lar de idosos ou hospital. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

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

Este plano de Neighborhood INTEGRITY é oferecido pela Neighborhood Health Plan de Rhode Island. Quando este *Manual do Membro* mencionar "nós", "nós", ou "nosso", significa Neighborhood Health Plan of Rhode Island. Quando mencionar "o plano" ou "nosso plano", significa Neighborhood INTEGRITY .

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

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

ATENÇÃO: Se falar português, estão disponíveis para você serviços de apoio linguístico, gratuitamente. Ligue para o 1-844-812-6896 (TTY/TDD 711), das 8 am às 8 pm, de segunda a sexta-feira; das 8 am às 12 pm ao sábado. Aos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Uma chamada é grátis.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Você pode obter esse documento gratuitamente em outros formatos, como caracteres de forma, braille ou áudio. Por favor, chame os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896, das 8:00 às 20:00 da segunda - sexta-feira; das 8:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Os utentes TTY devem chamar 711. A chamada é grátis. Nosso plano também pode dar-lhe materiais em espanhol e português e em caracteres de forma, impressões, braille ou áudio. Chame os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711) das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado para fazer um pedido a fim de receber seu material agora e mais tarde, no idioma solicitado ou outro formato.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Manual do Membro de Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)

Tabela de Conteúdos

Capítulo 1: Primeiros passos como um Membro.....	5
Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes	14
Capítulo 3: Usando a cobertura do plano para a sua saúde e outros serviços cobertos	31
Capítulo 4: Tabela dos Benefícios	49
Capítulo 5: Receber seus remédios de paciente ambulatorio através do plano	96
Capítulo 6: O que você paga a Medicare e Medicaid para seus medicamentos prescritos?.....	115
Capítulo 7: Pedir-nos de pagar uma conta que você recebeu de serviços ou remédio cobertos.....	122
Capítulo 8: Seus direitos e responsabilidades	127
Capítulo 9: O que fazer se você tiver um problema ou reclamação (decisões de cobertura, apelos, reclamações)	142
Capítulo 10: Encerrar a sua adesão no nosso Plano Medicare-Medicaid	199
Capítulo 11: Avisos legais	205
Capítulo 12: Definições de palavras importantes	208

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Isenções

- ❖ A cobertura com a Neighborhood INTEGRITY qualifica para uma cobertura mínima essencial (MEC). Satisfaz o requisito de responsabilidade individual partilhada do Patient Protection and Affordable Care Act's (ACA- da Lei de Proteção do Paciente e dos Cuidados Razoáveis). Por favor, visite o site do Internal Revenue Service (IRS - Serviço de Rendimento Interno) no www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações sobre a exigência de responsabilidade individual da MEC.
- ❖ Se você ficar ou tornar-se elegível para assistência e serviços a longo prazo, poderá ter de compartilhar o custo desses serviços. Esse montante é determinado por Medicaid de Rhode Island.
- ❖ O Neighborhood Health Plan of Rhode Island é um plano de saúde que contrata com ambos Medicare e Rhode Island Medicaid proporcionando benefícios de ambos programas aos usuários cadastrados.
- ❖ Provedores de fora-de-rede/não contratados estão sob nenhuma obrigação de tratar os membros de Neighborhood INTEGRITY, exceto em situações de emergência. Ligue o nosso número de atendimento ao cliente ou consulte o seu Manual do Membro para ter mais informações, incluindo a comparticipação de custos que se aplique aos serviços de fora-de-rede.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 1: Iniciação como Membro

Introdução

Este capítulo inclui informações sobre a Neighborhood INTEGRITY, um plano de saúde que cobre todo seus serviços de Medicare e Medicaid e sua adesão. Diz-lhe também o que esperar e quais outras informações você terá de Neighborhood INTEGRITY. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabético no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Bem-vindo a 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 de Neighborhood INTEGRITY	8
E. O que lhe qualifica para conseguir ser um membro do plano.....	8
F. O que esperar quando você aderir num plano de saúde pela primeira vez	8
G. Seu plano de cuidados de saúde.....	9
H. O plano de prêmio mensal de Neighborhood INTEGRITY	9
I. O <i>Manual do Member</i>	9
J. Outras informações que você receberá da nossa parte	9
J1. Seu cartão de identificação de Membro de Neighborhood INTEGRITY.....	9
J2. <i>Diretório dos Prestadores e das farmácias</i>	10
J3. <i>Lista dos remédios cobertos</i>	11
J4. <i>A explicação dos benefícios</i>	12
K. Como manter sua ficha de adesão em dia.....	12
K1. A privacidade das informações pessoais de saúde (PHI)	13

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Bem-vindo a Neighborhood INTEGRITY

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

O Neighborhood INTEGRITY foi aprovado pelo estado de Rhode Island e os centros de serviços Medicare & Medicaid (CMS) para providenciar 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 o governo federal para fornecer os melhores cuidados de saúde as pessoas que têm ambos Medicare e Medicaid. Sob esta demonstração, o governo estadual e federal deseja avaliar novas maneiras de melhorar a maneira de obter seus serviços de assistência médica de Medicare e Medicaid.

B. Informações sobre Medicare e Medicaid.

B1. Medicare

Medicare é o programa federal de seguro de saúde para:

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

B2. Medicaid

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

Cada estado decide:

- o que é contabilizado em renda e recursos,
- quem se qualifica,
- quais serviços são cobertos, e
- o custo dos serviços.

Os estados podem decidir como executar seus programas, enquanto sigam as regras federais.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Medicare e Rhode Island devem aprovar Neighborhood INTEGRITY a cada ano. Você pode obter os serviços de Medicare e Medicaid através do nosso plano, desde que:

- *Eligimos oferecer o plano, e*
- *Medicare e o estado de Rhode Island aprovam o plano.*

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

C. Vantagens deste plano

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

A Neighborhood INTEGRITY lhe ajudará a que os seus benefícios de Medicare e Medicaid funcionem melhor em conjunto e para você. Algumas das vantagens incluem:

- Você conseguirá trabalhar com **um** plano de saúde para **todas** as suas necessidades de seguro de saúde.
- Você terá uma equipe de cuidadores que você ajudou a juntar. Sua equipe de cuidadores pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão lá para ajudá-lo a obter o atendimento de que você precisa.
- Você pode ter um Gestor de Caso. É uma pessoa que trabalha com você, com Neighborhood INTEGRITY, e com seus prestadores de cuidados de saúde para garantir que você receba os serviços que você precisar.
- Você conseguirá gerir seus próprios cuidados com a ajuda de sua equipe de cuidadores e o Gestor de Caso.
- A equipe de cuidadores e Gestor de Caso trabalharão com você para encontrarem um plano de cuidados especificamente concebido para satisfazer suas necessidades de saúde. A equipe de cuidadores será responsável de coordenar os serviços que você precisar. Isto significa, por exemplo:
 - Sua equipe de cuidadores segurar-se-á que seus prestadores conhecem todos os medicamentos que você está a tomar a fim de reduzir os efeitos colaterais.
 - Sua equipe de cuidadores segurar-se-á que seus resultados das análises são compartilhados com todos os seus médicos e outros prestadores.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. A área de service de Neighborhood INTEGRITY

Nossa área de serviço é o [estado de Rhode Island](#).

Apenas as pessoas que vivem em nossa área de serviço podem aderir a Neighborhood INTEGRITY.

Se você mudar de fora de Rhode Island, você não pode ficar neste plano. Consulte o Capítulo 8, [a Seção J, página 139](#) para mais informações sobre as consequências de mudar da nossa área de serviço.

E. O que lhe qualifica para conseguir adesão ao plano

Você é elegível para o nosso plano desde que:

- você vive em nossa área de serviço, e
- você tem ambos Medicare Parte A e Medicare Parte B, e é elegível para a Parte D, e
- você é cidadão dos Estados Unidos ou está legalmente presente nos Estados Unidos, e você é elegível para Rhode Island Medicaid.

F. O que esperar quando você aderir no plano de saúde pela primeira vez

Quando você aderir ao plano pela primeira vez, você receberá uma avaliação dentre dos primeiros 180 dias.

Um membro da nossa equipe de gestão de cuidados entrará em contato com você por telefone para completar essa avaliação. Baseado em suas necessidades, você pode receber uma avaliação mais abrangente dentre de 45 dias de seu cadastramento conosco. A avaliação abrangedora terá um olhar mais profundo de suas necessidades, capacidades e dos serviços que você pode requerer.

Se a Neighborhood INTEGRITY tiver algo de novo para você, você pode continuar a ver os prestadores com quem você consulta agora durante 180 dias.

Após de 180 dias, você precisará ver os médicos e outros prestadores da rede de Neighborhood INTEGRITY. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Consulte o Capítulo 3, a Seção D, página 35 para mais informações sobre como conseguir cuidado de saúde.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Seu plano de cuidados

Seu plano de cuidados é o plano que identifica quais serviços de saúde você terá e como você vai tê-los.

Apois sua avaliação, sua equipe de cuidadores se encontrará com você para conversar sobre os serviços de saúde que você precisa e deseja. Juntos, você e sua equipe de cuidadores estabelecerá o seu plano de cuidados.

Todos os anos, sua equipe de cuidadores trabalhará com você para atualizar seu plano de cuidado se os serviços de saúde que você precisa e deseja, mudarem.

H. O plano de prêmio mensal de Neighborhood INTEGRITY

Neighborhood INTEGRITY não tem um prêmio de plano mensal.

I. O Manual do Membro

Este *Manual do Membro* faz parte de nosso contrato com você. Isto significa que temos de seguir todas as regras neste documento. Se você achar que fizemos algo contra essas regras, você poderá apelar ou desafiar nossa ação. Para ter informações sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9, a Seção 4, página 149, ou ligue o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Você pode solicitar um *Manual do Membro*, ligando dos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 às 20 horas, de segunda a sexta-feira; 8 às 12 horas no sábado. Você também pode se referir ao *Manual do Membro* no www.nhpri.org/INTEGRITY ou baixá-lo neste site.

O contrato está em vigor para os meses em que você estará inscrito na Neighborhood INTEGRITY.

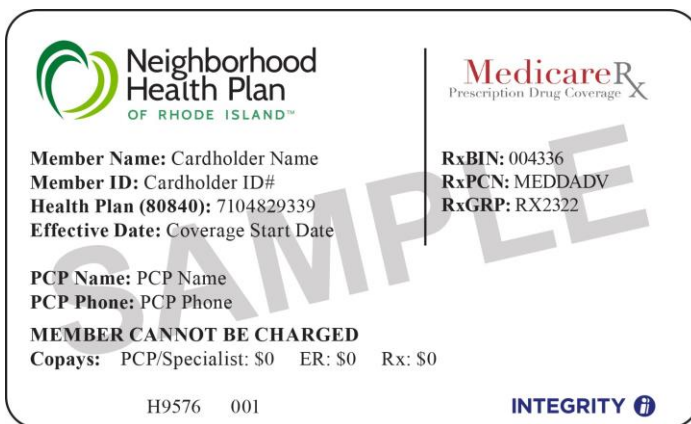
J. Outras informações que você terá de nos

Você já deve ter recebido um cartão de identificação de Membro da Neighborhood INTEGRITY, informações sobre como acessar o *Diretório dos Prestadores and das Farmácias*, uma lista de equipamentos médicos duráveis e informações sobre como acessar a *Lista de medicamentos cobertos*.

J1. Seu cartão de identificação de Membro de Neighborhood INTEGRITY

No quadro de nosso plano, você terá um cartão para seus serviços de Medicare e Medicaid, incluindo serviços de longo prazo, auxílio e prescrições. Você deve mostrar este cartão, quando você receber quaisquer serviços ou prescrições. Aqui está um exemplo de cartão para que você tenha uma ideia de como será o seu:

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Se seu cartão for danificado, perdido ou roubado, chame imediatamente os Serviços de atendimento aos Membros e lhe enviaremos um novo cartão.

Enquanto você for um membro de nosso plano, você não precisa usar seu cartão Medicare vermelho, branco e azul ou seu cartão Medicaid para receber os serviços. Guarde seu cartão Medicare num lugar seguro, em caso de você precisá-lo mais tarde. **Você precisará ainda usar seu cartão Medicaid para o transporte e os serviços odontológicos.** Se você mostrar seu cartão Medicare em vez do seu cartão de identificação de membro de Neighborhood INTEGRITY, o prestador pode cobrar Medicare em vez de nosso plano, e você poderá receber uma fatura. Consulte o Capítulo 7, a Seção A, página 123 para ver o que fazer se você receber uma fatura de um prestador.

12. Diretório dos Prestadores e das Farmácias

O *Diretório dos Prestadores e das Farmácias* lista os provedores e as farmácias na rede de Neighborhood INTEGRITY. Enquanto você for um membro de nosso plano, você deve passar pelos prestadores da rede para obter serviços cobertos. Existem algumas exceções a primeira vez que você adere a nosso plano (ver página 32).

Você pode pedir um *Diretório dos Provedores e das Farmácias* ligando aos Serviços dos Membros no 1-844-8126896. Você pode também consultar o *Diretório dos Prestadores e das Farmácias* na www.nhpri.org/INTEGRITY ou baixá-lo do site.

O nosso Diretório dos Prestadores e das Farmácias fornece uma lista de todos os provedores e todas as farmácias de nossa rede.

Ambos os Serviços de atendimento aos Membros e o site podem-lhe dar as informações mais atualizadas sobre as alterações na rede de prestadores e farmácias.

Definição de prestadores da rede

- Os prestadores da rede de Neighborhood INTEGRITY incluem:
 - Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que você pode consultar como membro de nosso plano;

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Clínicas, hospitais, consultórios e outros locais que prestam serviços de saúde em nosso plano; e
- Agências de saúde domiciliar, auxílio de longo prazo e serviços (LTSS), fornecedores de equipamentos médicos duráveis e outros que fornecem bens e serviços que você consegue através de Medicare e Medicaid.

Os prestadores da rede concordaram em aceitar o pagamento de nosso plano de serviços cobertos como pagamento integral. Se você for ou tornar-se elegível para assistência e serviços de longo prazo, pode ter de compartilhar ao custo desses serviços. Esse montante é determinado por Medicaid de Rhode Island.

Definição de farmácias de rede

- Farmácias da rede são farmácias (medicaçõarias) que concordaram em encher as receitas de nossos membros do plano. Use o *Diretório dos Prestadores e das Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que você deseja utilizar.
- Exceto em case de emergência, você *deve* encher suas prescrições em uma das nossas farmácias da rede se você quiser o nosso plano ajudá-lo a pagar por eles.

Chame os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 para obter mais informações. Ambos os Serviços de atendimento aos Membros e o site de Neighborhood INTEGRITY podem-lhe dar as informações mais atualizadas sobre as alterações na nossa rede de prestadores e farmácias.

Lista de Equipamentos Médicos Duráveis (DME)

Com este *Manual do Membro*, lhe enviamos a Lista de Equipamentos Médicos Duráveis de Neighborhood INTEGRITY. Esta lista lhe indica as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente das marcas, dos fabricantes e fornecedores está também disponível em nosso site no www.nhpri.org/INTEGRITY. Veja o Capítulo 4, para aprender mais sobre os DME.

J3. Lista dos Remédios Cobertos

O plano tem uma *Lista de Remédios Cobertos* Chamamo-la de "Lista de Remédios". Indica quais remédios de prescrição são cobertos pela Neighborhood INTEGRITY.

A Lista de Medicamentos também informa-nos se existem regras ou restrições sobre quaisquer medicamentos, como um limite do valor que você pode conseguir. Consulte o Capítulo 5, a Seção C, página 106 para mais informações sobre essas regras e restrições.

A cada ano, enviaremos informações sobre como acessar a Lista de Medicamentos, mas algumas mudanças podem ocorrer durante o ano. Para ter informações mais atualizadas sobre quais

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

medicamentos são cobertos, visite www.nhpri.org/INTEGRITY ou ligue o 1-844-812-6896 (TTY 711).

J4. A Explicação dos Benefícios

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

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

Uma *Explicação de Benefícios* está também disponível quando você pedir uma. Para pedir uma cópia, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros.

Você tem a opção de receber sua Explicação de Benefícios Parte B eletronicamente. Essa fornece as mesmas informações e no mesmo formato de papel que a Explicação dos Benefícios você vai receber esses dias. Para receber uma Explicação de Benefícios sem papel, acesse o site, na www.caremark.com para se cadastrar. Você receberá uma notificação por email quando tiver uma nova Explicação de Benefícios para visualizar. Tenha certeza de guardar esses relatórios. São importantes registros de suas despesas de remédios.

K. Como manter sua ficha de adesão em dia

Você pode manter sua ficha de adesão em dia, deixando-nos saber quando sua informação trocar.

Os prestadores e as farmácias na rede do plano precisam ter a informação certa sobre você. **Eles usam o seu registro de membro para saber quais serviços e medicamentos você está a receber e o quanto vai custar.** Devido a isso, é muito importante que você nos ajude a manter as suas informações atualizadas.

Por favor, deixe-nos saber os seguintes detalhes:

- Alterações no seu nome, seu endereço ou seu número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde, tais como seu empregador, seu cônjuge empregador ou compensação dos trabalhadores
- Qualquer reclamação de responsabilidade, tais como declarações de acidente de viação
- Admissão a um lar de idosos ou hospital

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Cuidados num hospital ou numa sala de emergência de fora-da-área ou fora-da-rede
- Alterações de quem seu cuidador (ou alguém responsável por você) é
- Você faz parte ou vai fazer parte de um estudo de pesquisa clínica

Se tiver qualquer alteração de informações, por favor deixe-nos saber, chamando os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896, das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.

K1. Privacidade das informações pessoais de saúde (PHI).

As informações na sua ficha de adesão podem incluir informações pessoais de saúde (PHI). As leis exigem que mantenhamos sua PHI privada. Seguramo-nos que seu PHI está protegido. Para mais informações sobre como proteger seu PHI, consulte o Capítulo 8, a Seção D, página 133.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 2: Números de telefone e recursos importantes

Introdução

Este capítulo lhe fornece informações de contato sobre recursos importantes que podem ajudá-lo a responder suas perguntas sobre a Neighborhood INTEGRITY e seus benefícios de cuidado médico. Você também pode utilizar este capítulo para conseguir informações sobre como entrar em contato com seu cuidador de saúde e com outras pessoas que podem advogar em seu nome. Os termos-chave e as suas definições aparecem no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Como contactar os Serviços de atendimento aos Membros da Neighborhood INTEGRITY.....	16
A1. Quando entrar em contato com os Serviços de atendimento aos Membros.....	16
B. Como entrar em contato com seu Gestor de Caso.....	19
B1. Quando entrar em contato com seu Gestor de Caso.....	19
C. Como entrar em contato com o a Linha de chamada das Enfermeiras (Nurse Advice Call Line)	20
C1. Quando entrar em contato com o a Linha de chamada das Enfermeiras	20
D. Como entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental (Behavioral Health Crisis Line).....	21
D1. Como entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental	21
E. Como entrar em contato com o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP - State Health Insurance Assistance Program)	22
E1. Quando falar com um conselheiro de SHIP.....	22
F. Como entrar em contato com a Organização de Melhoria de Qualidade (Quality Improvement Organization - QIO)	23
F1. Quando contatar a KEPRO.....	23
G. Como entrar em contato com Medicare	24
H. Como entrar em contactar com Medicaid	25
I. Como entrar em contatar o Defensor de cuidados de saúde RIPIN (Healthcaredvocate).....	26

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

J. Como entrar em contato com a Aliança para Melhoria de Cuidado de Longo Prazo (Alliance for Better Long Term Care)	27
K. Outros recursos	28

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Como entrar em contacto com os Serviços de atendimento aos Membros de Neighborhood INTEGRITY

LIGAR	1-844-812-6896 esta chamada é gratuita. Das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Temos serviços gratuitos de intérprete para pessoas que não falam inglês.
TTY	711 A 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 chamá-lo. Das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITE	http://www.nhpri.org/INTEGRITY

A1. Quando entrar em contato com os Serviços de Atendimento aos Membros

- Perguntas sobre o plano
- Perguntas sobre reclamações, faturamento ou cartões de identificação de membros
- Decisões de cobertura relativo aos seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre sua assistência médica é uma decisão acerca de:
 - seus benefícios e serviços cobertos, **ou**
 - o montante que vamos pagar por seus serviços de saúde.
 - Ligue para nós se tiver dúvidas sobre uma decisão de cobertura sobre os cuidados de saúde.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, a Seção 4, página 149.

Apelos sobre seus cuidados de saúde

- Um apelo é uma maneira formal de pedir-nos de rever uma decisão de cobertura que fizemos, e solicitar-nos de alterá-la em caso você achar que tivemos cometido um erro.
- Para saber mais sobre como apelar, consulte o Capítulo 9, a Seção 4, página 149.
- Reclamações relativo a seu cuidado de saúde
 - Você pode fazer uma reivindicação sobre nós ou qualquer prestador (incluindo um prestador da rede ou de fora-da-rede). Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Você pode também fazer uma reclamação conosco sobre a qualidade dos cuidados que você recebeu ou com a Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization) (veja a Seção F abaixo, na página 24).
 - Se a sua reclamação for sobre uma decisão de cobertura dos seus cuidados de saúde, você pode fazer uma apelação (Veja a Seção acima na página 16).
 - Você pode enviar uma reclamação sobre a Neighborhood INTEGRITY diretamente a Medicare. Você pode usar um formulário on-line no <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Ou você pode chamar 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, a Seção 10, página 196.
- Decisões de cobertura relativo aos seus cuidados de saúde
 - Uma decisão de cobertura sobre sua assistência médica é uma decisão acerca de:
 - seus benefícios e serviços cobertos, ou
 - o montante que pagaremos para seus remédios.
 - Isso se aplica a sua Parte D de medicamentos, remédios de prescrição de Medicaid e remédios no balcão de Medicaid.
 - Para mais informações sobre decisões de cobertura relativo aos seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, a Seção 5 e a Seção 6 nas páginas 153 e 167.
- Apelos sobre os seus remédios
 - Um apelo é uma maneira de pedir-nos de mudar uma decisão de cobertura.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para solicitar um apelo a Medicaid ou Parte D (remédios de prescrição), ligue aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711) das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira;
Das 08:00 às 12:00 no sábado. Os medicamentos que não fazem dos remédios da Parte D são codificados como "DP" na nossa Lista de Remédios. Estes são remédios de Medicaid.
- Para mais informações sobre decisões de cobertura dos seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, a Seção 5 e a Seção 6 nas páginas 153 e 167.
- Reclamações sobre seus medicamentos
 - Você pode fazer uma reclamação sobre nós ou qualquer farmácia. Isso inclui uma queixa sobre seus remédios de prescrição.
 - Se sua reclamação for relativo a uma decisão de cobertura sobre seus medicamentos de prescrição, você pode fazer um apelo. (Veja a Seção acima na página 16).
 - Você pode enviar uma reclamação sobre Neighborhood INTEGRITY diretamente a Medicare. Você pode usar um formulário on-line <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Ou você pode chamar 1800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ajuda.
 - Para mais informações sobre como fazer uma reclamação acerca dos seus medicamentos prescritos, consulte o Capítulo 9, a Seção 10, página 197.
- Pagamento de cuidados de saúde ou medicamentos que você já pagou
 - Para mais informações sobre como nos pedir um reembolso, ou de pagar uma conta que você recebeu, veja o Capítulo 7, a Seção A, página 123.
 - Se você pedirmos-nos de pagar uma conta e negarmos qualquer parte de seu pedido, você pode apelar a nossa decisão. Consulte o capítulo 9, a Seção 5.5, página 153 para mais informações sobre os apelos.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B. Como entrar em contato com seu Gestor de Caso

Se você quiser, você terá um Gestor de Caso para ajudar a coordenar seus cuidados. Para solicitar um Gestor de

Caso, entrar em contato com seu Gestor de Caso atual ou mudar de Gestor de Caso, ligue aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.

TTY	711 A chamada é gratuita. Este número é para pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo. Das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917
SITE	http://www.nhpri.org/INTEGRITY

B1. Quando entrar em contato com seu Gestor de Caso

- Perguntas sobre seu cuidado de saúde
- Perguntas sobre como receber serviços de saúde comportamental, transporte e serviços de longo prazo e assistência (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 Assistência (LTSS) em suas casas. O LTSS é uma variedade de serviços e apoios que ajudam as pessoas idosas e as pessoas com deficiência a atender diariamente suas necessidades de assistência e melhorar a qualidade de suas vidas para que possam permanecer em segurança na comunidade.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

- Cuidados de enfermagem qualificados
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia da fala (ortofonia)
- Serviços médicos sociais
- Assistência Médica em Casa
- Modificações ambientais ou em casa

C. Como entrar em contato com o a Linha de chamada das Enfermeiras (Nurse Advice Call Line)

Uma linha de aconselhamento por enfermeiras está disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana. As enfermeiras podem lhe ajudar a decidir do melhor lugar de cuidado para você ir, como seu médico, atendimento de urgência ou sala de emergência. Elas podem também ajudar a responder a perguntas sobre suas preocupações de saúde, perguntas acerca de medicamentos, e o que você pode fazer em casa para cuidar da sua saúde.

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

C1. Quando entrar em contato com o a Linha de chamada das Enfermeiras

- Perguntas sobre seu cuidado de saúde

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Como entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental (Behavioral Health Crisis Line)

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

LIGAR	1-401-443-5995 Esta chamada é gratuita. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano. 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 chamá-lo. Disponível 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano.

D1. Como entrar em contato com a Linha de Crise de Saúde Comportamental

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Como entrar em contato com o Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (SHIP - State Health Insurance Assistance Program)

O Programa de assistência de seguro de saúde do Estado (SHIP) providencia seguro de saúde gratuito, aconselhamento às pessoas com Medicare. Em Rhode Island, você pode conseguir uma referência a um conselheiro de SHIP, chamando The POINT.

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

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

E1. Quando falar com um conselheiro de SHIP

- Perguntas sobre o seu seguro de saúde Medicare
 - Os conselheiros de SHIP podem responder às suas perguntas sobre a mudança para um novo plano e podem ajudá-lo a:
 - entender seus direitos,
 - entender suas escolhas de plano
 - fazer denúncias sobre seus cuidados de saúde ou tratamento, e
 - concertar problemas acerca suas contas.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F. Como entrar em contato com a Organização de Melhoria de Qualidade (Quality Improvement Organization - QIO)

Nosso estado tem uma organização chamada a KEPRO. Este é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que ajudam a melhorar a qualidade do atendimento as pessoas com Medicare. A KEPRO não está conectada a nosso plano.

LIGAR	o 1-888-319-8452 Das 09:00 às 05:00, de segunda a sexta-feira; das 11:00 às 15:00 nos sábados. domingos e feriados. Uma gravação de voz está disponível 24 horas por dia.
TTY	1-855-843-4776 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
CORREIO	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITE	https://www.keproqio.com/

F1. Quando contatar 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 estiver terminando muito cedo, **ou**
 - achar que o seu cuidado domiciliar de saúde, o serviço de enfermagem especializado ou a Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) estiverem terminando muito cedo.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Como entrar em contato com Medicare

Medicare é o programa federal de seguro de saúde para pessoas de 65 anos de idade ou mais, alguns pessoas com menos de 65 anos com deficiência e pessoas em estágio final de doença renal (insuficiência renal permanente que exige diálise ou transplante de rim).

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

LIGAR	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) As chamadas para este número são gratuitas. 24 horas por dia, sete dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta chamada é gratuita. Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
SITE	http://www.medicare.gov Este é o site oficial de Medicare. Dá-lhe informação actualizada sobre Medicare. Há também informações sobre hospitais, lares de idosos, médicos, agências de saúde e instituições de diálise. Incluindo folhetos que você pode imprimir a partir do seu computador. Você também pode encontrar contactos de Medicare em seu estado, seleccionando "Formulários, Ajuda e Recursos" e, clicando em seguida nos "números de telefone e sites." O site de Medicare tem a ferramenta seguinte para ajudá-lo a encontrar planos na sua área: Localizador de plano Medicare: Fornece informações personalizadas sobre planos de remédios receitados de Medicare, planos de saúde de Medicare e apólices de Medigap (Seguro Suplementar de Medicare) na sua área. Selecione "Encontrar planos de saúde e medicamentos." Se você não tiver um computador, sua biblioteca local ou centro de idosos pode conseguir ajudá-lo a visitar este site usando seu computador. Ou, você pode ligar a Medicare no número indicado acima e dizer-lhes o que você está procurando. Eles encontrarão as informações no site, imprimi-las-ão e envia-las-ão para você.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H. Como entrar em contato com Rhode Island Medicaid

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

Você está cadastrado com Medicare e Medicaid. Se você tem perguntas sobre a ajuda que você receber de Medicaid, chame o Rhode Island Medicaid.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

I. Como entrar em contato o Defensor de saúde RIPIN (Healthcare Advocate)

O Defensor de saúde RIPIN trabalha como um advogado em seu nome. Eles podem responder as perguntas, se você tiver um problema ou reclamação e pode ajudá-lo a entender o que fazer. O Defensor de saúde RIPIN ajuda também as pessoas matriculadas no Rhode Island Integrated Care Initiative com serviço ou problemas de faturamento. Eles não estão ligados ao nosso plano ou a qualquer companhia de seguro ou plano de saúde. Seus serviços são gratuitos.

LIGAR	1-855-747-3224
TTY	711 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
CORREIO	1210 Pontiac Avenue Cranston, RI 02920
E-MAIL	HealthcareAdvocate@ripin.org
SITE	http://ripin.org/healthcareadvocate/

J. Como entrar em contato com a Aliança para a Melhoria do Cuidado de Longo Prazo (Alliance for Better Long Term Care)

A Aliança para a Melhoria de Cuidado de Longo Prazo é um programa de mediação que ajuda as pessoas a aprender sobre asilos e outras facilidades de cuidados de longo prazo. Esta ajuda também a resolver problemas entre essas facilidades e os residentes ou suas famílias.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. Outros recursos

Alinha de informação do Departamento de Serviços Humanos (DHS - Department of Human Services) fornece informações gerais sobre o Programa Suplementar de Assistência Nutricional (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) (anteriormente conhecido como Food Stamps), Assistência Pública Geral e outros programas da agência.

LIGAR	1-855-697-4347 08:30 – 16:00, de segunda a sexta-feira
TTY	TTY 711 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
SITE	http://www.DHS.ri.gov/DHSOffices/index.php

O **Rhode Island Department of Elderly Affairs** (Departamento de Assuntos dos Idosos de Rhode Island) ajuda a fornecer informações aos idosos, as famílias e os cuidadores de Rhode Island. Alguns programas e serviços incluem mas não são limitados ao processo de gestão, à assistência ao aquecimento, assistência jurídica, aos Serviços de Longo Prazo e Assistência (LTSS), e às denúncias de abuso de idosos .

LIGAR	1-401-462-3000 das 08:30 às 16:00, de segunda a sexta-feira
TTY	TTY 1-401-462-0740 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
CORREIO	Louis Pasteur Building, 2 nd Floor 25 Howard Avenue Cranston, RI 02920
SITE	http://www.dea.ri.gov

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O **Rhode Island Disability Law Cente (RIDLC)**- Centro de Lei acerca de Deficiência de Rhode Island) é um escritório de advocacia independente sem fins lucrativos chamado de Rhode Island's Federal Protection and Advocacy System (Sistema de Proteção e Defensoria Federal de Rhode Island). Eles ajudam a fornecer assistência jurídica gratuita as pessoas com deficiências.

LIGAR	1-401-831-3150 09:00 – 17:00, de segunda a sexta-feira
TTY	TTY 1-401-831-5335 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
CORREIO	275 Westminster Street, Suite 401 Providence, RI 02903
SITE	https://www.ridlc.org
E-MAIL	info@ridlc.org

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

LIGAR	1-401-521-2255 24 horas por dia, 7 dias por semana
TTY	TTY 711 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
CORREIO	160 Broad Street Providence, RI 02903
SITE	https://www.crossroadsri.org

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 3: Utilizando a cobertura do plano para a sua saúde e outros serviços

Introdução

Este capítulo tem termos e regras específicos que você precisa saber para conseguir cuidados de saúde e outros serviços cobertos com a Neighborhood INTEGRITY. Esse informa-lhe também sobre seu Gestor de Caso, como conseguir cuidados de diferentes tipos de prestadores e sob certas circunstâncias especiais (incluindo provedores ou farmácias de fora-da-rede), o que fazer quando você for faturado diretamente para os serviços abrangidos por nosso plano e as regras de posse dos Equipamentos Médicos Duráveis (DME - Durable Medical Equipment). Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Informações sobre "serviços", "serviços cobertos," "prestadores" e "prestadores da rede".....	33
B. Regras para receber os seus cuidados de saúde, saúde comportamental e serviços de longo prazo e assistência (LTSS) cobertos pelo plano	33
C. Informações acerca do Gestor de Caso	35
C1. O que é um Gestor de Caso	35
C2. Como você pode entrar em contato com o seu Gestor de Caso	35
C3. Como você pode entrar em contato com o seu Gestor de Caso.....	35
D. Atendimento dos prestadores de cuidados de saúde primários, especialistas, outros prestadores da rede e de fora-da-rede.....	35
D1. Atendimento dum prestador de cuidado de saúde primario	35
D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	37
D3. O que fazer quando um prestador deixar nosso plano	37
D4. Como receber cuidados de prestadores de fora-da-rede	38
E. Como receber serviços de longo prazo e assistência (LTSS)	38
F. Como receber serviços de saúde comportamental	39

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Como receber cuidados auto-dirigidos	40
G1. Que são os cuidados auto-dirigidos	40
G2. Quem pode receber cuidados auto-dirigidos	40
G3. Como receber ajuda em conseguir prestadores de cuidados pessoais	40
H. Como ter acesso aos serviços de transportes	40
I. Como receber serviços cobertos quando você tiver uma necessidade urgente ou de emergência médica para um cuidado de saúde, ou durante um desastre	41
I1. Cuidado de saúde quando você tiver uma emergência médica	41
I2. Precisando urgentemente de cuidados de saúde	43
I3. Cuidado de saúde, ou durante um desastre	44
J. O que fazer se você for diretamente faturado por os serviços abrangidos de nosso plano	44
J1. O que fazer se os serviços não forem cobertos pelo nosso plano	44
K. Cobertura de serviços de saúde quando você participar num estudo de pesquisa clínica	45
K1. Definição de um estudo de pesquisa clínica	45
K2. Pagamento dos serviços quando você participar num estudo de pesquisa clínica	46
K3. Aprender mais sobre os estudos de pesquisa clínica	46
L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando você conseguir cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos?.....	46
L1. Definição de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos.....	46
L2. Recebendo cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos	47
M. Equipamentos médicos duráveis (DME - Durable Medical Equipment)	43
M1. O DME como um membro de nosso plano	47
M2. Aproveitamento de DME quando você passar a Original Medicare ou Medicare Advantage .	47

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Os serviços são cuidados de saúde, serviços de longo prazo e assistência (LTSS), suprimentos, saúde comportamental, medicamentos de prescrição e sem receita, equipamentos e outros serviços. Os serviços cobertos são qualquer um desses serviços que o nosso plano pagar. Os cuidados de saúde e serviços de longo prazo cobertos e assistência estão listados na tabela de benefícios, no Capítulo 4, na a Seção D, página 51.

Os prestadores são médicos, enfermeiras e outras pessoas que lhe dão os cuidados e serviços. O termo prestadores inclui também hospitais, agências de saúde, clínicas e outros lugares que dão serviços de saúde, equipamentos médicos e serviços de longo prazo e assistência.

Os Prestadores da rede são prestadores que trabalham com o plano de saúde. Esses prestadores concordaram em aceitar nosso pagamento como pagamento total. Os prestadores da rede nos cobram diretamente para os cuidados que lhe prestem. Quando você ver um prestador da rede, geralmente você não pague nada dos serviços cobertos. No entanto, se você for ou tornar-se elegível para serviços de longo prazo e assistência, poderia ter de compartilhar ao custo desses serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid.

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

A Neighborhood INTEGRITY abrange todos os serviços cobertos por Medicare e a maioria dos serviços cobertos por Rhode Island Medicaid. Isto inclui a saúde comportamental e os serviços de longo prazo e assistência. No entanto, certos benefícios de Medicaid serão ainda cobertos através de Rhode Island Medicaid, tais como seus serviços dentários e transporte. Podemos lhe ajudar a conseguir esses serviços.

A Neighborhood INTEGRITY pagará geralmente pelos cuidados de saúde e serviços que você receba se você seguir as regras do plano. Os cuidados e serviços devem ser abrangidos pelo nosso plano:

- Os cuidados que você receba devem constituir um **benefício do plano**. Isso quer dizer que deve ser incluído na tabela dos benefícios do plano. (A tabela está no Capítulo 4, na a Seção D, página 51 deste manual).
- O cuidado deve ser **medicamente necessário**. Medicamente necessário quer dizer que você precise de serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição de

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

saúde, evitar uma condição de saúde de piorar, ou para manter seu estado de saúde atual. Isso inclui cuidado que pode impedi-lo de entrar num hospital ou lar de idosos. Significa também os serviços, suprimentos, ou remédios padrões aceitos na prática médica.

- Você deve ter um prestador **de cuidados primários da rede (PCP - Primary Care Provider)** quem ordenou o cuidado ou lhe disse de ver um outro provedor. Como um membro do plano, você deve escolher um prestador da rede para ser seu PCP.
 - Você não precisa de uma referência do seu PCP para atendimento de emergência, cuidados urgentes, cuidados de saúde comportamental, ou falar com o prestador de saúde da mulher. Você pode receber outros tipos de cuidados sem ter uma referência do seu PCP. Para saber mais sobre isso, consulte a página 120.
 - Para saber mais sobre como escolher um PCP, consulte a página 33.
 - **Nota:** Pelo menos nos primeiros 6 meses que você estiver cadastrado no nosso plano, você poderá continuar a ver seus prestadores atuais, sem nenhum custo, se eles não fizerem parte da nossa rede. Isso é conhecido como uma continuidade do período de cuidados. Durante os primeiros 6 meses que você estiver cadastrado no nosso plano, nosso Gestor de Caso entrará em contato para ajudá-lo a encontrar os prestadores de nossa rede. Após do período de continuidade de cuidados terminar, deixaremos de cobrir seus cuidados caso você continuar a ver prestadores de fora-da-rede.
- **Você deve receber seu cuidado dos prestadores da rede.** Geralmente, o plano não cobrirá cuidados dum provedor que não opere com o plano de saúde. Aqui estão alguns casos quando esta regra não aplicar-se:
 - O plano abrange cuidados de emergência ou urgentes de um prestador de fora-da-rede. Para saber mais e ver o que significa cuidados de emergência ou urgentes, consulte a Seção I, página 41.
 - Se você precisar de cuidados que nosso plano cubra e nossos provedores da rede não poderem dar-lhe, você pode conseguir os cuidados dum provedor de fora-da-rede. Seu provedor deve apresentar uma autorização prévia e obter a aprovação de Neighborhood antes de você receber o serviço. Nesta situação, obriremos o cuidado sem nenhum custo para você. Para saber como obter a aprovação para ver um prestador de fora-da-rede, consulte a Seção D, página 37.
 - O plano abrange serviços de diálise renal quando você estiver fora da área de serviço do plano durante um curto prazo. Você pode receber esses serviços numa facilidade de diálise certificada por Medicare.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Quando você aderir ao plano pela primeira vez, você poderá continuar a ver os prestadores que você veja agora durante os primeiros 6 meses ou o seu plano de cuidados; o que for mais cumprido.
- Serviços de planejamento familiar estão disponíveis para você com qualquer prestador. Você não precisa de autorização para esses serviços.

C. Informações acerca do seu Gestor de Caso

C1. O que é um Gestor de Caso

- Um Gestor de Caso é um profissional de saúde licenciado, pode ser uma enfermeira registrada (RN) ou uma assistente social que ajuda-lhe a gerenciar todos os seus prestadores e serviços. Ele ou ela trabalha com sua equipe de cuidadores a fim de assegurar-se que você está a receber os cuidados que você precisa.

C2. Como você pode entrar em contato com o seu Gestor de Caso

- Você pode contatar seu Gestor de Caso chamando o 1-844-812-6896 (TTY 711) entre às 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Essa ligação é gratuita.

C3. Como você pode trocar seu Gestor de Caso.

- Você pode trocar seu Gestor de Caso em qualquer momento, chamando o 1-844-812-6896 (TTY 711) entre às 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Essa ligação é gratuita.

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

D1. Atendimento de um prestador de cuidados de saúde primários

Você deve escolher um prestador de cuidados de saúde primários (PCP - Primary Care Provider) para providenciar e gerenciar seus cuidados.

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

Seu prestador de cuidados de saúde primários (PCP) é seu principal provedor e será responsável por proporcionar muitos de seus serviços de cuidado primário e preventivo. O PCP será uma parte de sua equipe de cuidadores. O PCP ajudá-lo-á:

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Desenvolver seu plano de cuidados,
- Determinar suas necessidades de cuidados,
- Recomendar ou solicitar muitos dos serviços e itens que você precisa,
- Conseguir as autorizações prévias da sua equipe de cuidadores ou Neighborhood INTEGRITY conforme for necessário, e
- Coordenar seus cuidados.

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

- Prática de Família
- Medicina Interna
- Prática Geral
- Geriatria ○Ginecologia
- Enfermeira de clínica certificada (CNP - Certified Nurse Practitioner)
- Assistente Médico (PA - Physician Assistant)
- Enfermeira Parteira Certificada

Você não pode selecionar uma clínica (RHC ou FQHC) como seu provedor de cuidados primários, mas se o prestador selecionado trabalhar numa clínica e cumprir os critérios, esse prestador poderá ser seu provedor de cuidados primários.

Sua escolha de um PCP

Você pode escolher qualquer provedor de cuidados primários em nossa rede que estiver a aceitar novos pacientes. Você pode encontrar uma lista dos prestadores participantes em nosso site no www.nhpri.org/INTEGRITY. Por favor, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros se precisar de ajuda para encontrar um PCP participante em sua área.

Se você tiver já escolhido um PCP e esse provedor não estiver listado no seu cartão de identificação de membro, por favor chame os Serviços de atendimento aos Membros requerendo que isto seja alterado, ligando o 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00 de segunda - sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Esta chamada é gratuita.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Opção para mudar seu PCP

Você pode trocar seu PCP por qualquer motivo, a qualquer momento ao longo do ano. Além disso, é possível que seu PCP tem saído da rede de nosso plano. Podemos ajudá-lo a encontrar um novo PCP se aquele que você tem agora, saiu da nossa rede.

Se você quiser trocar de PCP, ligue aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 às 20 horas de segunda a sexta-feira; das 8 às 12 horas no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido de deixar uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Essa ligação é gratuita.

Trocaremos seu PCP a partir da data do pedido e enviá-lo-á um novo cartão de identificação de membro para você.

D2. Cuidados de especialistas e outros prestadores da rede

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

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

É muito importante falar com seu PCP antes de consultar com um especialista. A Neighborhood não exige que você tenha uma referência para ver um especialista. No entanto, você deve manter seu PCP e seu Gestor de Caso informados de qualquer mudança na sua saúde.

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

Sua escolha de PCP não limite você a certos especialistas ou hospitais.

Se você precisar de ajuda a encontrar um especialista você pode pedir seu PCP ou visitar nosso site www.nhpri.org/INTEGRITY para ver o nosso Diretório dos Prestadores e das Farmácias. Se você precisar ajuda você pode ligar aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Essa chamada é gratuita.

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

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Embora nossa rede de prestadores possa trocar ao longo do ano, devemos lhe proporcionar acesso ininterrupto aos cuidados numa ampla rede de provedores qualificados.
- Faremos um esforço de boa fé para dar-lhe antecedência de pelo menos 30 dias, para que você tenha tempo de selecionar um novo prestador.
- Ajudá-lo-emos a selecionar um novo provedor qualificado a fim de continuar a gerenciar as suas necessidades de cuidados de saúde.
- Se você estiver sob tratamento médico, você tem o direito de solicitar e trabalharemos com você para assegurar que você está a receber o tratamento médico necessário sem interrupção.
- Se você acreditar que a gente não substituiu seu prestador anterior com um provedor qualificado ou que seu cuidado esteja inadequadamente gerenciado, você tem o direito de queixar-se ou apelar (veja o Capítulo 9 para informações sobre registrar queixas e apelos).

Se você descobrir que um dos seus prestadores estiver deixando nosso plano, por favor contate-nos para que o ajudemos a encontrar um novo provedor e gerenciar os seus cuidados. Por favor, chame os Serviços do membro ao 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8:00 às 20:00, de segunda – sexta-feira; das 8:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Essa chamada é gratuita.

D4. Como receber cuidados de prestadores de fora-da-rede

Se um especialista não for em nossa rede, seu PCP ou outro prestador de cuidados de saúde será responsável de entrar em contato conosco para conseguir a autorização de sua consulta com um especialista de fora-da-rede. Nossa equipe de profissionais de cuidados de saúde analisará todos os pedidos de autorização prévia. Se o serviço não estiver disponível dentro da rede do nosso plano, seu pedido será aprovado. Pode existir certas limitações para a aprovação, tais como o número de visitas. Se os serviços de especialista estivessem disponíveis dentro da rede de nosso plano, o pedido dos serviços poderia ser negado. Você tem sempre o direito de apelar.

Se você consultar um prestador de fora-da-rede, o provedor deve ser qualificado a participar em Medicare e/ou Medicaid.

- Não podemos pagar um prestador que não seja elegível para participar em Medicare ou Medicaid.
- Se você for a um prestador que não seja elegível para participar em Medicare e / ou Medicaid, deverá pagar o custo total dos serviços recebidos.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Os prestadores devem lhe informar se não estiverem elegíveis para participar em Medicare e/ou Medicaid.

E. Como conseguir os serviços de longo prazo e assistência (LTSS)

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

Os serviços disponíveis incluem:

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

Se precisar de ajuda com a obtenção desses serviços, contacte o seu Gestor de Caso que ajudá-lo-á no processo para determinar se você satisfazer a elegibilidade de cuidado de longo prazo de Rhode Island Medicaid. Para entrar em contato com seu Gestor de Caso, ligue aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00 de segunda - sexta-feira;

Das 08:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Essa chamada é gratuita.

F. Como receber serviços de saúde comportamental

Os serviços de saúde comportamental estão disponíveis para todos os membros da Neighborhood INTEGRITY. Os serviços de saúde mental e uso de substâncias são chamados serviços de saúde comportamental. Optum™ é o benefício de saúde comportamental e o gerenciador da rede de Neighborhood Health Plan de Rhode Island.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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

- Se você tiver um problema de saúde comportamental ou crise, chame a linha de Crise de Saúde Comportamental (Behavioral Health Crisis Line) no 1-401-4435995 (TTY 711) 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os Membros de TTY chamem o 711. Essa chamada é gratuita.

G. Como receber os cuidados auto-dirigidos

G1. O que são os cuidados auto-dirigidos

- A opção de contratar seus próprios assistentes de cuidados pessoais (PCA) é conhecido como cuidados auto-dirigidos. Se você escolher de auto-dirigir seus cuidados, você ou o seu representante seriam responsáveis do recrutamento, da contratação, programação, do treinamento e, se for necessário, de demitir seu PCA. A Auto-direção dos serviços PCA é voluntária. Até que ponto os aderentes gostariam de auto-dirigir-se fica a escolha dos membros.

G2. Quem pode conseguir cuidados auto-dirigidos (por exemplo, se for limitado às comunidades isentas)

- Os membros que recebem serviços e apoios de longa duração (LTSS) têm a opção de receber cuidados auto-dirigidos.

Para cuidados auto-dirigidos, entre em contato com seu Gestor de Caso, ligue aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00 de segunda - sexta-feira; Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.

G3. Como receber ajuda em contratar prestadores de cuidados às pessoais

- O site de Trabalho Compensador (Rewarding Work) é um recurso on-line que ajuda os membros participantes aos cuidados auto-dirigidos a contratar prestadores de cuidados pessoais disponíveis. Para mais informações, por favor visite www.RewardingWork.org.

H. Como ter acesso aos serviços de transportes

Você pode ser elegível para um passe de autocarro RIPTA, a tarifa reduzida. Para receber um passe de autocarro a tarifa reduzida RIPTA, visite o escritório de identificação do RIPTA -

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Identification Office One Kennedy Plaza, Providence, RI 02903 ou o escritório de Atendimento ao Cliente do RIPTA - 705 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907. Ligue à RIPTA no 1-401-784-9500 para mais informações ou visite <https://www.ripta.com/reducedfareprogram>.

Se você for incapaz de usar um passe de autocarro RIPTA, Rhode Island Medicaid cobre o transporte não emergencial. Se você precisar de transporte não emergencial, ligue ao 1-855-330-9131 (TTY 1-866-288-3133) ou a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você pode perguntar para transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, sete dias por semana. O transporte para cuidados não urgentes deve ser marcado pelo menos dois dias úteis antes da sua visita.

Em casos de emergência, você deve ligar o 911 para transporte urgente para a sala de emergência ou hospital mais próximo.

I. Como receber serviços cobertos quando você tem uma necessidade urgente de cuidado ou de emergência médica ou durante um desastre

II. Cuidado de saúde quando você 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 atenção médica imediata, você ou qualquer pessoa com um conhecimento da saúde e medicina normal, poderia esperar resultar em:

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

O que fazer se você tiver uma emergência médica

Se você tiver uma emergência médica:

- **Peça ajuda o mais rápido possível.** Ligue ao 911 ou vá à sala de emergência ou ao hospital mais próximo. Chame uma ambulância se for necessário. Você *não* precisa de receber antes, uma aprovação ou referência do seu PCP.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Logo que possível, assegure-se de informar o nosso plano da sua emergência.** Precisamos dar seguimento aos seus cuidados de emergência. Você ou alguém deveria ligar-nos para nós informar sobre seus cuidados de emergência, normalmente dentro de 48 horas. No entanto, você não terá de pagar pelos serviços de emergência por causa de um atraso em informar-nos. Por favor, chame os Serviços de atendimento aos Membros ao 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8:00 às 20:00, de segunda – sexta-feira; das 8:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.

Serviços cobertos em caso de urgência médica

Você pode receber atendimento de emergência assim como você precisar, em qualquer lugar dos Estados Unidos ou os seus territórios. Se você precisar duma ambulância para chegar à sala de emergência, nosso plano cobre isso. Medicare, Rhode Island Medicaid e Neighborhood INTEGRITY não cobrem atendimento médico de emergência fora dos Estados Unidos e os seus territórios. Para saber mais, refira-se à Tabela dos Benefícios no Capítulo 4, a Seção D, página 51.

Se você tiver uma emergência, falaremos com os prestadores que lhe darem os cuidados emergenciais. Esses provedores nos dirão quando terminou sua emergência médica.

Apois a emergência acabar, você pode precisar de cuidados de acompanhamento para assegurar-se que você está melhor. Seus cuidados de acompanhamento serão cobertos pelo nosso plano. Se você receber atendimento emergencial de prestadores de fora-da-rede, tentaremos que os provedores da rede tomem conta dos seus cuidados o mais rápido possível.

O que fazer se você tiver uma emergência de saúde comportamental

Se você tiver um problema de saúde comportamental ou crise, chame a linha de crise de saúde comportamental no 1-401-4435995 (TTY 711) 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os Membros de TTY chamem 711. Essa chamada é gratuita.

Receber cuidados de emergência se não fosse uma emergência

Às vezes pode ser difícil saber se você tem uma emergência de saúde médica ou comportamental. Você pode até ir ao atendimento de emergência e o provedor dizer que não era realmente uma emergência. Enquanto você razoavelmente pensou que sua saúde estava em perigo grave, cobriremos seu cuidado.

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

- você ir num prestador da rede, **ou**

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- os cuidados adicionais forem considerados "cuidados urgentes" e você seguir as regras para receber este tratamento. (Veja a próxima a Seção).

I2. Precisando de cuidados urgentes

Definição de cuidados urgentes

Cuidado urgente é o cuidado que você receba para um mal súbito, ferimento, ou uma condição que não seja uma emergência, mas precise de cuidados imediatos. Por exemplo, você pode ter um surto duma condição existente e precisar de tê-la tratado.

Necessidade de cuidados urgentes quando você estiver na

área de serviço do plano Na maioria dos casos, cobriremos os cuidados urgentes apenas se:

- você receber esse cuidado dum prestador da rede, e
- você seguir as outras regras descritas neste capítulo.

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

Para acessar os serviços urgentes, você deveria ir ao centro de atendimento de cuidados urgentes o mais próximo que for aberto. Se você estiver procurando um atendimento urgente na nossa área de serviço, você deveria procurar no Diretório dos Prestadores e das Farmácias uma lista de centros de atendimento urgente dentro da rede de nosso plano.

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

Quando estiver fora da área de serviço do plano, você pode não estar em medida de receber o cuidado dum prestador da rede. Nesse caso, nosso plano cobrirá a necessidade de cuidados urgentes que você receba de qualquer provedor.

Nosso plano não cobre cuidados urgentes ou quaisquer outros cuidados de emergência ou de não-emergência que você receba fora dos Estados Unidos.

I3. Cuidado de saúde durante um desastre

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

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

Durante um desastre declarado, se você não conseguir uma consulta com um prestador da rede, nós lhe permitiremos receber cuidados de prestadores de fora-da-rede sem nenhum custo para você.

Se você não conseguir utilizar uma farmácia da rede durante um desastre declarado, você será em
Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

medida de encher seus medicamentos numa farmácia de fora-da-rede. Para mais informações, por favor consulte o Capítulo 5.

J. O que fazer se você for diretamente faturado para os serviços abrangidos por nosso plano

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

Você não deve pagar a conta você mesmo. Se o fizer, o plano pode não estar em medida de pagar você de volta.

Se você já pagou por seus serviços cobertos ou se você recebeu uma conta pelos serviços médicos cobertos, consulte o Capítulo 7, a Seção A, página 123, para saber o que fazer.

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

A Neighborhood INTEGRITY cobrirá todos os serviços:

- que forem medicamente necessários, e
- que estão listados na Tabela de Benefícios do plano (consulte o Capítulo 4, a Seção D, página 51), e
- que você receba seguindo as regras do plano.

Se você adquirir serviços que não sejam cobertos pelo nosso plano, **, você terá de pagar todo o custo você mesmo.**

Se você quiser saber se pagaremos por qualquer serviço médico ou cuidado, você tem o direito de perguntar-nos. Você tem também o direito de pedir isso por escrito. Se dissermos que não pagaremos por seus serviços, você tem o direito de recorrer a nossa decisão.

O Capítulo 9, a Seção 5.1, página 153 explica o que fazer se você quiser o plano cobrisse um item médico ou serviço. Também informá-lo como apelar uma decisão de cobertura do plano. Você também pode chamar os Serviços de atendimento aos Membros para saber mais sobre seus direitos de apelo.

Pagaremos por alguns serviços até um certo limite. Se você ultrapassar o limite, você terá de pagar o custo total para receber mais desse tipo de serviço. Chame os Serviços de atendimento aos Membros para saber quais são os limites e se você estiver perto de atingi-los.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K. Cobertura de serviços de saúde quando você fazer parte de um estudo de pesquisa clínica

K1. Definição dum estudo de pesquisa clínica

Um estudo de pesquisa clínica (também chamado um ensaio clínico) é uma forma para os médicos e outros provedores de testarem novos tipos de cuidados de saúde ou remédios. Eles pedem voluntários para ajudar com o estudo. Esse tipo de estudo ajuda os provedores a decidirem se um novo tipo de assistência médica ou medicamento funcionar e se for seguro.

Uma vez que Medicare aprovar um estudo você quer participar, alguém que trabalhe no estudo entrará em contato consigo. Essa pessoa informá-lo-á sobre o estudo e verá se você se qualificar para participar. Você pode fazer parte do estudo, desde que cumpra as condições requeridas. Também deverá entender e aceitar o que você deverá fazer para o estudo.

Enquanto você estiver no estudo, poderá ficar inscrito no nosso plano. Assim, você continuará a receber cuidado de nosso plano fora do contexto do estudo.

Se você quiser participar a um estudo de pesquisa clínica aprovado pelo Medicare, você *não* precisará receber aprovação de nós ou do seu prestador de cuidados primários. Os provedores que cuidarão de você no contexto do estudo *não* precisarão ser provedores da rede.

Você terá de informar-nos antes de começar a participar num estudo de pesquisa clínica.

Se você pretender fazer parte de um estudo de pesquisa clínica, você ou o seu Gestor de Caso deverá contactar os Serviços de atendimento aos Membros para que possamos saber que você participará num ensaio clínico.

K2. Pagamento dos serviços quando você estiver num estudo de pesquisa clínica

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

- Alojamento e refeições para uma hospitalização que Medicare pagaria mesmo se você não estiver num estudo.
- Uma operação ou outro procedimento médico que faz parte do estudo da pesquisa.
- Tratamento de qualquer efeito colateral e complicações do novo cuidado.

Se você fizer parte de um estudo que **não foi aprovado** por Medicare, você terá que pagar todos os custos por estar nesse estudo.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

K3. Aprender mais sobre os ensaios de pesquisa clínica

Você pode aprender mais sobre como participar a um estudo de pesquisa clínica lendo "Medicare & Clinical Research

Studies" no site de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-ClinicalResearch-Studies.pdf>). Você também pode chamar o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY devem chamar o 1-877-486-2048.

L. Como os seus serviços de cuidados de saúde são cobertos quando você receber atendimento 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 você receberia normalmente num hospital ou numa instituição de enfermagem especializada. Se receber tratamento num hospital ou numa clínica de enfermagem especializada, for contra suas crenças religiosas, cobriremos o atendimento numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos.

Você pode escolher de conseguir cuidados de saúde a qualquer momento, por qualquer motivo. Este benefício é apenas para os serviços de internamento de Medicare Parte A (serviços de saúde não-médicos). Medicare pagará somente pelos serviços de saúde não-médicos prestados pelas instituições religiosas de cuidados de saúde não-médicos.

L2. Receber atendimento numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos

Para receber atendimento numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos, você deverá assinar um documento legal que diz que você é contra receber um tratamento médico que "não for exceto".

- Um tratamento médico "não-exceto" quer dizer qualquer cuidado voluntário e não requerido por qualquer lei federal, estadual ou local.
- Um tratamento médico "exceto" quer dizer qualquer cuidado não voluntário e requerido por lei federal, estadual ou local.

Para ser abrangido por nosso plano, o atendimento que você receber numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos deverá satisfazer as condições seguintes:

- A facilidade, providenciando o cuidado deverá ser certificada por Medicare.
- A cobertura de nosso plano de serviços é limitada aos aspectos não-religiosos dos cuidados.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se você receber os serviços desta instituição que lhe serão fornecidos numa instituição, o seguinte deverá se aplicar:
 - Você deverá ter uma condição médica que lhe permita de receber serviços cobertos para cuidado hospitalar interno ou numa facilidade de enfermagem especializada.
 - Você deverá obter aprovação de nosso plano antes de ser admitido na facilidade senão a sua estadia não será coberta.

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

M. Equipamentos Médicos Duráveis (DME - Durable Medical Equipment)

M1. O DME como um membro de nosso plano

DME significa certos itens ordenados por um provedor para uso em sua própria casa. Exemplos desses itens são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso domiciliar, intravenosa (IV), bombas de infusão, dispositivos de geração de fala, equipamentos e suprimentos de oxigênio, nebulizadores e andadores.

Você será sempre o proprietário de certos itens, tais como as próteses.

Nesta a Seção, vamos abordar os DME você tem de alugar. Como um membro de Neighborhood INTEGRITY, normalmente você não será dono do DME, não importa quanto tempo está arrendando o item.

Em certas casos, transferiremos a propriedade do item DME para você. Chame os Serviços de atendimento aos Membros para saber mais sobre os requisitos que você deverá cumprir e os documentos que precisará providenciar.

M2. Posse do DME quando você trocar para Original Medicare ou Medicare Advantage

No programa Original Medicare, as pessoas que alugam certos tipos de DME os possuem depois de 13 meses. Num plano Advantage Medicare (Vantagem), o plano pode definir o número de meses que as pessoas devem alugar certos tipos de DME, antes que eles serem os donos.

Nota: Você pode encontrar as definições dos planos Original Medicare e Medicare Advantage no Capítulo 12.

Você pode também encontrar mais informações sobre estes no Manual *Medicare & Você 2019*. Se você não tiver uma cópia dessa brochura, consegue-o no site de Medicare

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

(<http://www.medicare.gov>) ou chamando o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY devem chamar o 1-877-486-2048.

Você terá de fazer 13 pagamentos sucessivos sob Original Medicare, ou você terá de fazer o número de pagamentos sucessivos definido por o plano Medicare Advantage, para possuir o item DME se:

- você não tomar posse do item DME enquanto você estava em nosso plano, e
- você sair de nosso plano e tem seus benefícios de Medicare fora de qualquer plano de saúde do programa Original Medicare ou do plano Medicare Advantage.

Se você fizer pagamentos por o item de DME sob Original Medicare ou um plano de Medicare Advantage antes de aderir ao nosso plano, **esses pagamentos aos planos Original Medicare ou Medicare Advantage não contarão pelos pagamentos que você precisa fazer depois de deixar nosso plano.**

- Você terá de fazer 13 pagamentos sucessivos sob o Original Medicare, ou um número de pagamentos sucessivos definido pelo plano Medicare Advantage, para possuir o item de DME se:
- Existir nenhuma exceção, quando você voltar ao Original Medicare ou ao plano de Medicare Advantage.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 4: Tabela de Benefícios

Introdução

Este capítulo trata dos serviços que a Neighborhood INTEGRITY cubra e quaisquer restrições ou limites nesses serviços. Informa-lhe também sobre os benefícios não cobertos pelo nosso plano. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Seus serviços cobertos	49
B. Regras contra provedores que cobrem por serviços	50
C. A Tabela de Benefícios de nosso plano	50
D. A Tabela de Benefícios	51
E. Benefícios cobertos fora da Neighborhood INTEGRITY	92
E1. Cuidado Paliativo a Doentes Terminais	93
E2. Serviços de odontologia	93
E3. Transporte não urgente	93
E4. Os Serviços residenciais para pessoas com deficiência intelectual e de desenvolvimento..	94
F. Benefícios não abrangidos pela Neighborhood INTEGRITY, Medicare, ou Rhode Island Medicaid	94

A. Seus serviços cobertos

Este capítulo informa-lhe quais são os serviços que a Neighborhood INTEGRITY cubra. Você também pode saber 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 você for ou tornar-se elegível para os serviços de longo prazo e assistência (LTSS), poderá ter de compartilhar ao custo desses serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid. Se você não estiver recebendo ou não for elegível para receber LTSS, você não pagará nada por seus serviços cobertos, desde que você seguir as regras do plano. Consulte o Capítulo 3, a Seção B, página 33 para detalhes sobre as regras do plano.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se precisar de ajuda para entender quais serviços são cobertos, chame seu Gestor de Caso e/ou os Serviços de atendimento aos Membros ao 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8:00 às 20:00, segunda – sexta-feira; das 8:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.

B. Regras contra provedores que cobrem por serviços

Não permitimos que os provedores de Neighborhood INTEGRITY cobrem por serviços cobertos. Pagamos nossos fornecedores diretamente, e protegê-lo de qualquer custo. Isto é certo mesmo se pagamos o prestador menos do que ele cubra por um serviço.

Você nunca deveria receber uma conta dum provedor pelos serviços cobertos. Se isso acontecer, consulte o Capítulo 7, a Seção A, página 123 ou ligue aos Serviços de atendimento aos Membros. A única exceção é se você estiver recebendo LTSS e Rhode Island Medicaid dizer que você terá de pagar por parte dos custos desses serviços.

C. A Tabela de Benefícios de nosso plano

A Tabela de benefícios indica-lhe quais são os serviços que o plano pague. Lista as categorias dos serviços em ordem alfabética e explica os serviços cobertos.

Pagaremos pelos serviços listados na Tabela de Benefícios enquanto as regras seguintes forem cumpridas. A menos que você estiver recebendo ou for elegível para receber os serviços de longo prazo e assistência (LTSS), você não pagará nada por os serviços listados na Tabela de Benefícios, enquanto você cumprir os requisitos de cobertura descritos abaixo. Se você for ou tornar-se elegível para os serviços de longo prazo e assistência (LTSS), pode ter de compartilhar ao custo desses serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid.

- Seus serviços cobertos pelo Medicare e Rhode Island Medicaid devem ser proporcionados de acordo com as regras estabelecidas por Medicare e Rhode Island Medicaid.
- Os serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, suprimentos, equipamentos e medicamentos) devem ser medicamente necessários. Medicamente necessário significa que você precise de serviços médicos, cirúrgicos ou outros serviços para prevenir, diagnosticar ou tratar uma condição médica ou manter seu estado de saúde atual. Isso inclui o cuidado que lhe mantenha longe dum hospital ou lar de idosos. Significa também os serviços, suprimentos, ou remédios padrões aceitos na prática médica. Medicamente necessário inclui os serviços para evitar que uma condição de saúde piorar.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Você deve receber seu cuidado dum prestador da rede. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde. Na maioria dos casos, o plano não pagará para o cuidado que você receba de um provedor de fora-da-rede. O Capítulo 3, a Seção B, página 33 contém mais informações sobre como usar os provedores da rede e de fora-da-rede.
- Você tem um prestador de cuidados de saúde primários (PCP) ou uma equipe de cuidadores que está a fornecer e gerenciar seus cuidados.
- Alguns dos serviços listados na Tabela de Benefícios são cobertos apenas se seu médico ou outro provedor da rede receber aprovação de nossa parte em primeiro lugar. Isto é chamado de autorização prévia. Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia são marcados na Tabela de Benefícios por um asterisco (*).
- Você vai ver esta 🍏 maçã ao lado de serviços preventivos, na Tabela de Benefícios.

D. A Tabela de Benefícios

Serviços que o nosso plano paga		O que você tem de pagar
	Triagem de aneurisma da aorte abdominal O plano pagará por um único exame de ultra-som para as pessoas em risco. O plano cobre apenas essa triagem, se você tiver certos fatores de risco e se for encaminhado pelo seu médico, assistente médico, enfermeira ou especialista clínico em enfermagem.	\$0
	Aborto * O plano não pagará por um aborto, exceto em casos de estupro ou incesto, ou se a gravidez ameaçar a vida da mãe. *Autorização prévia é requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Serviços de Dia para Adultos* O plano pagará por os 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 realçado. Alguns exemplos de serviços de dia para adultos são: • Atividades sociais e recreativas • Refeições • Enfermagem ou cuidado de ferimentos *Uma pré-autorização pode ser necessária.	\$0
	Abuso de álcool, triagem e aconselhamento O plano pagará para triagem de abuso de álcool. Se você tiver uma triagem positiva de abuso de álcool, o plano abrange as sessões de aconselhamento com um provedor qualificado ou médico.	\$0

os serviços que o nosso plano cobre		O que você tem de pagar
	Serviços de ambulância* Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de ambulância de asa fixa, asa rotativa e terrestre. A ambulância levá-lo-á ao local mais próximo que possa lhe atender. Sua condição deve ser suficientemente grave para que outras formas de levá-lo a um lugar de cuidados poderiam arriscar sua vida ou saúde. Serviços de ambulância para outros casos devem ser aprovados pelo plano. Em certos casos que não foram situações de emergência, o plano poderia pagar por uma ambulância. Sua condição deve ser suficientemente grave para que outras formas de levá-lo a um lugar de cuidados poderiam arriscar a sua vida ou saúde. * Uma autorização prévia pode ser necessária para o transporte de ambulância não emergencial.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Consulta anual de bem-estar O plano pagará por um check-up anual, uma vez a cada 12 meses. Isto é para constituir ou atualizar um plano de prevenção baseado em 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 por um provedor olhar e comentar os resultados.	\$0
	Triagem de câncer de mama (mamografias) O plano pagará por mamografias e exames clínicos de mama.	\$0

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Consultas de educação de risco de doença Cardiovascular (coração) (terapia para a doença cardíaca) O plano paga por visitas com o seu provedor de cuidados primários para ajudar a diminuir o risco de doenças cardíacas. Durante esta consulta, o seu provedor pode: • falar do uso da aspirina, • verificar a sua pressão arterial, ou • Lhe dar dicas para ter certeza que você está comendo bem.	\$0
	Teste de doença cardiovascular (coração) O plano paga por exames de sangue para verificar se tiverem doenças cardiovasculares. Esses exames de sangue verificam também os defeitos devidos ao risco alto de doença cardíaca.	\$0

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Plano de cuidados de terapias alternativas* O plano pagará por serviços que sua Equipe de Cuidadores identificou em seu plano de cuidados individuais. Alguns exemplos desses serviços são: • Acupuntura • Serviços de quiroprática • Serviços domésticos • Massagem • Refeições trazidos em casa • Aulas de meditação • Ioga *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Rastreio de câncer cervical e vaginal O plano pagará por os testes de Papanicolau e exames pélvicos.	\$0
	Serviços de quiroprática* O plano pagará para os serviços seguintes: ☐ Ajustos da coluna vertebral para corrigir o alinhamento * Autorização prévia é requerida.	\$0

Serviços que o nosso plano cobre		O que você tem de pagar
	Rastreio de câncer colo-rectal O plano pagará por: • Sigmoidoscopia flexível (ou rastreio de enema opaco) • Exame de sangue oculto das fezes • Colonoscopia de triagem (ou triagem de enema opaco) • O teste Guaic de sangue oculto das fezes ou teste imunoquímico fecal, a cada 12 meses ou como for medicamento necessário • Rastreio colorretal baseado na DNA, a cada 3 anos ou conforme for clinicamente necessário	\$0
	Aconselhamento para parar de fumar ou usar tabaco Se você usar tabaco, o plano pagará pelo aconselhamento face a face a fim de ajudá-lo a parar de fumar ou usar tabaco. ☐ O plano pagará também por apoio e aconselhamento por telefone.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Triagem de depressão O plano pagará pela triagem de depressão. A triagem deve ser feita em um ambiente de cuidados primários que pode resultar em tratamento de acompanhamento e encaminhamentos.	\$0
	Rastreio de diabetes O plano pagará por rastreio de diabetes (inclui testes jejum da glicose).	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
 Treinamento de autogestão de diabetes, serviços e suprimentos* O plano pagará pelos seguintes serviços para todas as pessoas que têm diabetes (se usarem insulina ou não): • Suprimentos para monitorar sua glicose, incluindo o seguinte: ○ Um monitor de glicose ○ Tiras-teste de sangue da glicose ○ Dispositivos Lancet e lancetas ○ Soluções de controle da glicose para verificar a exactidão das tiras-teste e dos monitores • Para as pessoas com diabetes que têm a doença do pé diabético severa, o plano pagará para o seguinte: ○ Um par de sapatos terapêuticos personalizados (incluindo insertos) e dois pares extra de insertos a cada ano civil, ou ○ Um par de sapatos aprofundados e três pares de insertos a cada ano (não incluindo os insertos removíveis não personalizados fornecidos com tais sapatos) O plano pagará também por encaixarem os sapatos terapêuticos moldados e customizados ou sapatos aprofundados. • O plano pagará pelo treinamento para ajudá-lo a administrar seu diabetes, em alguns casos. Poder haver limitações nas marcas e nos suprimentos quando encherem os medicamentos na farmácia. *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Equipamento Médico Durável (DME) e suprimentos relacionados * (Para ter uma definição de “Equipamento Médico Durável (DME - Durable Medical Equipment),” consulte o Capítulo 12, página 208 deste manual). A seguir estão exemplos de itens DME que são cobertos: • Cadeiras de rodas • Muletas • Sistemas de colchão motorizado • Suprimentos para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por um prestador para o uso em casa • Intravenosa (IV) bombas de infusão • Dispositivos de geração da fala • Equipamento e suprimento de oxigênio • Nebulizadores • Andadores Outros itens podem ser cobertos. Com este Manual do Membro, lhe enviamos a Lista dos Equipamentos Médicos Duráveis de Neighborhood INTEGRITY. Esta lista lhe indica as marcas e os fabricantes de DME que cobrimos. A lista mais recente das marcas, dos fabricantes e fornecedores está também disponível em nosso website no www.nhpri.org/INTEGRITY. Este benefício é continuado na próxima página	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Equipamento Médico Durável (DME) e suprimentos relacionados (continuado) * Geralmente, a Neighborhood INTEGRITY abrange qualquer (DME) coberto por Medicare e Rhode Island Medicaid de marcas e fabricantes nesta lista. Não cobriremos outras marcas nem outros fabricantes a menos que seu médico ou outro provedor nos disser que você precisar da marca. No entanto, se você for novo na Neighborhood INTEGRITY e estiver usando uma marca de DME que não estiver na nossa lista, continuaremos a pagar por essa marca por até 90 dias. Durante esse período, você deve conversar com seu provedor para decidir qual marca é medicamente correta para você após esse período de 90 dias. (Se você não concordar com o seu provedor, você pode pedir a ele ou ela de encaminhá-lo para uma segunda opinião.) Se você (ou seu provedor) não concordar com a decisão de cobertura do plano, você ou seu provedor pode registrar um apelo. Você pode também apresentar um apelo, se você não concordar com a decisão do seu provedor sobre qual produto ou marca é bom para sua condição médica. (Para mais informações sobre apelos, consulte o Capítulo 9.) * Uma autorização prévia pode ser necessária.	
Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Cuidados de emergência Cuidados de emergência significa serviços que são: • prestados por um provedor treinado para dar serviços de emergência, e • necessários para tratar uma emergência médica. Uma emergência médica é uma condição médica com sintomas como dor intensa ou ferimento grave. A condição é tão séria que, se não conseguir atenção médica imediata, você ou qualquer pessoa com um conhecimento médio da saúde e medicina poderia esperar resultar em: • risco grave para sua saúde ou sua criança por nascer; ou • sérios danos às funções corporais; ou • disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo; ou • no caso duma mulher grávida em trabalho de parto ativo, quando: ○ não há tempo suficiente para transferi-la em segurança noutro hospital antes do nascimento. ○ uma transferência noutro hospital pode constituir uma ameaça para sua segurança ou saúde ou aquela da sua criança por nascer. O plano pagará por cuidados de emergência e serviços de transporte de emergência. Cobertura é limitada apenas para os EUA e os seus territórios.	\$0 Se você receber cuidados de emergência num hospital de fora-da-rede e precisar cuidado interno após sua emergência for estabilizada, você deverá retornar a um hospital da rede para seu cuidado continuar a ser pago. Pode ficar no hospital de fora-da-rede para seu internamento somente se o plano aprova a sua estadia.
--	---

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Modificações ambientais ou em casa* O plano pagará por alterações na sua casa ou veículo para ajudá-lo a viver em segurança em casa. A seguir estão exemplos de itens de DME que são cobertos: • Pegue barras • Cadeiras de banho • Utensílios de alimentação • Assentos sanitários levantados • Rampas para cadeira de rodas • Polos para ficar de pé Outros serviços também podem ser cobertos. * Autorização prévia é requerida.	\$0
Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Serviços de planejamento familiar A lei permite escolher qualquer provedor para conseguir certos serviços de planejamento familiar. Isso significa que você pode receber serviços de planejamento familiar de qualquer prestador da rede ou de fora-da-rede, clínica, hospital, farmácia ou escritório de planejamento familiar. O plano pagará para os 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 prescrição (preservativo, esponja, espuma, filme, diafragma, tampa) • Aconselhamento e diagnóstico de infertilidade e serviços relacionados • Aconselhamento e testes para infecções sexualmente transmissíveis (DSTs), SIDA e outras condições relacionadas com o VIH • Tratamento para infecções sexualmente transmissíveis	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	(STIs) - Esterilização voluntária (você deve ter a idade de 21 anos ou mais, e você deve assinar um formulário federal de consentimento de esterilização. Pelo menos 30 dias, mas não além de 180 dias, devem passar entre a data em que você assinar o formulário e a data da cirurgia.) - Aconselhamento genético O plano pagará também por alguns outros serviços de planejamento familiar. No entanto, você deverá ver um provedor da rede do plano para os seguintes serviços: - Tratamento do SIDA e outras condições relacionadas com o VIH, incluindo gestão de casos médicos para pessoas vivendo com VIH/SIDA e serviços de gestão de cuidados não-médicos para pessoas vivendo com VIH/SIDA ou que estão em risco de contrair o VIH. - Exames genéticos	
--	--	--

Serviços que o nosso plano cobre		O que você tem de pagar
	Programas de educação de saúde e bem-estar O plano pagará para a gestão da doença e programas de saúde para ajudá-lo a compreender melhor as condições e preocupações de saúde. O plano paga por programas de educação de grupos e individuais, incluindo serviços de terapia nutricional e programas de gestão de peso quando prestado por um dietista licenciado. Condições crônicas como asma, diabetes e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) podem ser difíceis de administrar. O plano pagará também para testes especiais e medicamentos para ajudar a manter sua condição sob controle e mantê-lo saudável.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Serviços de audição O plano paga por exames de audição de rotina e exames de audição e equilíbrio feito pelo seu provedor. Estes testes indicam se você precisa de tratamento médico. Eles são abrangidos como atendimento ambulatorial quando você obtê-los dum médico, fonoaudiólogo ou outro prestador qualificado. O plano cobre também aparelhos auditivos e avaliações para adaptação de aparelhos auditivos a cada três anos.	\$0
	Rastreio do VIH O plano paga pelos exames de rastreio do VIH e testes de triagem do VIH. O plano pagará também por a gestão de casos médicos para pessoas vivendo com o VIH/SIDA e serviços de gestão de cuidados não-médicos para pessoas vivendo com VIH/SIDA ou que estão em risco de contrair o VIH.	\$0

Serviços que o nosso plano cobre		O que você tem de pagar
	Serviços de cuidados domiciliares * O plano pagará por serviços de cuidados pessoais, tais como ajuda com vestir-se e alimentar-se e serviços domésticos como lavar a roupa e fazer as compras. Os serviços de cuidados domiciliários não incluem acolhimento temporário nem acolhimento durante o dia. O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui. *Autorização prévia é requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Agência de cuidados de saúde ao domicílio* Antes de você conseguir serviços de saúde ao domicílio, um provedor deve nos dizer que você está a precisar deles, e devem ser providenciados por uma agência de saúde domiciliária. O plano pagará para os seguintes serviços: • Serviços de enfermagem qualificada em tempo integral, parcial ou intermitente, assistente de enfermagem certificado, e auxiliar de saúde domiciliar. • Terapia física, terapia ocupacional e terapia da fala • Médicos e serviços sociais • Suprimentos e equipamentos médicos O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui. *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0
---	------------

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Cuidados Paliativos Você pode receber cuidados de qualquer programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Você tem o direito de escolher um asilo, se seu provedor e médico responsável do asilo determinam 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. Seu prestador de cuidados paliativos pode ser um provedor da rede ou de fora-da-rede. O plano pagará pelo seguinte enquanto você estiver a receber os serviços de cuidados paliativos: • Medicamentos para tratar sintomas e dor • Serviço de Acolhimento temporário • Cuidados domiciliários Cuidados paliativos e serviços abrangidos por Medicare Parte A ou B são faturados a Medicare. • Consulte a Seção E1 deste capítulo para ter mais informações. Para serviços abrangidos pela Neighborhood INTEGRITY mas não abrangidos por Medicare Parte A ou B: • A Neighborhood INTEGRITY abrangerá os serviços cobertos pelo plano, não cobertos por Medicare Parte A ou B. O plano cobrirá os serviços se forem ou não relacionados ao prognóstico terminal. Você não paga nada por esses serviços. Este benefício é continuado na próxima página	

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Cuidados paliativos (continuação) Para os remédios que podem ser cobertos pelo benefício de Medicare Parte D da Neighborhood INTEGRITY: Os medicamentos nunca são cobertos por ambos os cuidados paliativos e o nosso plano ao mesmo tempo. Para mais informações, por favor consulte o Capítulo 5, a Seção F.3, página 112. Nota: Se precisar de cuidados não-paliativos, você deve chamar seu Gestor de Caso para organizar os serviços. Os cuidados não-paliativos são cuidados que não estão relacionados ao seu prognóstico terminal. Chame o 1-844-812-6896 (TTY 711) das 8:00 às 20:00, de segunda – sexta-feira; das 8:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido de deixar uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.	
 Imunizações O plano pagará para os seguintes serviços: - Vacina contra a pneumonia - Vacina contra a gripe uma vez por ano, no outono ou inverno - Vacina contra a hepatite B, se você estiver em risco alto ou intermediário de contrair a hepatite B - Outras vacinas, se você estiver em risco e elas cumprirem as regras de cobertura de Medicare Parte B ou Rhode Island Medicaid O plano pagará por outras vacinas que satisfazem as regras de cobertura de Rhode Island Medicaid ou Medicare Parte D. Leia o Capítulo 6, a Seção D, página 110 para saber mais.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Suprimentos para incontinência* O plano pagará por suprimentos, tais como: • Fraldas • Proteções para incontinência • Fitas de separação *Autorização prévia é requerida.	\$0
--	--	-----

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Internamento hospitalar* O plano pagará pelos cuidados de hospitalização medicamente necessários. O plano abrange os seguintes serviços: • Quarto semi-privado (ou quarto privado se for clinicamente necessário) • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem regulares • Custos das unidades de cuidados especiais, tais como cuidados intensivos ou unidade de cuidados coronários • Remédios e medicamentos • Análise de laboratório e outros testes de diagnóstico • Raios-X e outros serviços de radiologia, incluindo materiais e serviços técnicos • Necessidades cirúrgicas e suprimentos médicos • Aparelhos, tais como cadeiras de rodas • Serviços operatórios e sala de recuperação • Terapia ocupacional, exame físico, ou terapia da fala • Serviços de internamento de uso de substâncias ilegais • 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 da córnea, dos rins, do rim/pâncreas, do coração, do fígado, do pulmão, do coração/pulmão, da medula óssea, das células-tronco e intestinal/multivisceral. Outros tipos de transplantes podem ser cobertos. Este benefício é continuado na próxima página	\$0 Você deve obter aprovação do plano para continuar a receber atendimento hospitalar num hospital de fora-da-rede após sua emergência estiver sob controle.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Serviços para as doenças renais e suprimentos O plano pagará para os seguintes serviços: - Serviços de educação das doenças renais para ensinar os cuidados renais e ajudar os membros a tomar boas decisões relativo aos seus cuidados. Você deve ter uma doença renal crônica de estágio IV, e seu provedor deve encaminhá-lo. O plano cobrirá até seis sessões de serviços de educação sobre as doenças renais. - Tratamentos de diálise ambulatoriais, incluindo tratamentos de diálise quando temporariamente fora da área de serviço, são explicados no Capítulo 3, na Seção B, página 33 - Tratamentos de diálise hospitalares se você for admitido num hospital para cuidados especiais - Educação sobre a autodiálise, incluindo treinamento para você e alguém lhe ajudando com seus tratamentos de diálise em casa - Equipamento e suprimentos domiciliários de diálise - Certos serviços de apoio, tais como visitas necessárias pelos funcionários de diálise treinados para averiguar sua diálise em casa, auxiliar em situações de emergência e verificar o seu equipamento de diálise e abastecimento de água Seu benefício de medicamentos de Medicare Parte B, paga algumas dos remédios para a diálise. Para ter informações, consulte “ Os medicamentos prescritos de Medicare Parte B” nesta tabela.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Medicare Parte B remédios prescritos* Essas medicações são cobertas pela Parte B de Medicare. A Neighborhood INTEGRITY pagará por os seguintes medicamentos: • Remédios que você não costuma se dar e são injetados ou infusos enquanto você estiver a receber os serviços de cuidado médico, cuidado ambulatorial ou cirurgia ambulatorial. • Remédios que você está a usar, equipamentos médicos duráveis (tais como nebulizadores) que foram autorizadas pelo plano • Fatores de coagulação que você se dá por injeção se tiver hemofilia • Medicações imunossupressoras, se você for matriculado na Medicare Parte A no momento de transplante de órgão • Remédios de osteoporose que são injetados. Esses remédios são pagos se você não poder sair de casa, tiver uma fratura de osso que um prestador certifique foi relacionada a osteoporose pós-menopausa e você não poder se injectar o remédio • Antigénios • Certos medicamentos anti-câncer orais e medicamentos contra a náusea • Certos medicamentos para a diálise em casa, incluindo a heparina, o antídoto da heparina (quando medicamento necessário), os anestésicos tópicos e agentes estimulantes de eritropoiese (tais como Epogen[®], Procrit[®], Epoetina Alfa, Aranesp[®], ou Darbepoetina Alfa) • Intravenosa Imunoglobulina (IV) para tratamento em casa de doenças de deficiência imunológica primárias O Capítulo 5, na página 96 explica o benefício de remédio de prescrição ambulatorial. Explica as regras que você deve seguir para ter as prescrições cobertas. O Capítulo 6, a Seção C, página 118 explica o que você paga por suas medicamentos de prescrição ambulatorial através do	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

nosso plano.	
*Autorização prévia é requerida.	

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Cuidados nas instituições de enfermagem* O plano pagará para os seguintes serviços: • Um quarto semi-privado ou um quarto privado se for clinicamente necessário • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem • Terapia física, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos que você recebe como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias que são naturalmente no organismo, tais 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 com a primeira pinta. • Suprimentos médicos e cirúrgicos, dados por instituições de enfermagem • Testes laboratoriais dados pelas instituições de enfermagem • Raios-x e outros serviços de radiologia dados pelas instituições de enfermagem • Serviços de médico/prestador O plano pagará também por outros serviços não listados aqui. Normalmente, você receberá os seus cuidados das facilidades da rede. No entanto, você pode receber seu atendimento numa instituição que não estiver em nossa rede. Você pode receber os cuidados das facilidades seguintes se elas aceitarem pagamentos de montantes de nosso plano: • Um lar de idosos ou uma comunidade de aposentados com cuidados contínuos onde você morava antes de ir ao hospital (desde que proporcione os cuidados numa instituição de enfermagem) • Uma instituição de enfermagem onde seu esposo vive no momento você deixar o hospital * Autorização prévia é requerida.	\$0 Se você receber cuidados numa instituição de enfermagem, terá de pagar por parte do custo dos seus serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
 Benefício nutricional/dietético O plano pagará pela terapia nutricional médica e aconselhamento fornecido por um nutricionista licenciado para ajudá-lo a gerenciar uma condição crônica ou problema médico, como diabetes, pressão alta, obesidade ou câncer. O plano pagará também por terapia nutricional sanitária e aconselhamento se você estiver tomando uma medicação que pode afetar a habilidade do seu metabolismo ou seu corpo a absorver nutrientes.	\$0
 Triagem de obesidade e terapia para manter o peso baixo O plano pagará por aconselhamento para ajudá-lo a perder peso. Você deve receber o aconselhamento num consultório de cuidados primários. Assim, pode ser gerenciado no quadro do seu plano completo de prevenção. Fale com o seu prestador de cuidados primários para saber mais.	\$0
Testes de diagnóstico ambulatorial e serviços terapêuticos e suprimentos* O plano pagará para os seguintes serviços: • Raios X • Terapia de radiação (rádio e isótopos), incluindo materiais de técnico e suprimentos • Materiais cirúrgicos, tais como curativos • Talas, gessos e outros dispositivos usados para fraturas e luxações • Análises laboratoriais • Sangue e armazenamento de sangue e administração • Outros testes de diagnóstico ambulatorial O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui. *Pré-autorização pode ser requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Serviços ambulatoriais no hospital* O plano paga pelos serviços medicamente necessários que você receba no departamento ambulatorial dum hospital para diagnóstico ou tratamento duma doença ou lesão. O plano pagará pelos seguintes serviços: • Os serviços num departamento de emergência ou numa clínica ambulatorial, tais como serviços de observação ou cirurgia ambulatorial • Laboratórios e testes de diagnóstico faturado pelo hospital • Cuidados de saúde mental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um provedor certificar que o tratamento de internamento seria necessário sem o cuidado ambulatorial. • Raios-x e outros serviços de radiologia faturados pelo hospital • Suprimentos médicos, tais como talas e gessos • Exames preventivos e serviços listados em toda a Tabela de Benefícios • Alguns medicamentos que você não pode dar a si mesmo O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui. *Pré-autorização pode ser requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Cuidado de saúde mental ambulatorial O plano pagará por 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 assistente médico, ou • qualquer outro profissional de saúde mental qualificado de Medicare - ou Rhode Island Medicaid tal qual permitido sob as leis estaduais aplicáveis. O plano pagará para os serviços seguintes: • Serviços clínicos • Tratamento indivíduo, em grupo e familiar • Intervenção de crise e estabilização • Serviços de emergência • Avaliação diagnóstica • Triagens psicológicos • Avaliação de medicamentos e gestão • Serviços especializados para pessoas com doenças mentais graves, incluindo Saúde Domiciliar Integrada e Tratamento Comunitário Assertivo (Integrated Health Home and Assertive Community Treatment) • Tratamento de dia/noite • Tratamento intensivo ambulatorial • Clubhouse (clube) • Tratamento integrado de diagnóstico duplo para pessoas com doença mental e transtornos ligados ao abuso de substâncias • Tratamento de saúde mental ordenado pelo Tribunal O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Serviços de reabilitação ambulatoriais* O plano pagará pela terapia física, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia de linguagem, terapia de audição e terapia respiratória. Você pode receber serviços de reabilitação ambulatorial dos departamentos ambulatoriais hospitalares, consultórios de terapeutas independentes, Unidades de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (CORFs - Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities) e outras facilidades. *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0
Serviços ambulatoriais de uso de substâncias ilegais O plano pagará por: • Aconselhamento sobre o uso de substâncias • Programas de tratamento de opiáceos assistidos por medicação, incluindo dosagem de metadona e aconselhamento e prescrição de outros medicamentos, como a suboxona • Programa de Tratamento de Opióides (OTP- Opioid Treatment Program) Serviços de Saúde Domiciliares que oferecem recursos aos Membros dependentes de opióides que estão atualmente recebendo ou que atendem aos critérios para tratamento assistido por medicação • Desintoxicação medicamente gerenciada num ambiente hospitalar ou programa de desintoxicação • Tratamento integrado de diagnóstico duplo para pessoas com doença mental e transtornos ligados ao abuso de substâncias • Tratamento de uso de substância ordenado pelo Tribunal O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Cirurgia ambulatorial* O plano pagará por cirurgia ambulatorial e os serviços em instituições ambulatoriais hospitalares e centros cirúrgicos ambulatoriais. *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0
--	-----

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Hospitalização parcial* O plano pagará por hospitalização parcial. *Autorização prévia é requerida.	\$0
Sistema de Resposta Pessoal a Emergências (PERS) Se for identificado no seu plano de cuidados, o plano pagará por dispositivos electrónicos para ajudá-lo a receber ajuda em caso de emergência.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Serviços de médico/prestador, incluindo visitas médicas O plano pagará para os seguintes serviços: • Cuidados de saúde medicamente necessários ou serviços de cirurgia, dados em lugares tais como: ○ consultório de médico ○ centro cirúrgico ambulatorial certificado ○ departamento ambulatorio hospitalar • Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • Exames básicos de audição e equilíbrio dados pelo prestador de cuidados primários, se o seu prestador o requerer para saber se você precisar de tratamento • Segunda opinião por outro provedor da rede antes de um procedimento médico • Cuidados dentários não-rotineiros e de saúde oral, incluindo os custos da sala de cirurgia e serviços de anestesia. Os serviços cobertos estão limitados a: ○ cirurgia da mandíbula ou das estruturas associadas, definir fraturas da mandíbula ou dos ossos faciais, ○ arrancar dentes antes de tratamentos de radiação de câncer neoplásico, ou ○ serviços que seriam cobertos quando providenciados por um médico.	\$0
--	--	-----

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre		O que você tem de pagar
	Os serviços de podologia O plano pagará para os seguintes serviços: • Diagnóstico e tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças do pé (tal como dedo do pé em martelo ou espinho no calcanhar) • Cuidados de rotina do pé para membros com condições que afetam os pés, como o diabetes	\$0
	Exames de rastreio de câncer da próstata O plano pagará para os seguintes serviços: • Exame Retal Digital • Um teste de Antígeno Prostático Específico (PSA - Prostate Specific Antigen)	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Dispositivos protéticos e suprimentos relacionados * Os dispositivos protéticos substituem a totalidade ou parte dum membro ou função do corpo. O plano pagará para os dispositivos protéticos seguintes: • Bolsas de colostomia e suprimentos associados ao cuidado de colostomia • Marcapassos • Suportes • Sapatos protéticos • Braços e pernas artificiais • Próteses de mama (incluindo sutiã cirúrgico após mastectomia) O plano pagará por alguns suprimentos associados aos dispositivos protéticos. Eles pagarão também pela reparação ou substituição de dispositivos protéticos. O plano oferece alguma cobertura após a remoção da catarata ou cirurgia da catarata. Consulte "Cuidados com a visão" mais adiante nesta Seção na página 80 para detalhes. O plano pode também pagar por outros dispositivos não listados aqui. *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0
--	------------

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Serviços de reabilitação pulmonar O plano pagará por programas de reabilitação pulmonar para Membros com doença pulmonar obstrutiva crônica (COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease) moderada a muito grave. O Membro deve ter uma ordem de reabilitação pulmonar do médico ou prestador do tratamento da COPD.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	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 de substância agudo • Tratamento de saúde mental e de uso de substâncias ordenado pelo Tribunal *Uma pré-autorização pode ser requerida.	\$0
	Serviços para evitar internação hospitalar ou admissão numa instituição de enfermagem* O plano pagará por um conjunto limitado de serviços para pessoas com alto risco de hospitalização ou internação numa instituição de enfermagem, incluindo: • Serviços de ajuda doméstica, tais como a preparação das refeições ou os cuidados domésticos de rotina • Modificações menores em sua casa, tais como barras de apoio, cadeiras de banho e assentos sanitários levantados • Serviços de terapia física antes de 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 acolhimento ou cuidados temporários * Autorização prévia pode ser necessária.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
 Triagem e aconselhamento para infecções sexualmente transmissíveis (STI) O plano pagará pelas triagens de clamídia, gonorréia, sífilis e hepatite B. Um médico de cuidados primários deve ordenar os testes. O plano pagará também por sessões de aconselhamento comportamental face-a-face de alta intensidade a cada ano, para adultos sexualmente ativos com risco elevado de STI.	\$0
Instituição de cuidados enfermeiros qualificados (SNF - Skilled Nursing Facility)* O plano pagará por os serviços seguintes: • Um quarto semi-privado ou um quarto privado se for clinicamente necessário • Refeições, incluindo dietas especiais • Serviços de enfermagem • Terapia física, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos que você receba como parte do seu plano de cuidados, incluindo substâncias que estão naturalmente no organismo, tais 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 a primeira pinta. ○ Suprimentos médicos e cirúrgicos, entregos por instituições de enfermagem • Testes de laboratórios dados pelas instituições de enfermagem • Raios-x e outros serviços de radiologia dados pelas instituições de enfermagem • Aparelhos, tais como cadeiras de rodas, normalmente dados pelas instituições de enfermagem	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	Serviços de médico/prestador Este benefício é continuado na próxima página	
--	--	--

Serviços que o nosso plano cobre		O que você tem de pagar
	Instituição de cuidados enfemeiros qualificados (SNF - Skilled Nursing Facility) (a continuação) O plano pode também pagar por outros serviços não listados aqui. Geralmente, você receberá seus cuidados de facilidades da rede. No entanto, você pode receber seu atendimento numa instituição que não estiver na nossa rede. Você pode receber os cuidados das facilidades seguintes se essas aceitarem pagamentos de valores de nosso plano: - Um lar de idosos ou uma comunidade de aposentados com cuidados contínuos onde você morava antes de ir ao hospital (desde que proporcione os cuidados numa instituição de enfermagem) - Uma instituição de enfermagem onde seu esposo vive no momento você deixar o hospital *Autorização prévia é necessária.	
	Equipamento médico especial/dispositivos auxiliares menores* O plano pagará por equipamentos médicos especiais e suprimentos para tornar as atividades diárias mais fácil para você, tais como comer e tomar banho. *Autorização prévia é necessária.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os serviços que o nosso plano cobre	O que você tem de pagar
Terapia de Exercícios Supervisados (SET - Supervised Exercise Therapy)* O plano pagará pelo SET para membros com doença arterial periférica sintomática (PAD - Peripheral Artery Disease) que têm um encaminhamento por PAD do médico responsável pelo tratamento de PAD. O plano pagará por: • Até 36 sessões durante um período de 12 semanas, se todos os requisitos de SET forem satisfeitos • Um suplemento de 36 sessões ao longo do tempo, se for considerado medicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde O programa SET deve ser: • sessões de 30 a 60 minutos dum programa de treinamento de exercícios terapêuticos de PAD para membros com câimbras na perna devido ao fluxo sanguíneo fraco (claudicação) • Num ambiente ambulatorial hospitalar ou num consultório médico • Entregue por pessoal qualificado que garante que os benefícios excedem os danos e que está treinando em terapia de exercícios de PAD • Sob a supervisão direta de um médico, médico assistente, ou especialista em enfermagem clínica/enfermeira especializada, treinados em ambas as técnicas de suporte básico e avançado de vida. *Autorização prévia é requerida.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os serviços que o nosso plano cobre	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 uma vez a cada dois anos, só se for medicamente necessário. As lentes de contato podem ser cobertas se você tiver uma condição visual ou ocular tratada melhor com lentes de contato do que com óculos. O plano pagará por serviços médicos ambulatoriais e outros prestadores de serviços para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões oculares. Por exemplo, isto inclui exames oftalmológicos anuais de retinopatia diabética para pessoas com diabetes e tratamento para degeneração macular associada à idade. Para pessoas com alto risco de glaucoma, o plano pagará triagens da glaucoma. As pessoas com alto risco de glaucoma incluem: • pessoas com história familiar de glaucoma, • pessoas com diabetes, • Africano-americanos que têm 50 anos de idade e mais, e • Hispano-americanos que têm 65 anos ou mais. O plano pagará por um par de óculos ou lentes de contato após cada cirurgia da catarata quando o médico inserir um implante de lente intra-ocular. (Se você tiver duas cirurgias da catarata separadas, você deverá receber um par de óculos depois cada cirurgia. Você não pode conseguir dois pares de óculos após a segunda cirurgia, mesmo se você não conseguir um par de óculos após a primeira cirurgia. *Autorização prévia pode ser necessária.	\$0

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Nosso plano também cobre serviços e assistência de longo prazo (LTSS) para os Membros que precisam deles e se qualificam para o LTSS através do Rhode Island Medicaid. Você pode ter de pagar por parte do custo dos serviços. Esse montante a pagar é determinado por Rhode Island Medicaid.

Os serviços LTSS	O que você tem de pagar
Vida assistida* O plano pagará por serviços e suportes para você viver em um asilo de vida assistida. O plano abrange dois níveis de serviços de vida assistida: um nível básico de serviço e um nível realçado de serviço. * Autorização prévia é requerida.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Serviços de transição comunitários O plano fornecerá serviços para ajudá-lo a mudar duma instituição de enfermagem ou facilidade para uma casa particular. O plano também pagará, apenas uma vez, por algumas despesas para ajudá-lo a organizar uma casa particular, quando você mudar duma facilidade ou instituição de enfermagem.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Assistência durante o dia O plano pagará por serviços de auto-ajuda e habilidades sociais.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Assistência a emprego O plano pagará por serviços, como supervisão, transporte ou treinamento, para ajudá-lo a encontrar ou manter um emprego remunerado.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Cuidados domésticos* O plano pagará pelos serviços de casa para ajudar nas tarefas gerais do chefe de família, tais como preparação das refeições ou cuidados domésticos gerais. *Autorização prévia é requerida.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Refeições em rodas O plano pagará por até uma refeição cinco dias por semana a ser entregue em sua casa.	Determinado por Rhode Island Medicaid

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os serviços LTSS	O que você tem de pagar
Auxiliares de cuidado pessoal* O plano pagará por assistência com atividades diárias em sua casa ou na comunidade, se você tiver uma deficiência e estiver incapaz de fazer as atividades por si mesmo. *Autorização prévia é requerida.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Sistema de Resposta Pessoal a Emergência O plano pagará por dispositivos eletrônicos para ajudá-lo em caso de emergência.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Cuidados enfermeiros privados O plano pagará por cuidados individuais e contínuos prestados por enfermeiros licenciados em sua casa.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Serviços de reabilitação* O plano pagará por serviços físicos especializados, ocupacionais e terapia da fala em centros de reabilitação ambulatorial. *Pré-autorização pode ser requerida.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Assistência residencial O plano pagará por serviços para ajudá-lo com as atividades diárias para viver em sua própria casa, como aprender a preparar refeições e fazer tarefas domésticas.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Acolhimento temporário O plano pagará por serviços temporários ou de cuidado a curto prazo quando uma pessoa que normalmente cuide de você não estiver disponível para prestar o atendimento.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Rlte @ Home (Arranjos Sustentados de Vida - Vida Compartilhada) O plano pagará pelos cuidados pessoais e outros serviços prestados por um cuidador que mora em casa.	Determinado por Rhode Island Medicaid

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os serviços LTSS	O que você tem de pagar
Serviços auto-dirigidos e assistências Se você estiver matriculado no Programa de Escolha Pessoal, o plano pagará pelos: - Serviços, equipamentos e suprimentos que ajudam-no a viver em comunidade - Serviços que ajudam-no a dirigir e pagar por seus próprios serviços	Determinado por Rhode Island Medicaid
Companheiro adulto/sênior O plano pagará por ajuda não-médica e apoio social com atividades diárias, tais como a preparação de refeições, lavar a roupa e fazer as compras.	Determinado por Rhode Island Medicaid
Serviços de enfermagem qualificados* O plano pagará por serviços de enfermagem qualificados. *Pré-autorização pode ser requerida.	Determinado por Rhode Island Medicaid

E. Benefícios cobertos fora da Neighborhood INTEGRITY

Os seguintes serviços não são abrangidos pela Neighborhood INTEGRITY, mas estão disponíveis através de Medicare ou Rhode Island Medicaid.

E1. Cuidados Paliativos

Você pode conseguir serviços de qualquer programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Você tem o direito de escolher um asilo, se seu provedor e médico responsável do asilo determinarem que você tenha um prognóstico terminal. Isto quer dizer que você tem uma doença terminal e a sua esperança de vida é de seis meses ou menos. Seu prestador de cuidados paliativos pode ser um provedor na rede ou de fora-da-rede.

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

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

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

- O prestador de cuidados paliativos cobrirá a Medicare pelos seus serviços. Medicare pagará os serviços abrangidos por Medicare Parte A ou B. Não pague nada por esses serviços.

Para os remédios que podem ser cobertos pelo benefício de Medicare Parte D da Neighborhood INTEGRITY:

- Os medicamentos nunca são cobertos por ambos os cuidados paliativos e o nosso plano ao mesmo tempo. Para mais informações, por favor consulte o Capítulo 5, a Seção F.3, página 112.

Nota: Se precisar de cuidados não-paliativos, você deve chamar seu Gestor de Caso para organizar os serviços. Os cuidados não-paliativos são cuidados que não estão relacionados ao seu prognóstico terminal.

E2. Os serviços de odontologia

Os cuidados dentários regulares, tais como as limpezas, restaurações ou dentaduras, são cobertos pelo Rhode Island Medicaid. No entanto, o atendimento odontológico necessário para tratar doenças ou lesões, pode ser coberto pelo plano como tratamento hospitalar ou ambulatorio. Chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 TTY/TDD: 711 se você não tiver certeza se o plano ou Rhode Island Medicaid abrange os serviços odontológicos, que você precise ou se precisar de ajuda em encontrar um dentista.

E3. Transporte não urgente

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

Se você for incapaz de usar o passe de autocarro RIPTA, Rhode Island Medicaid cobre o transporte não emergencial. Se você precisar de transporte não emergencial, ligue ao 1-855-330-9131 (TTY 1-866-288- 3133) ou Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você pode solicitar transporte de cuidados urgentes 24 horas por dia, sete dias por semana. Transporte para cuidados não urgentes deve ser marcado pelo menos dois dias úteis antes da consulta. Se houver necessidade duma maca para transporte não emergencial, autorização prévia é requerida pela Neighborhood INTEGRITY.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Os serviços residenciais para pessoas com incapacidades intelectuais e de desenvolvimento são cobertos por Rhode Island Medicaid. Chame a Neighborhood INTEGRITY ao 1-844-812-6896 (TTY 711) se você não tiver certeza que o plano de Rhode Island Medicaid cobre os serviços que você está a precisar.

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

Esta a Seção lhe informa quais tipos de benefícios são excluídos pelo plano. Excluído significa que o plano não paga por esses benefícios. Medicare e Rhode Island Medicaid não pagarão por eles tampouco.

A lista abaixo descreve alguns serviços e itens 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 a Seção (ou em qualquer outro parte neste *Manual do Membro*) exceto nas condições específicas listadas. Se você achar que deveríamos pagar por um serviço que não é coberto, você pode apresentar um apelo. Para ter mais informações sobre a apresentação dum apelo, ver Capítulo 9, a Seção 4, página 149.

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

- Os serviços não considerados "razoáveis e necessários," de acordo com os padrões de Medicare e Rhode Island Medicaid, a menos que esses serviços sejam listados por nosso plano como serviços cobertos.
- Tratamentos médicos e cirúrgicos experimentais, itens e medicamentos, a não serem cobertos por Medicare ou no âmbito dum estudo de pesquisa clínica aprovada por Medicare ou pelo nosso plano. Ver o Capítulo 3, a Seção K, página 45 para mais informações sobre estudos de pesquisa clínica.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Os tratamentos experimentais e itens são aqueles que não são normalmente aceitos pela comunidade médica.

- Tratamento cirúrgico para obesidade mórbida, exceto quando for medicamento necessário e Medicare ou Rhode Island Medicaid pagarem por isso.
- Um quarto privado no hospital, exceto quando for medicamento necessário.
- Itens pessoais no seu quarto num hospital ou numa instituição de enfermagem, como um telefone ou uma televisão.
- As taxas cobradas pelo seu cônjuge, tutor ou representante legal.
- Procedimentos eletivos ou voluntários de aprimoramento ou serviços (incluindo perda de peso, crescimento do cabelo, desempenho sexual, desempenho atlético, fins cosméticos, desempenho antienvelhecimento e mental), exceto quando for medicamento necessário.
- Cirurgia cosmética ou qualquer outro trabalho cosmético a menos que for necessário por causa duma lesão acidental ou para melhorar uma parte do corpo que não está na forma certa. No entanto, o plano pagará pela reconstrução dum seio após uma mastectomia e o tratamento do outro seio para ficarem iguais.
- Sapatos ortopédicos, a menos que os sapatos fizerem parte dum suporte na perna e estiverem incluídos no custo do suporte, ou os sapatos forem para uma pessoa com a doença do pé diabético. Veja a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, a Seção D para ter mais informações.
- Ceratotomia radial, cirurgia LASIK e terapia da visão e outros auxílios de visão baixa.
- Reversão de procedimentos de esterilização e suprimentos contraceptivos sem receita médica.
- Serviços de Naturopatia (o uso de tratamentos naturais ou alternativos).
- Serviços prestados aos veteranos em facilidades de Assuntos aos Veteranos (VA - Veterans Affairs). No entanto, quando um veterano receber serviços de emergência num hospital de VA e houver a compartilhar os custos de VA, nós reembolsaremos o veterano pelo valor que ele terá pago.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 5: Receber seus remédios de prescrição ambulatoriais através do plano

Introdução

Este capítulo explica as regras para conseguir seus remédios de prescrição ambulatoriais. Essas são medicações que seu prestador ordenou para você que você comprou numa farmácia ou por correspondência. Esses incluem medicamentos cobertos por Medicare Parte D e Medicaid. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

A Neighborhood INTEGRITY abrange também os seguintes remédios, embora eles não serão abordados neste capítulo:

- Medicamentos cobertos pelo Medicare Parte A. Esses incluem alguns medicamentos administrados enquanto você estiver num hospital ou numa instituição de enfermagem.
- Medicamentos abrangidos por Medicare Parte B. Esses incluem algumas medicamentos de quimioterapia, alguns remédios injectáveis que lhe foram dados durante uma consulta com um médico ou outro prestador e medicamentos que lhe foram dados numa clínica de diálise. Para saber mais sobre quais medicamentos de Medicare Parte B são cobrados, consulte a Tabela de Benefícios no Capítulo 4, a Seção D, página 51.

Regras para a cobertura de medicamentos ambulatoriais do plano

Geralmente, o plano cobrirá suas medicações, enquanto você seguir as regras desta a Seção.

1. Você deve ter um médico ou outro prestador receitar a sua prescrição. Esta pessoa é normalmente o seu provedor de cuidados de saúde primários (PCP). Pode também ser um outro provedor se seu prestador de cuidados primários o referiu para o cuidado.
2. Você deve normalmente utilizar uma farmácia da rede para encher sua prescrição.
3. Seu remédio prescrito deve estar na *Lista de remédios cobertos do plano*. Chamamo-la de "Lista de Remédios".
 - Se não for na Lista de remédios, talvez poderemos cobri-lo, dando-lhe uma exceção.
 - Veja a página 153 para saber como solicitar uma exceção.
4. Seu medicamento deve ser usado para uma motivo clinicamente aceito. Isto significa que o uso do remédio é aprovado pela Food and Drug Administration ou apoiado por alguns

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

livros de referência. Um motivo clinicamente aceito é uma razão pela qual o medicamento foi aprovado pela

FDA ou uma razão que haja pesquisa por trás disso, conforme listado no DRUGDEX® ou no American Hospital Formulary Service Drug Information.

Table of Contents

A. Getting your prescriptions filled	99
A1. Filling your prescription at a network pharmacy	99
A2. Using your Member ID Card when you fill a prescription	99
A3. What to do if you want to change to a different network pharmacy.....	99
A4. What to do if your pharmacy leaves the network.....	99
A5. Using a specialized pharmacy	100
A6. Using mail-order services to get your drugs	100
A7. Getting a long-term supply of drugs	102
A8. Using a pharmacy that is not in the plan's network	103
A9. Paying you back if you pay for a prescription	103
B. The plan's Drug List	103
B1. Drugs on the Drug List.....	103
B2. How to find a drug on the Drug List.....	104
B3. Drugs that are not on the Drug List	104
B4. Drug List tiers.....	105
C. Limits on some drugs	106
D. Reasons your drug might not be covered	107
D1. Getting a temporary supply.....	107
E. Changes in coverage for your drugs.....	110
F. Drug coverage in special cases	112
F1. If you are in a hospital or a skilled nursing facility for a stay that is covered by the plan	112

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F2. If you are in a long-term care facility.....	112
F3. If you are in a Medicare-certified hospice program	112
G. Programs on drug safety and managing drugs.....	113
G1. Programs to help Members use drugs safely	113
G2. Programs to help Members manage their drugs	113
G3. Drug management program to help members safely use their opioid medications	114

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Conseguir suas prescrições

A1. Conseguir sua receita numa farmácia da rede

Na maioria dos casos, o plano pagará por prescrições **somente** se elas forem apresentadas nas farmácias da rede do plano. Uma farmácia da rede é uma medicação que concordou em encher as receitas de nossos Membros do plano. Você pode ir a qualquer uma das nossas farmácias da rede.

Para encontrar uma farmácia da rede, você pode dar uma olhada no *Diretório dos Prestadores e das Farmácias*, visite nosso site ou entre em contato com os Serviços dos Membros.

A2. Usando seu cartão de identificação de Membro quando você apresentar uma prescrição

Para encher sua receita, **mostre seu cartão de identificação de Membro** a sua farmácia da rede. A farmácia da rede faturará o plano para seu remédio de prescrição coberto.

Se você não tiver seu cartão de identificação de Membro com você quando você encher sua receita, pergunte à farmácia de ligar ao plano para ter a informação necessária.

Se a farmácia não estiver capaz de obter a informação necessária, você pode ter que pagar o custo total da receita quando você pegá-la. Você pode então nos pedir o reembolso. Se você não puder pagar pelo medicamento, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros imediatamente. Faremos o que pudermos para ajudá-lo.

- Para saber como nos solicitar de pagar de volta, ver o Capítulo 7, a Seção A, página 123.
- Se precisar de ajuda para conseguir uma receita, você pode contatar os Serviços de atendimento aos Membros.

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

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

Se precisar de ajuda para mudar sua farmácia da rede, você pode contatar os Serviços de atendimento aos Membros.

A4. O que fazer se sua farmácia sair da rede

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Para encontrar uma nova farmácia na rede, você pode dar uma olhada ao *Diretório dos Prestadores e das Farmácias*, visite o nosso site ou entre em contato com os Serviços dos Membro.

A5. Usando uma farmácia especializada

Às vezes as receitas devem ser enchidas numa farmácia especializada. Farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão em casa.
- Farmácias que fornecem remédios a residentes de cuidados de longo prazo n uma facilidade, tais como um lar de idosos.
 - Geralmente, as instituições de cuidados de longo prazo têm suas próprias farmácias. Se você for um residente dum centro de cuidados a longo prazo, temos de ter certeza que você pode receber os medicamentos que você precisar na farmácia da facilidade.
 - Se a farmácia do seu estabelecimento de cuidado de longo prazo não estiver em nossa rede, ou você tiver alguma dificuldade em acessar seus benefícios de medicamentos numa instituição de cuidado de longo prazo, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros.
- As farmácias que atendem o programa de saúde da Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Exceto em caso de emergência, apenas os nativos americanos ou nativos do Alasca podem usar essas farmácias.
- Farmácias que fornecem medicamentos que requerem manipulação e instruções especiais sobre seu uso.

Para encontrar uma farmácia especializada, você pode dar uma olhada no *Diretório dos Prestadores edas Farmácias*, visite o nosso site ou entre em contato com os Serviços dos Membro.

A6. Serviços por correspondência para receber os seus remédios

Geralmente, as medicações disponíveis através dos serviços por correspondência são medicamentos que você tome numa base regular para uma condição médica crônica ou a longo prazo.

O serviço por correspondência do nosso plano permite que você solicitar até 90 dias de suprimento. A comparticipação é a mesma com um suprimento de 90 dias como um suprimento de um mês.

Prescrições enchidas por correio

Para ter formulários de ordem e informações sobre o enchimento das suas receitas por correio,

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- visite o site de encomenda por correspondência e registre-se online na www.caremark.com/mailservice ou
- chame os Serviços de atendimento aos Membros.

Geralmente, uma receita de encomenda por correspondência, você recebê-la-á dentro de 10 dias. Se a sua receita de encomenda por correio estiver atrasada e você precisar de um suprimento de emergência numa farmácia varejista, ligue para os Serviços de atendimento aos Membros no 1844-812-6896 (TTY 711) para ter ajuda com uma solicitação de substituição.

Os processos de encomenda por correspondência

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

1. Novas prescrições que a farmácia receba de você

A farmácia encherá automaticamente e entregará as novas receitas que ela receba de você.

2. Novas receitas a farmácia recebe diretamente do consultório do seu prestador

A farmácia encherá e entregará automaticamente as novas receitas que ela receba dos provedores de saúde, sem verificar com você antes, se:

- Você utilizou os serviços de encomenda por correio com este plano anteriormente ou
- Você se inscrever para entrega automática de todas as novas receitas que você receba diretamente de prestadores de cuidado de saúde. Você pode pedir entrega automática de todas as novas receitas agora ou a qualquer momento por continuar a ter o seu médico envie-nos suas prescrições. Nenhum pedido especial é necessário. Ou você pode entrar em contato com os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711) para assistência.

Se você utilizar encomenda por correspondência no passado e não quiser que a farmácia encher e enviar cada nova receita automaticamente, entre em contato conosco, chamando os Serviços de atendimento aos Membros.

Se você nunca usou nossa entrega por correspondência e/ou decidiu parar os encontros automáticos de novas receitas, a farmácia entrará em contato com você cada vez que ela receba uma nova receita dum médico para ver se você quer a medicação enchida e enviada imediatamente.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

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

3. Recargas por prescrições de encomenda pelo correio

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

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

Para recusar nosso programa que prepara automaticamente as recargas de encomendas pelo correio, entre em contato conosco ligando para os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711).

Assim, a farmácia poderá contactá-lo para confirmar a sua encomenda antes do envio, por favor, assegure-se de avisar a farmácia a melhor maneira de entrar em contato consigo. Por favor, ligue aos Serviços de atendimento aos Membros ou acesse sua conta na www.caremark.com para deixar as suas informações de contato preferidas.

A7. Receber um suprimento de longo prazo dos remédios regulares

Você pode receber um suprimento de longo prazo dos medicamentos regulares na Lista de remédios de nosso plano. Geralmente, as medicações regulares são medicamentos que você toma numa base regular para uma condição médica crônica ou de longo prazo.

Algumas farmácias da rede permitem receber um suprimento de longo prazo dos medicamentos regulares. Um suprimento de 90 dias tem a mesma participação como um suprimento dum mês. O Diretório dos Prestadores e das Farmácias informa-lhe quais farmácias podem lhe fornecer um suprimento de longo prazo de medicamentos regulares. Você também pode ligar aos Services dos Membros para mais informações.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

A8. Usar uma farmácia que não faz parte da rede do plano

Geralmente, pagamos por medicamentos enchidos numa farmácia de fora-da-rede *somente* quando você não for em medida de usar uma farmácia da rede. Temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço, onde você pode ter suas receitas enchidas como Membro de nosso plano.

Pagaremos para prescrições enchidas numa farmácia de fora-da-rede, nos casos seguintes:

- Uma emergência FEMA declarada
- Tratamento duma doença enquanto viajando fora da área de serviço do plano, mas dentro dos Estados Unidos, onde não há nenhuma farmácia da rede

Nesses casos, faça o favor de verificar primeiro com os Serviços de atendimento aos Membros para ver se há uma farmácia da rede nas proximidades.

A9. Reembolsar se você pagar por uma prescrição

Se você ter de usar uma farmácia de fora-da-rede, você geralmente terá que pagar o custo total quando você receber os medicamentos da receita. Você pode então nos pedir o reembolso.

Para saber mais sobre isto, ver o Capítulo 7, a Seção A, página 123.

B. Lista dos remédios do plano

O plano tem uma *Lista dos Remédios Cobertos* Chamamo-la a "Lista de Remédios".

As medicações na Lista de remédios são selecionadas pelo plano com a ajuda de uma equipe de médicos e farmacêuticos. A Lista de remédios informa também se existem quaisquer regras que você precisar seguir para conseguir o medicamento.

Geralmente, cobriremos um medicamento na Lista de remédios do plano, desde que você seguir as regras explicadas neste capítulo.

B1. Medicamentos na Lista de remédios

A Lista de remédios inclui as medicações cobertas sob Medicare Parte D e algumas prescrições e medicamentos no balcão e itens cobertos no quadro dos seus benefícios de Medicaid.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Nosso plano cobre também certos remédios no balcão e produtos. Alguns medicamentos sem receita custam menos do que os medicamentos de prescrição e funcionam tão bem. Para ter mais informações, chame os Serviços de atendimento aos Membros.

B2. Como encontrar um medicamento na Lista de remédios

Para saber se um medicamento que você está a tomar estivesse na Lista de remédios, você pode:

- Verificar a Lista de remédios mais recente que lhe foi enviado pelo correio.
- Visitar o site do plano na www.nhpri.org/INTEGRITY. A Lista de remédios no site é sempre a mais atualizada.
- Chame os Serviços de atendimento aos Membros para descobrir se uma medicação for na Lista de remédios do plano ou para solicitar uma cópia da lista.

B3. Medicamentos que não estão na lista de remédios

O plano não cobre todos os medicamentos prescritos. Alguns medicamentos não estão na Lista de remédios porque a lei não permita que o plano cubra esses medicamentos. Em outros casos, decidimos não incluir um medicamento na Lista de remédios.

A Neighborhood INTEGRITY não pagará para os medicamentos listados nesta a Seção. Esses são chamados **medicamentos excluídos**. Se você receber uma prescrição dum medicamento excluído, você deve pagar por isso si mesmo. Se você achar que devemos pagar pela remédio excluído por causa do seu caso, você pode registrar um apelo. (Para entender como registrar um apelo, veja o Capítulo 9, a Seção 6.5, página 175.)

Aqui estão três regras gerais das medicações excluídas:

1. A cobertura de medicamentos ambulatoriais do nosso plano (que inclui a Parte D e remédios de Medicaid) não pode pagar por uma medicação que já deveria ser coberta sob Medicare Parte A ou parte B. Remédios

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

remédios abrangidos sob Medicare Parte A ou Parte B são cobertos pela Neighborhood INTEGRITY de graça, mas não são considerados como fazendo parte dos seus benefícios ambulatoriais de remédios de prescrição.

2. Nosso plano não cobre uma medicação adquirida fora dos Estados Unidos e os seus territórios.
3. O uso do medicamento deve ser aprovado pela Food and Drug Administration ou apoiado por certos livros de referência como tratamento de sua condição. Seu provedor pode prescrever uma determinada medicação para tratar sua condição, mesmo que ela não tem sido aprovada para tratar a doença. Isto é chamado de utilização não indicada no rótulo. Geralmente, nosso plano não cubra os remédios quando foram prescritos para uso fora do rótulo.

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

- Medicamentos utilizados para promover a fertilidade
- Remédios utilizados para fins cosméticos ou para promover o crescimento do cabelo
- Medicamentos para o tratamento da disfunção erétil ou sexual, tais como Viagra®, Cialis®, Levitra® e Caverject®
- Medicamentos ambulatoriais quando a companhia que fabrica os remédios disser que você deva fazer exames ou ter serviços feitos somente por eles

B4. Níveis da lista de remédios

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

- Nível 1 inclui medicamentos genéricos
- Nível 2 inclui medicamentos de marca
- Nível 3 inclui medicamentos de prescrição fora de Medicare e remédios no balcão (OTC - Over-the-Counter)

Para descobrir em qual Nível sua medicação estiver, procure o medicamento na Lista de remédios do plano.

O Capítulo 6, a Seção C.4, página 118 indica a quantidade que você paga por medicamentos em cada Nível.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C. Limites em alguns medicamentos

Para certos medicamentos prescritos, regras especiais limitam como e quando o plano os cubra. Em geral, nossas regras encorajá-lo a conseguir um medicamento que funcione para sua condição médica e seja seguro e eficaz. Quando um medicamento seguro, de custo mais baixo, funcionar tão bem como um medicamento de custo mais alto, o plano requer que o seu provedor use o medicamento de custo mais baixo.

Se houver uma regra especial para seu remédio, normalmente significa que você ou seu provedor terá de tomar medidas extras para cobrir a medicação. Por exemplo, seu prestador pode ter nos informar seu diagnóstico ou fornecer em primeiro lugar os resultados de exames de sangue. Se você ou seu provedor pensar que nossa regra não se aplique à sua situação, você deverá pedir-nos de fazer uma exceção. Podemos ou não concordar em deixar você usar a medicação sem tomar as medidas extras.

Para saber mais sobre solicitar exceções, consulte o Capítulo 9, a Seção 6.2, página 168.

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

Geralmente, um medicamento genérico funciona da mesma maneira que um medicamento de marca e normalmente custa menos. Na maioria dos casos, se houver uma versão genérica dum medicamento de marca, as nossas farmácias da rede lhe darão a versão genérica.

- Normalmente, não pagaremos pelo medicamento de marca quando houver uma versão genérica.
- No entanto, se o seu médico nos comunicar a razão médica que nem o medicamento genérico nem outros medicamentos cobertos que tratam a mesma condição funcionarem para você, então cobriremos o medicamento de marca.

2. Receber em avanço a aprovação do plano

Para alguns remédios, você ou seu provedor deve conseguir a aprovação da Neighborhood INTEGRITY antes de encher sua prescrição. Se você não receber aprovação, a Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento se você não for aprovado.

3. Tentar em primeiro lugar um remédio diferente

Em geral, o plano quer tentar medicamentos de menos custo (que muitas vezes são tão eficazes) antes que o plano cobre medicamentos que custam mais. Por exemplo, se o remédio A e o remédio B tratarem a mesma condição, e o remédio A custar menos do que o remédio B, o plano pode exigir que você experimente o remédio A em primeiro lugar.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se o remédio A não funcionar para você, o plano abrangerá o remédio B. Isto é chamado de terapia por etapa.

4. Limites de quantidade:

Para alguns medicamentos, limitamos a quantidade que você pode conseguir. Isto é chamado de uma limite de quantidade. Por exemplo, o plano pode limitar a quantidade dum medicamento você pode conseguir cada vez que encha sua receita.

Para saber se alguma das regras acima se aplicar a um medicamento que você está a tomar ou deseja tomar, verifique a Lista de remédios. Para informações mais atualizadas, chame os Serviços de atendimento aos Membros ou visite o nosso site em www.nhpri.org/INTEGRITY.

D. Razões pelas quais seu medicamento pode não estar coberto

Tentamos fazer uma cobertura de remédios que funcionam bem para você, mas às vezes um medicamento não pode ser coberto da maneira que você gostaria. Por exemplo:

- O medicamento que você quer tomar não é coberto pelo plano. A medicação pode não estar na lista de remédios. Uma versão genérica do medicamento pode ser coberta, mas a versão da marca que você deseja utilizar não é. Um remédio pode ser novo e não o avaliamos ainda para a segurança e eficácia.
- O remédio é coberto, mas existem regras especiais ou limites de cobertura para esse medicamento. Conforme explicado na a Seção 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 uma exceção a uma regra.

Há coisas que você pode fazer se sua medicação não for coberta da maneira que você gostar.

D1. Conseguir um suprimento temporário

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

Para receber um suprimento temporário dum remédio, você deve cumprir as duas regras seguintes:

1. A medicação que tem estado a tomar:

- não está mais na lista de remédios do plano, **ou**
- nunca esteve na Lista de remédios do plano, **ou**
- está agora de alguma forma limitada.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

2. Você deve estar numa dessas situações:

- Você estava no plano no ano anterior.
 - Nós cobriremos um suprimento temporário do seu **medicamento durante os primeiros 90 dias do ano** calendário.
 - Este suprimento temporário será até:
 - 30 dias se você **não** morar numa instituição de longa permanência, ▪ um suprimento de 31 dias se você **morar** numa instituição de cuidados de longo prazo, e
 - um suprimento de 90 dias para medicamentos cobertos por Medicaid.
 - Se sua receita for escrita por poucos dias, permitiremos vários enchimentos providenciando o máximo 30 dias se você não viver num centro de cuidado de longo prazo, 31 dias, se você viver em um centro de cuidados de longo prazo e 90 dias para remédios cobertos por Medicaid. Você deve encher a receita numa farmácia da rede.
 - Farmácias de cuidados de longo prazo podem fornecer seus medicamentos prescritos em pequenas quantidades cada vez para evitar desperdício.
- 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 você **não** viver num centro de cuidados de longo prazo,
 - 31 dias de suprimento se você **morar** numa unidade de cuidados de longo prazo, e
 - 90 dias de suprimento para medicamentos cobertos por Medicaid.
 - Se sua receita for escrita por menos dias, permitiremos vários enchimentos providenciando o máximo 30 dias se você **não** viver num centro de cuidado de longo prazo, e 31 dias, se você **viver** num centro de cuidados de longo prazo ou 90 dias para remédios cobertos por Medicaid. Você deve encher a receita numa farmácia da rede.
 - Farmácias de cuidados de longo prazo podem fornecer seus medicamentos prescritos em pequenas quantidades cada vez para evitar desperdício.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se você estiver no plano há mais de 90 dias, e morar numa instituição de longa permanência e precisar um medicamento de imediato:
 - Cobriremos um suprimento de 31 dias , ou menos, se sua receita for escrita por menos dias. Isto é além do suprimento temporário acima.
 - Se seu nível de cuidados mudar então cobriremos um suprimento de 31 dias. ○para pedir um suprimento temporário de um remédio, chame os Serviços de atendimento aos Membros..

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

- Você pode alterar para outro medicamento.
Poder haver um medicamento diferente coberto pelo plano que funciona para você. Você pode ligar aos Serviços de atendimento aos Membros para solicitar uma lista de remédios cobertos que tratam a mesma condição médica. A lista pode ajudar seu provedor a encontrar um medicamento coberto que pode funcionar para você.

OU

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

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

- Lhe informaremos de alguma mudança na cobertura de sua medicação para o próximo ano. Você pode então pedir-nos de fazer uma exceção e cobrir o medicamento da maneira que você gostaria que fosse coberto para o próximo ano.
- Responderemos a sua solicitação duma exceção dentre de 72 horas após recebermos seu pedido (ou a declaração de apoio do seu médico).

Para saber mais sobre solicitação de exceções, consulte o Capítulo 9, a Seção 6.2, página 168.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E. Alterações na cobertura para seus remédios

A maioria das alterações na cobertura de medicamentos acontecem no 1º de janeiro, mas a Neighborhood INTEGRITY pode adicionar ou remover medicamentos da Lista de remédios ao longo do ano. Também somos capazes de mudar nossas regras relativas aos medicamentos. Por exemplo, poderíamos:

- Decidir de requerer ou não aprovação prévia para um remédio. (Aprovação prévia é a permissão da Neighborhood Integrity antes que você possa ter um medicamento).
- Aumentar ou mudar a quantidade de remédios que você pode conseguir (chamado de limitação de quantidades).
- Aumentar ou alterar as restrições das fases do tratamento de um medicamento. (Fase do tratamento significa que você deve tentar um medicamento antes que cobrimos um outro medicamento).

Para obter mais informações sobre essas regras de remédios, consulte a Seção C mais cedo neste capítulo.

Se você estiver a tomar um medicamento que estava coberto no **início** do ano, geralmente não removeremos ou alteraremos a cobertura desse remédio **durante o resto do ano**, a não ser que:

- um novo medicamento mais barato que saiu e funciona bem, assim como um medicamento na Lista de remédios atual, **ou**
- aprendemos que um remédio não é seguro, **ou**
- que um medicamento foi retirado do mercado.

Para ter mais informações sobre o que acontece quando a Lista de remédios mudar, você pode sempre:

- Verificar online a Lista de remédios abrangidos da Neighborhood INTEGRITY atualizada, no site www.nhpri.org/INTEGRITY.
- Você também pode ligar aos Serviços de atendimento aos Membros para verificar a atual Lista de remédios no 1-844-812-6896 (TTY 711).

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

- **Um novo remédio genérico torna-se disponível.** As vezes, um medicamento novo e mais barato que saiu e funciona bem, assim como um remédio da Lista de medicamentos atual. Quando isso acontecer, podemos remover o medicamento atual, mas o seu custo para o novo remédio ficará o mesmo.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Quando incluímos o novo medicamento genérico, podemos também decidir manter a medicação atual na lista mas mudar as regras de cobertura ou os limites.

- Talvez não consigamos informá-lo antes de fazer esta alteração, mas lhe enviaremos as informações sobre a específica alteração ou as alterações que fizemos.
- Você ou seu prestador pode solicitar uma exceção com essas mudanças. Enviá-lo-emos um aviso com as etapas que você pode seguir para solicitar uma exceção. Por favor, consulte o Capítulo 9 deste manual para ter mais informações sobre exceções.
- **Um remédio é retirado do mercado.** Se o Food and Drug Administration (FDA) disser que um medicamento que você está a tomar não é seguro ou se o fabricante dum remédio retirá-lo do mercado, nós retirá-lo-emos fora da Lista dos remédios. Se você estiver a tomar o remédio, nós o informaremos. Seu provedor terá também conhecimento dessa mudança. Ele ou ela pode trabalhar com você para encontrar outro remédio para sua condição.

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

Informaremos-lhe antecipadamente sobre essas outras mudanças à Lista de remédios. Essas alterações podem acontecer se:

- A FDA fornecer novas orientações ou se houverem novas diretrizes clínicas sobre um remédio.
- Incluímos um medicamento genérico que não é novo no mercado e ○ substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de remédios **ou**
 - Mudamos as regras de cobertura ou os limites dum medicamento de marca.

Quando essas mudanças acontecerem, informaremos-lhe pelo menos 30 dias antes de fazermos a mudança na Lista de remédios ou quando você solicitar uma recarga. Isto lhe dará tempo de conversar com seu médico ou outro prestador de saúde. Ele ou ela pode ajudá-lo a decidir se houver um medicamento similar na Lista dos remédios que você pode ter em lugar, ou se deve pedir uma exceção. Então você poderá:

- Conseguir um suprimento de 30 dias antes que a alteração na Lista de remédios seja feita, ou
- Solicitar uma exceção dessas mudanças. Para saber mais sobre solicitar exceções, consulte o Capítulo 9, a Seção 6.1, página 167.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

F. Cobertura de remédio em casos especiais

F1. Se você estiver num hospital ou numa enfermaria especializada para uma estadia coberta pelo plano

Se você for internado em um hospital ou instituição de enfermagem especializada para uma estadia coberta pelo plano, cobriremos geralmente o custo de seus medicamentos prescritos durante sua estadia. Você não terá de pagar por uma participação. Uma vez que você deixar o hospital ou a facilidade de enfermagem, o plano cobrirá seus medicamentos, enquanto os remédios satisfizerem todas as nossas regras de cobertura.

F2. Se você estiver numa instituição de cuidados de longo prazo

Geralmente, um centro de cuidados de longo prazo, tais como uma lar de repouso, tem a sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos para todos os seus residentes. Se você estiver morando numa instituição de longa permanência, poderá receber seus medicamentos prescritos através da farmácia da instituição, se fizer parte de nossa rede.

Verifique o seu *Diretório dos Prestadores e das Farmácias* para encontrar se a farmácia da sua facilidade de cuidados de longo prazo fizer parte da nossa rede. Se não for, ou se você precisar de mais informações, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros.

F3. Se você estiver num programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

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

- Se você estiver matriculado num hospício de Medicare e requerer uma medicação para a dor, contra a náusea, um laxativo ou remédio contra a ansiedade, não abrangidos pelo seu hospício porque são alheios ao seu prognóstico terminal e as condições relacionadas, nosso plano deverá receber uma notificação do prescritor ou seu prestador de cuidados paliativos que a medicação não esteja relacionada antes que nosso plano possa cobrir o remédio.
- Para evitar atrasos na obtenção de algum tipo de medicamento não relacionado que deve ser abrangido por nosso plano, você pode pedir seu prescritor ou provedor de cuidados paliativos de assegurar-se que temos a notificação que o remédio não esteja relacionado, antes que você apresentar sua receita numa farmácia para enchê-la .

Se você sair do hospital, nosso plano deve cobrir todos os seus medicamentos. Para evitar qualquer atraso numa farmácia quando seu benefício de hospício de Medicare terminar, você deveria levar à farmácia o papel provando que deixou o hospício. Ver as partes anteriores do presente capítulo que falam das regras de cobertura dos remédios sob a Parte D.

Para saber mais sobre o benefício de cuidados paliativos, consulte o Capítulo 4, a Seção E.1, página 92.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

G. Programas sobre segurança e gerenciamento de medicamentos

G1. Programas para ajudarem os Membros a usar medicamentos com segurança

Cada vez que você encher uma receita, buscamos eventuais problemas, como erros de medicamentos ou remédios que:

- Podem não ser necessários porque você está a tomar uma outra medicação que faz a mesma coisa
- Podem não ser seguros para a sua idade ou o seu gênero
- Poderiam prejudicá-lo se você toma-los ao mesmo tempo
- São compostos de ingredientes que você é alérgico

Se vemos um eventual problema no uso de medicamentos prescritos, trabalharemos com o provedor para corrigir o problema.

G2. Programas para ajudar os Membros a gerenciar suas medicações

Se você tomar medicamentos para diferentes condições médicas, você pode ser elegível para receber serviços, sem nenhum custo para você, através de um programa de gestão de terapia de medicação (MTM - Medication Therapy Management). Este programa ajuda você e seu provedor a garantir que 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 com você sobre:

- Como obter máximo benefício dos medicamentos que você está a tomar
- Quaisquer preocupações que você tiver, como o custos das medicações e reações dos remédios
- Qual é a melhor forma de tomar seus medicamentos
- Dúvidas ou problemas que você tem sobre 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 você pode fazer para um melhor uso de seus medicamentos. Você receberá também uma lista de medicamentos pessoais que incluirá todos os medicamentos que você está a tomar e a razão porquê você os toma.

É uma boa ideia de planejar sua revisão de medicação antes de ter sua visita anual de (Bem-estar) "Wellness", assim você poderá falar com seu provedor sobre o plano de ação e sua lista de medicamentos. Traga seu plano de ação e sua lista de medicamentos com você na sua visita ou a qualquer momento você conversar com seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

cuidados de saúde. Também, leve sua lista de medicações com você se você ir ao hospital ou na sala de emergência.

Os programas de gestão de terapia de medicação são voluntários e livres para membros que se qualifiquem. Se termos um programa que se adaptar às suas necessidades, nós o inscreveremos no programa e lhe enviaremos informações. Se você não quiser participar no programa, entre em contato conosco e o tiraremos do programa.

Se você tiver alguma dúvida sobre esses programas, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros ou seu Gestor de Caso.

G3. Programa de gestão de remédios para ajudar os membros a usarem seus medicamentos opioides com segurança

A Neighborhood INTEGRITY tem um programa que pode ajudar os membros a usarem com segurança as suas prescrições de medicamentos opioides ou outros medicamentos que são frequentemente abusados. Este programa chama-se de Programa de Gestão de Remédios (DMP - Drug Management Program).

Se você usar medicamentos opioides que você receber de vários médicos ou farmácias, podemos falar com seus médicos para ter certeza que sua utilização seja adequada e medicamente necessário. Trabalhar com seus médicos, se decidirmos que você correr o risco de utilização abusiva ou má utilização dos seus medicamentos opióides, poderemos limitar a maneira de você conseguir esses medicamentos. As limitações podem incluir:

- Necessidade de receberem todas as receitas dos medicamentos **duma** farmácia e/ou **dum** médico
- **Limitar a quantidade** dessas medicações que cobriremos para você

Se decidirmos que uma ou mais limitações se aplicarem a você, lhe enviaremos uma carta antes. A carta explicará as limitações que achamos que deveriam aplicar-se.

Você terá a oportunidade de nos dizer quais médicos ou farmácias você preferir usar. Se você achar que cometermos um erro, você não concordar que esteja em risco de abuso de medicamentos de prescrição, ou você não concordar com a limitação, você e seu médico poderiam registrar um apelo. (Para entender como registrar um apelo, veja o Capítulo 9, a Seção 6.5, página 175.)

O DMP pode não se aplicar a você se você:

- tiver certas condições médicas, tais como o câncer, **ou**
- estiver a receber cuidados paliativos, **ou**
- morar numa instituição de longa permanência.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 6: O que você paga para seus medicamentos de prescrição de Medicare e Medicaid

Introdução

Este capítulo indica o que você paga por seus remédios de prescrição ambulatoriais. Por "remédios", queremos dizer:

- medicamentos prescritos, de Medicare Parte De
- remédios e itens cobertos por Rhode Island Medicaid, e
- medicamentos e itens cobertos pelo plano como benefícios adicionais.

Porque você é elegível por Medicaid, você está a receber "Ajuda extra" de Medicare para ajudar a pagar por seus medicamentos prescritos de Medicare Parte D.

Ajuda Extra é um programa de Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos de Medicare Parte D dos medicamentos receitados, como os prêmios, as franquias e co-pagamentos. Ajuda Extra é chamada também de "Subsídio de Rendimento Baixo," ou "LIS (Low-Income Subsidy)."

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

Para saber mais sobre os medicamentos prescritos, você pode olhar nesses lugares:

- O plano tem uma *Lista dos Remédios Cobertos*
 - Nós chamamos isto de "Lista de remédios". Diz-lhe:
 - Quais medicações o plano paga
 - Qual dos 3 Níveis cada medicação está
 - Se há algum limite nos medicamentos
 - Se você precisar de uma cópia da Lista de remédios, chame os Serviços de atendimento aos Membros. Você pode também encontrar a Lista de remédios em nosso site na www.nhpri.org/INTEGRITY. A Lista de remédios no site é sempre a mais atualizada.
- Capítulo 5 deste *Manual do Membro*.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Capítulo 5, a Seção A, página 99 indica como conseguir seus medicamentos ambulatoriais através do plano.
- Inclui regras que você precisa seguir. Informa também quais tipos de medicamentos de prescrição não são cobertos pelo nosso plano.
- O *Diretório dos Prestadores e das Farmácias*.
 - Na maioria dos casos, você deve utilizar uma farmácia da rede para ter seus remédios cobertos. As farmácias da rede são farmácias que aceitaram em trabalhar com o nosso plano.
 - O *Diretório dos Prestadores e das Farmácias* tem uma lista das farmácias da rede. Você pode ler mais sobre as farmácias da rede no Capítulo 5, a Seção A.8, página 103.

Tabela de Conteúdos

A. A Explicação dos Benefícios(EOB)	116
B. Como manter o controle os custos dos seus remédios	117
C. Não pague nada por um suprimento de medicamentos de um mês ou de longo prazo	118
C1. Níveis do plano	118
C2. Suas escolhas de farmácia	119
C3. Receber um suprimento de remédios regulares de longo prazo	119
C4. O que você paga	119
D. Vacinas	120
D1. O que você precisa saber antes da sua vacinação	121

A. Explicação dos Benefícios (EOB - Explanation of Benefits)

Nosso plano acompanha seus medicamentos prescritos. Acompanhamos dois tipos de custos:

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Quando receber medicamentos de prescrição através do plano, lhe enviaremos um relatório chamado de *Explicação de Benefícios*. Nós o chamamos de EOB. O EOB inclui:

- **Informação para o mês.** O relatório informa-lhe quais medicamentos você tem. Mostra a custo total dos remédios, o que o plano pagou e o que você e outros pagando por você pagaram.
- **Informações de "Um ano até agora".** Este é o total do custo do seus medicamentos e o total dos pagamentos feitos desde do 1º de janeiro.

Oferecemos cobertura de medicamentos não cobertos por Medicare.

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

B. Como manter o controle dos custos dos seus remédios

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

1. Use seu cartão de identificação de membro.

Mostre seu cartão de identificação de membro cada vez que receber uma carga de receita. Isto nos ajudará a saber quais receitas você encher e o que você pagar.

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

Dê-nos cópias dos recibos de medicamentos cujos pagamentos você fez. Você pode nos pedir para pagar pela medicação.

Aqui estão alguns exemplos em que você deveria nos dar cópias dos seus recibos:

- Quando você comprar um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou usar um cartão de desconto que não faça parte do benefício de nosso plano
- Quando você pagar uma participação pelos remédios que você conseguir sob o programa de assistência ao paciente
- Quando você comprar medicamentos cobertos numa farmácia de fora-da- rede
- Quando você pagar o preço total por um medicamento coberto

Para saber como nos solicitar para devolver o pagamento do remédio, ver o Capítulo 7, a

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção A, página 123.

3. Envie-nos informações sobre os pagamentos que outros fizerem por você.

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 estadual, um programa de assistência a medicamentos para o SIDA, o Indian Health Service (Serviço de Saúde Índio) e a maioria das instituições de caridade contam para seus custos pagos do seu bolso.

4. Verificar os relatórios que lhe enviamos.

Quando receber uma *Explicação de Benefícios* pelo correio, por favor assegure-se que esteja completa e correta. Se você achar que algo estiver errado ou a faltar no relatório, ou se você tiver alguma dúvida, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros. Você tem a opção de receber sua Explicação de Benefícios Parte B eletronicamente. Essa fornece as mesmas informações e no mesmo formato como o papel de Explicação dos Benefícios que você está a receber agora. Para começar a receber uma Explicação de Benefícios sem papel, acesse o [site, na www.caremark.com](http://www.caremark.com) para se inscrever. Você receberá uma notificação por email quando você tiver uma nova Explicação de Benefícios para visualizar. Tenha certeza de segurar esses relatórios. São importantes registros de suas despesas de remédios.

C. Não pague nada por um suprimento de medicamentos de um mês ou de longo prazo

Com Neighborhood INTEGRITY, você não paga nada pelos remédios cobertos enquanto você seguir as regras do plano.

C1. Os níveis do plano

Os níveis são grupos de medicamentos na nossa Lista de remédios. Cada medicação na Lista de remédios do plano está em um dos 3 níveis. Você não tem nenhum co-pagamentos para prescrição e medicamentos sem receita na Lista de remédios da Neighborhood INTEGRITY. Para encontrar os níveis do seus medicamentos, você pode procurar a Lista de remédios.

Incluem exemplos como os seguintes:

- O nível 1 de remédios são medicamentos genéricos.
- O nível 2 de remédios são medicamentos de marca.
- O nível 3 inclui medicamentos de prescrição não-Medicare e remédios no balcão (OTC)

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

C2. Suas escolhas de farmácia

O quanto você pagar por um medicamento dependerá se você receber o remédio de:

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

Em casos limitados, cobrimos prescrições enchidas em farmácias de fora-da-rede. Veja o Capítulo 5, a Seção A.8, página 103 para descobrir quando faremos isso.

Para saber mais sobre essas opções de farmácia, consulte o Capítulo 5, a Seção A.8, página 103 deste manual e o *Diretório dos Provedores e das Farmácias do plano*.

C3. Receber um suprimento de remédios de longo prazo

Para alguns medicamentos, você pode conseguir um suprimento de longo prazo (também chamado de suprimento "estendido") quando você encher a sua receita. Um suprimento de longo prazo pode ser até 90 dias.

Para ter detalhes sobre onde e como conseguir um suprimento de longo prazo de um medicamento, ver o Capítulo 5, a Seção A.7, página 102 ou o *Diretório dos Prestadores e das Farmácias*.

C4. O que você paga

Sua parte do custo quando você receber um suprimento de um mês ou de longo prazo de um medicamento de prescrição coberto de:

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

	uma farmácia da rede Um suprimento de um mês ou até 90 dias	O serviço do plano de encomenda por correspondência Um suprimento de um mês ou até 90 dias	Uma rede de farmácia de cuidado de longo prazo Até 90 dias de suprimento	Uma farmácia de fora-da-rede Até 90 dias de suprimento Cobertura está limitado a certos casos. Veja o Capítulo 5 para 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 de prescrição não Medicare /remédios no balcão (OTC)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para ter informações sobre quais farmácias podem fornecer suprimentos de longo prazo, consulte o *Diretório dos Prestadores e das Farmácias do plano*.

D. Vacinas

Nosso plano abrange vacinas de Medicare Parte D. Existem duas partes na nossa cobertura de vacinas de Medicare Parte D:

1. A primeira parte da cobertura é para o custo da **a vacina em si**. A vacina é um medicamento de prescrição.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

2. A segunda parte da cobertura cobre o custo de **dar-lhe a vacina**. Por exemplo, às vezes você pode tomar a vacina como uma injeção dada a você pelo seu provedor.

Por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711),

D1. O que você precisa saber antes da sua vacinação

Recomendamos que você ligue primeiro para os Serviços de atendimento aos Membros cada vez que você estiver planejando a tomar uma vacinação.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Capítulo 7: Pedir-nos de pagar por uma conta que você recebeu de serviços ou remédios cobertos

Introdução

Este capítulo lhe informa como e quando enviar uma fatura para solicitar pagamento. Também lhe indica como fazer um apelo se você não concordar com uma decisão da cobertura. Termos-chave e as suas definições aparecem no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Pedir-nos de pagar por seus serviços ou medicamentos	123
B. Enviando um pedido de pagamento	125
C. Decisões de cobertura	126
D. Apelos	127

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



A. Pedir-nos de pagar por seus serviços ou medicamentos

Você não deveria receber uma conta de serviços ou remédios dentre da rede. Nossos provedores da rede devem faturar o plano para os serviços e medicamentos que você já recebeu. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de saúde.

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

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

Se você tiver alguma dúvida sobre esses programas, entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros ou seu Gestor de Caso. Se você receber uma conta e você não saber o que fazer com isso, podemos ajudar. Você pode também chamar se quiser dar-nos informações sobre um pedido de pagamento, você já nos enviou.

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

1. Quando você receber emergência ou cuidado de saúde urgente de um prestador de fora-da-rede

Você deveria pedir ao prestador de faturar o plano.

- Se você pagar o valor total quando receber o cuidado, peça-nos o reembolso. Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento efetuado.
- Você pode receber uma conta do provedor pedindo o pagamento que você achar não dever. Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento feito.
 - Se o provedor deveria ser pago, pagaremos o prestador diretamente.
 - Se você já pagou o serviço, lhe pagaremos de volta.

2. Quando um prestador da rede lhe envia a fatura

Os prestadores da rede devem sempre faturar o plano. Mostre seu cartão de identificação de membro da Neighborhood INTEGRITY cada vez você receber quaisquer serviços ou

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



prescrições. Faturamento incorreto/inapropriado ocorre quando um provedor (como um médico ou hospital) lhe fatura mais do que o valor da participação do plano aos serviços.

Chame os Serviços de atendimento aos Membros se você receber qualquer conta.

- Porque a Neighborhood INTEGRITY paga todo o custo dos seus serviços, você não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos. Os provedores não deveriam faturar nada para esses serviços.
- Cada vez que receber uma fatura de um prestador da rede, envie-nos a conta. Entraremos diretamente em contato com o provedor e tomaremos conta do problema. No entanto, se você receber serviços de longo prazo e apoio, poderá ter de compartilhar ao custo desses serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid.
- Se você já pagou a conta de um provedor de rede, envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento que você fez. Lhe pagaremos de volta por seus serviços cobertos.

3. Quando você utilizar uma farmácia de fora-da-rede para receber uma receita enchida

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

- Em apenas alguns casos, cobriremos prescrições enchidas em farmácias de fora-da-rede. Envie-nos uma cópia do recibo, quando você nos pedir de pagar de volta.
- Consulte o Capítulo 5, a Seção A.8, página 103 para saber mais sobre as farmácias de fora-da-rede.

4. Quando você pagar o custo total de uma receita, porque você não tem seu cartão identificação de membro consigo

Se você não tiver seu cartão de identificação de membro consigo, você pode pedir a farmácia de chamar o plano ou procurar a informação da sua matrícula no plano.

- Se a farmácia não puder obter as informações que precisar imediatamente, você poderá ter de pagar pelo custo total da receita.
- Envie-nos uma cópia do recibo, quando você nos pedir de pagar de volta.

5. Quando você pagar o custo total duma prescrição de um medicamento que não for coberto

Você pode pagar o custo total da receita, porque a medicação não é coberta.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- O medicamento pode não estar na *Lista de remédios cobertos* do plano, ou pode ter um requisito ou uma restrição que você não souber ou que não deveria se aplicar a você. Se você decidir de receber o medicamento, você precisará pagar o custo total.
 - Se você não pagar pelo medicamento, mas achar que deveria ser coberto, você pode pedir uma decisão de cobertura (ver o Capítulo 9, a Seção 6.4, página 170).
 - Se você e seu médico ou outro médico achar que você precisar do remédio imediatamente, você pode pedir uma decisão rápida de cobertura (ver o Capítulo 9, a Seção 5.3, página 156).
- Envie-nos uma cópia do recibo, quando você nos pedir de pagar de volta. Em algumas situações, podemos precisar conseguir mais informações do seu médico ou outro médico para pagar-lhe de volta pelo remédio.

Quando você nos enviar um pedido de pagamento, reveremos o seu pedido e decidiremos se o serviço ou medicamento deveria ser coberto. Isso é chamado de fazer uma "decisão de cobertura". Se decidirmos que deveria ser coberto, pagaremos pelo serviço ou medicamento. Se negarmos seu pedido de pagamento, você poderia apelar a nossa decisão.

Para entender como registrar um apelo, veja o Capítulo 9, a Seção 6.5, página 175.

B. Enviando um pedido de pagamento

Envie-nos a fatura e a prova de qualquer pagamento feito. Um comprovante de pagamento pode ser uma cópia do cheque que você escreveu ou um recibo do provedor. **É uma boa ideia de fazer uma cópia da sua fatura e dos recibos para seus registros.** Você pode pedir ajuda ao seu Gesto de Caso.

Serviços de pedidos de pagamento dos Equipamentos Médicos Duráveis (DME)

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

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Attn: Member Services

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Pedido de pagamento de remédio de prescrição Parte D

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

CVS Caremark®

PO Box 52066

Phoenix, AZ 85072-2066

Pedido de pagamento dos serviços de Saúde Comportamental

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

Optum®

PO Box 30760

Salt Lake City, UT 84130-0760

C. Decisões de cobertura

Quando recebermos o seu pedido de pagamento, tomaremos uma decisão de cobertura. Isso significa que decidiremos se o seu tratamento de saúde ou medicamento estiver coberto pelo plano. Nós decidiremos também o valor, se houver qualquer, você terá de pagar pelos cuidados de saúde ou medicamentos.

- Lhe avisaremos se precisarmos de mais informações da sua parte.
- Se decidirmos que os cuidados de saúde ou remédios forem cobertos e você seguiu todas as regras para os conseguirem, lhe pagaremos por isso. Se você já pagou pelo serviço ou medicamento, nós lhe enviaremos um cheque pelo que você pagou. Se você não pagou o serviço ou medicamento ainda, pagaremos o provedor diretamente.

O Capítulo 3, a Seção B, página 33 explica as regras para ter seus serviços cobertos. O Capítulo 5, a Seção B, página 103 explica as regras para os seus remédios de receita cobertos de Medicare Parte D.

- Se decidirmos não pagar pelo serviço ou remédio, lhe enviaremos uma carta explicando por que não. A carta também explicará os seus direitos para fazer um apelo.
- Para saber mais sobre as decisões de cobertura, consulte o Capítulo 9, a Seção 5.2, página 154.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



D. Apelos

Se achar que cometermos um erro em recusar o seu pedido de pagamento, você pode pedir-nos de alterar a nossa decisão. Isso é chamado de fazer um apelo. Você pode também fazer um apelo se não concordar com o valor que pagamos.

O processo de apelo é um processo formal, com procedimentos detalhados e prazos importantes. Para saber mais sobre os apelos, ver o Capítulo 9, a Seção 5.3 e a Seção 6.5 nas páginas 156 e 175.

- Se você quiser fazer um apelo relativo a ser reembolsado por um serviço de saúde, vá à página 142.
- Se você quiser fazer um apelo relativo a ser reembolsado por um medicamento, vá à página 155.

Capítulo 8: Seus direitos e suas responsabilidades

Introdução

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

Tabela de Conteúdos

A. Seu direito de obter informações duma maneira que atenda às suas necessidades	129
B. Nossa responsabilidade de tratá-lo com respeito, justiça e dignidade em todos os momentos	130
C. Nossa responsabilidade de garantir que você obtenha acesso atempado aos serviços cobertos e remédios	131
D. Nossa responsabilidade para proteger suas informações pessoais de saúde (PHI)	132
D1. Como proteger seu PHI	133
D2. Você tem o direito de ver seus registros médicos	133

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



E. Nossa responsabilidade de fornecer informações sobre o plano, seus provedores da rede e seus serviços cobertos	134
F. Impossibilidade de provedores da rede em cobrá-lo diretamente	135
G. Seu direito de deixar o plano	135
H. Seu direito de tomar decisões sobre seu cuidado de saúde	136
H1. Seu direito de conhecer suas opções de tratamento e tomar decisões sobre seus cuidados de saúde	136
H2. Seu direito de dizer o que você quiser que aconteça se você for incapaz de decidir por si mesmo os cuidados de saúde	136
H3. O que fazer se suas instruções não forem seguidas	138
I. Seu direito de fazer queixas e pedir-nos de reconsiderar decisões que fizemos	138
I1. O que fazer se você acreditar que está tratada injustamente, ou seus direitos estão desrespeitados	138
I2. Como obter mais informações sobre os seus direitos	139
J. Suas responsabilidades como um membro do plano	139

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Seu direito de ter informações de uma maneira que atenda às suas necessidades

Devemos informá-lo sobre os benefícios do plano e seus direitos de uma maneira que você possa entender. Devemos o dizer seus direitos a cada ano que você esteja em nosso plano.

- Para ter informações duma forma que você pode entender, chame os Serviços de atendimento aos Membros. Nosso plano tem pessoas que podem responder perguntas em diferentes idiomas.
- Nosso plano também pode dar-lhe materiais em espanhol e português e em caracteres de forma, Braille ou áudio. Ligue para os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711) das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 no sábado para fazer um pedido a fim de receber seu material agora e mais tarde, no idioma desejado ou outro formato.
- Se você tiver problemas para ter informações de nosso plano por causa de problemas de idioma, ou uma deficiência e quer registrar uma queixa, chame o Medicare ao 1-800MEDICARE (1-800-633-4227). Você pode ligar 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utentes TTY devem chamar 1-877-486-2048. Para registrar uma reclamação com Rhode Island Medicaid, entre em contato com o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services - EOHHS) no 1-855-6974347 (TTY 711). Você pode ir também ao escritório local do Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island (Rhode Island Department of Human Services - DHS) para assistência em pessoa.

Tenemos la obligación de informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera fácil de entender. Debemos informarle de sus derechos anualmente, mientras usted esté en nuestro plan.

- Llame a Servicio de atención a los miembros para informarse mejor. Un miembro de nuestro personal responderá sus preguntas en el idioma que usted requiere.
- Nuestro plan también puede proporcionarle los materiales en otros idiomas que no sean el inglés y en formatos como letra grande, braille o audio. Llame a Servicio de atención a los miembros para que en adelante le enviemos sus materiales en el idioma o formato que usted solicite.
- Si tiene dificultad para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad, y quiere presentar una queja, puede llamar a Medicare

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a cualquier hora de cualquier día de la semana. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Devemos informá-lo sobre os benefícios do plano e os seus direitos de uma forma que possa entender. Nós devemos falar-lhe sobre os seus direitos a cada ano que você está no nosso plano.

- Para obter informações de uma maneira possa entender, ligue para os Serviços de atendimento aos Membros. O nosso plano tem pessoas que podem responder a perguntas em diferentes línguas.
- O nosso plano também pode fornecer materiais em outras línguas além do inglês e em formatos como impressão grande, braile ou áudio. Ligue para os Serviços de atendimento aos Membros para fazer um pedido permanente e receber os seus materiais agora e no futuro, na língua pedida ou formato alternativo.
- Se estiver a ter problemas em obter informações do nosso plano devido a problemas de linguagem ou deficiência e deseja fazer uma reclamação, ligue para Medicare ao 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Pode ligar 24 horas por dia, sete dias por semana. Os usuários de TTY devem ligar o número 1-877-4862048. Para registar uma queixa com Rhode Island Medicaid, entre em contacto com o Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS) pelo número de telefone 1-855-697-4347 (TTY 711). Também pode ir ao seu escritório local do Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS) para obter assistência pessoal.

B. Nossa responsabilidade de tratá-lo com respeito, justiça e dignidade em todos os momentos

Nosso plano deve respeitar as leis que lhe protejam contra discriminação ou tratamento injusto.

Não discriminamos contra Membros por causa de qualquer dos seguintes:

- | | |
|--------------------------------|--|
| • Idade | • Informações Genéticas |
| • Apelos | • Localização geográfica dentro da área de serviço |
| • Comportamento | • Estado de saúde |
| • Prática em fazer reclamações | • Histórico médico |
| • Etnia | • Capacidade mental |
| • Provas de segurabilidade | • Deficiência mental ou física |
| • Identidade de gênero | • Nacionalidade |

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| • Raça | • Religião |
| • Recibo de cuidados de saúde | • Sexo |
| • Orientação sexual | Utilização dos serviços |

Sob as regras do plano, você tem o direito de ser livre de qualquer forma de retenção física ou exclusão que seria usado como meio de coerção, força, disciplina, conveniência ou retaliação.

Não podemos lhe negar serviços nem penalizá-lo por exercer seus direitos.

- Para ter mais informações, ou se você tiver preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto, ligue para o Department of Health and Human Services (Departamento de Saúde e dos Serviços Humanos) o escritório dos **Direitos Civis** no 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697). Você também pode visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para ter mais informações.
- Você também pode ligar para o Escritório local dos Direitos Civis (Office for Civil Rights). A Comissão dos Direitos Humanos de Rhode Island no 1-401-222-2661 (Rhode Island Commission for Human Rights). Os utentes TTY devem chamar o 1-401-222-2664.
- O Oficial de Ligação das Relações Comunitárias do Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island no 1-401-415-8216 (Rhode Island Department of Human Services Community Relations Liaison Officer). Os utentes TTY devem chamar o 1-401-222-2664.
- Se você tiver uma deficiência e precisar de ajuda para acessar o cuidado ou um prestador, ligue aos Serviços de atendimento aos Membros. Se você tiver uma reclamação, como um problema de acesso com uma cadeira de rodas, os Serviços de atendimento aos Membros podem ajudar.

C. Nossa responsabilidade para garantir que você consiga acesso atempado aos serviços cobertos e remédios

Se você não puder obter serviços dentro de um período de tempo razoável, teremos de pagar pelos cuidados de fora-da-rede.

Como membro do nosso plano:

- Você tem o direito de escolher um provedor de cuidados de saúde primários (PCP) na rede do plano. Um prestador da rede é um prestador que trabalha com o plano de

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

saúde. Você pode encontrar mais informações sobre como escolher um PCP no Capítulo 3, a Seção D, página 37.

- Chame os Serviços de atendimento aos Membros ou dê uma olhada ao *Diretório dos Prestadores e das Farmácias* para aprender mais sobre os provedores da rede e aqueles que estão a aceitar novos pacientes.
- Não exijamos que você tenha referências.
- Você tem o direito de conseguir serviços cobertos de prestadores da rede dentro de um período razoável . ○ Isto inclui o direito de obter serviços atempados de especialistas.
- Você tem o direito de receber serviços de emergência ou cuidados que são urgentemente necessários sem aprovação prévia.
- Você tem o direito de receber suas prescrições enchidas em qualquer uma das nossas farmácias da rede sem grandes atrasos.
- Você tem o direito de saber quando você conseguir ver um provedor de fora-da-rede. Para saber mais sobre provedores de fora-da-rede, consulte o Capítulo 3, a Seção D.4, página 38.

O Capítulo 9, a Seção 3, página 149 lhe informa o que você pode fazer se você achar que não estiver a receber os seus serviços ou medicamentos dentro de um período razoável. O Capítulo 9, a Seção 5.3, página 156 aborda também o que você pode fazer se nos tivermos negado cobertura aos seus serviços ou medicamentos e você não concordar com a nossa decisão.

D. Nossa responsabilidade para proteger suas informações pessoais de saúde (Personal Health Information - PHI)

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

Seu PHI inclui as informações que você nos deu quando você se matriculou neste plano. Esse inclui também seus registros médicos e outras informações médicas e de saúde.

Você tem direitos a obter informações e controlar como é utilizado o seu PHI. Entregamos-lhe uma notificação escrita que informa sobre esses direitos. O aviso é chamado de "Aviso de Prática da Privacidade ." O aviso explica também como protegemos a privacidade do seu PHI.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

D1. Como protegemos o seu PHI

Asseguramos que as pessoas não autorizadas não vejam ou alterem seus registros.

Na maioria das casos, não damos a sua informação de saúde a quem que não estiver a providenciar ou pagar por seus cuidados. Se o fizermos, seremos obrigados a conseguir autorização por escrito do seu *médico primeiro*. Permissão escrita pode ser dada por você ou por alguém que tem o poder legal para tomar decisões por você.

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

- Somos obrigados a liberar o PHI para agências do governo que estão a averiguar nossa qualidade de atendimento.
- Somos obrigados a dar a Medicare seu PHI. Se Medicare liberar seu PHI para pesquisa ou outros usos, isso será feito de acordo com as leis federais.
- Somos obrigados a relatar informações médicas anônimas sobre a utilização de cuidados de saúde de membros e os custos para o Rhode Island's All Payer Claims Database (APCD), HealthFacts RI (Banco de Dados das Reivindicações de Todos os Pagadores de Rhode Island, Factores de Cuidados de Saúde de RI). Informação pessoal nunca é relatada. Se você escolher por não incluir suas informações, poderá desativá-las visitando o site na www.riapcdoptout.com. Se você não tiver acesso à internet, ligue à linha de assistência ao consumidor do seguro de saúde de Rhode Island (Rhode Island Health Insurance Consumer Support Line) (RI-REACH um programa da Rede de Informação dos Pais de Rhode Island - Parent Information Network) no 1-855-747-3224.

D2. Você tem o direito de ver seus registros médicos

Você tem o direito de procurar seus registros médicos e pedir uma cópia. Podemos cobrar uma taxa por fazer uma cópia dos seus registros médicos.

Você tem o direito de nos pedir de atualizar ou corrigir seus registros médicos. Se você nos pedir para fazer isto, trabalharemos com o seu médico para decidir se as alterações deveriam de facto ser feitas.

Você tem o direito de saber se e como seu PHI foi compartilhado com outros.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se você tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade do seu PHI, chame os Serviços de atendimento aos Membros.

E. Nossa responsabilidade de lhe fornecer informações sobre o plano, os provedores da rede e seus serviços cobertos

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

Se você quiser informações sobre qualquer um dos seguintes, chame os Serviços de atendimento aos Membros:

- Nosso plano inclui:
 - Informações financeiras
 - Como o plano foi avaliado pelos Membros do plano
 - A quantidade de apelos feitos pelos Membros
 - Como deixar o plano
- Nossos provedores da rede e nossas farmácias da rede, incluindo:
 - Como escolher ou mudar de prestador de cuidado primário
 - Qualificações dos nossos provedores da rede e das nossas farmácias
 - Como pagamos os prestadores da nossa rede
 - Para uma lista dos prestadores e das farmácias na rede do plano, consulte o Diretório dos Prestadores e das Farmácias. Para conseguir informações mais detalhadas sobre nossos prestadores ou nossas farmácias, chame os Serviços de atendimento aos Membros, ou visite nosso site na www.nhpri.org/INTEGRITY
- Serviços e remédios cobertos e sobre as regras que devem ser seguidas, incluindo:

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Serviços e remédios abrangidos pelo plano
- Limites da sua cobertura e medicamentos
- Regras que devem ser seguidas para conseguir serviços cobertos e remédios
- Porquê algo não está coberto e o que você pode fazer com isso, inclusive pedir-nos:
 - Por escrito porquê algo não está coberto
 - Alterar uma decisão que fizemos
 - Pagar por uma fatura que você recebeu

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. Eles não podem tampouco cobrá-lo se pagarmos menos do que o provedor nos cobrou. A única exceção é se você estiver a receber cuidados de long prazo e assistência (LTSS) e o Rhode Island Medicaid disser que você tem de pagar por parte dos custos desses serviços. Para saber o que fazer se um provedor da rede tentar de cobrar por serviços cobertos, consulte o Capítulo 7, a Seção A, página 123.

G. Seu direito de sair o plano

Ninguém pode lhe obrigar a ficar em nosso plano, se você não quiser.

- Você tem o direito de receber a maioria dos seus serviços de saúde através de Original Medicare ou de um plano Medicare Advantage.
- Você pode receber os benefícios dos remédios de prescrição de Medicare Parte D dum plano de medicamentos de prescrição ou de um plano de Medicare Advantage.
- Consulte o Capítulo 10, a Seção C, página 202 para ter mais informações quando você pode aderir a um novo plano de Medicare Advantage ou de benefícios de remédios prescritos.
- Se você sair do nosso plano, você será inscrito no Rhode Island Medicaid Fee For Service (FFS) (Taxa por Serviço) para seus serviços de Medicaid. Para ter mais informações sobre

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Rhode Island Medicaid Fee for Service (FFS) (Taxa por Serviço), chame o 1-401-784-8877 das 08:00 às 15:30, de segunda a sexta-feira.

H. Seu direito de tomar decisões sobre seu cuidado de saúde

H1. Seu direito de conhecer suas opções de tratamento e tomar decisões sobre seus cuidados de saúde

Você tem o direito de conseguir informações completas de seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde quando você receber serviços. Seus prestadores devem explicar sua condição e suas escolhas de tratamento, de forma que você possa entender. Tem o direito de:

- **Conhecer suas escolhas.** Você tem o direito de saber sobre todos os tipos de tratamento para suas condições de saúde.
- **Conhecer os riscos.** Você tem o direito de saber sobre os riscos envolvidos. Você tem de saber com antecedência se qualquer serviço ou tratamento faz parte dum experimento de pesquisa. Você tem o direito de recusar tratamentos experimentais.
- **Obter uma segunda opinião.** Você tem o direito de ver outro provedor antes de decidir sobre o tratamento.
- **Dizer "não"** Você tem o direito de recusar qualquer tratamento. Isto inclui o direito de sair de um hospital ou outra facilidade médica, mesmo se seu provedor o desaconselhar. Você também tem o direito de parar de tomar um medicamento. Se você recusar tratamento ou parar de tomar um remédio, você não será descartado do plano. No entanto, se você recusar tratamento ou parar de tomar um medicamento, você aceitará total responsabilidade pelo que pode lhe acontecer.
- **Pergunte-nos de explicar porquê um provedor negou cuidado.** Você tem o direito de receber uma explicação da nossa parte se um provedor negar o atendimento que você acreditar, conseguiria.
- **Pergunte-nos de cobrir um serviço ou um remédio que foi negado ou que normalmente não é coberto.**
Isso é chamado de uma decisão de cobertura. O Capítulo 9, a Seção 4.2, página 150 diz como pedir uma decisão de cobertura do plano.

H2. Seu direito de dizer o que você quiser que aconteça se você for incapaz de decidir os cuidados de saúde por si mesmo

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

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

Você não tem de utilizar uma diretiva antecipada, mas pode se quisesse. Aqui está o que deve fazer:

- **Consegue o formulário.** Você pode obter um formulário de seu provedor, advogado, assistente social ou agência de serviços jurídicos. As organizações que dão às pessoas informações sobre Medicare ou Medicaid tal como The POINT podem também ter formulários de diretiva antecipada.
- **Preencha e assine o formulário.** O formulário é um documento legal. Deveria considerar a ajuda de um advogado que lhe ajudará a prepará-lo.
- **Dê cópias às pessoas que precisam de saber sobre isto.** Você deve entregar uma cópia do formulário ao seu provedor. Você deve também entregar uma cópia à pessoa você designou para tomar decisões por si. Você pode também entregar cópias aos amigos ou membros da sua família. Não esqueça de guardar uma cópia em casa.
- Se você for internada e tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia com você ao hospital.**

O hospital perguntará se você assinou um formulário de diretiva antecipada e se você o tiver com você.

Se você não assinar um formulário de diretiva antecipada, há formulários disponíveis no hospital cujo funcionários lhe perguntarão se você deseja assinar um.

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

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

H3. O que fazer se suas instruções não forem seguidas

Se você assinar uma diretiva antecipada, e acreditar que um provedor ou hospital não seguiu as instruções nela, você pode registrar uma reclamação com o departamento de Saúde de Rhode Island (Rhode Island Department of Health) no: Department of Health

3 Capitol Hill

Providence, RI 02908.

I. Seu direito de fazer queixas e pedir-nos de reconsiderar decisões que fizemos

O Capítulo 9, a Seção 3, página 149 diz o que você pode fazer se você tiver quaisquer problemas ou preocupações sobre seus serviços cobertos ou cuidados. Por exemplo, você pode nos pedir de tomar uma decisão de cobertura, apresentar um apelo por que alteremos uma decisão de cobertura ou fazer uma reclamação.

Você tem o direito de conseguir informações sobre apelos e reclamações que outros membros têm registrado contra nosso plano. Para ter essa informação, chame os Serviços de atendimento aos Membros.

I1. O que fazer se você acreditar que está sendo tratado injustamente, ou seus direitos não estão sendo

respeitados

Se você acreditar ser tratado injustamente - e não **for** acerca discriminação pelas razões listadas na página 119 - você pode conseguir ajuda dessas maneiras, ligando aos:

- Serviços de Atendimento aos Membros
- The POINT no 1-401-462-4444. Os utentes TTY devem chamar 711. The POINT fornece informações e referências para programas e serviços de idosos, adultos com deficiências e seus cuidadores.
- Medicare no 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utentes TTY devem chamar 1-877-486-2048.
- O Defensor da saúde RIPIN (Healthcare Advocate). Para obter mais detalhes sobre esta organização e como contatá-la, consulte o Capítulo 2, a Seção I, página 26.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- A Aliança para Melhor Cuidado de Longo Prazo (Alliance for Better Long Term Care) Para ter mais detalhes sobre esta organização e como contatá-la, consulte o Capítulo 2, a Seção J, página 27.

I2. Como ter mais informações sobre os seus direitos

Existem várias maneiras de obter mais informações sobre seus direitos:

- Chame os Serviços de atendimento aos Membros.
- Chame The POINT no 1-401-462-4444. Os utentes TTY devem chamar 711. The POINT fornece informações e referências para programas e serviços de idosos, adultos com deficiências e seus cuidadores.
- Entre em contato com Medicare.
 - Visite o site de Medicare para ler ou abaixar "Direitos e proteções de Medicare." (vá a <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-andProtections.pdf>), ou
 - Chame o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY devem chamar o 1-877-486-2048.
- Chame RIPIN o Defensor de saúde. Para obter mais detalhes sobre esta organização e como contatá-la, consulte o Capítulo 2, a Seção I, página 26.
- Você pode ligar para The Alliance for Better Long Term Care (A Aliança para Melhor Cuidado de Longo Prazo). Para ter mais detalhes sobre esta organização e como contatá-la, consulte o Capítulo 2, a Seção J, página 27.

J. Suas responsabilidades como Membro do plano

Como um Membro do plano, você tem a responsabilidade de fazer as coisas que estão listadas abaixo. Se você tiver alguma dúvida, chame os Serviços de atendimento aos Membros.

- **Leia o *Manual do Membro*** para saber o que é coberto e quais regras você precisa seguir para conseguir serviços e medicamentos cobertos.
 - Para os Serviços cobertos, consulte os Capítulos 3 e 4 nas páginas 31 e 49. Os capítulos lhe dizem o que está coberto, o que não está coberto, quais regras você precisa seguir e o que você paga.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Para os remédios cobertos, ver os Capítulos 5 e 6 nas páginas 96 e 115.
- **Fale conosco sobre qualquer outra cobertura de saúde ou remédios de prescrição** que você tenha. Somos obrigados a assegurar-se que você está utilizando todas as suas opções de cobertura quando você receber cuidado de saúde. Por favor, ligue aos Serviços de Atendimento aos Membros se você tiver outra cobertura.
- **Informe o seu médico e outros profissionais de saúde** que você está inscrito no nosso plano. Mostre seu cartão de identificação de membro sempre que você receber serviços ou medicamentos.
- **Ajude seus** médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a dar-lhe os melhores cuidados.
 - Dê-lhes as informações necessárias sobre você e sua saúde. Aprenda o máximo que você puder sobre seus problemas de saúde. Siga os planos de tratamento e as instruções que você e seus fornecedores concordarem.
 - Assegure-se que seus médicos e outros provedores saibem sobre todos os medicamentos que você está a tomar. Isso inclui medicamentos prescritos, medicamentos sem receita, vitaminas e suplementos.
 - Se você tiver alguma dúvida, não esquecer de perguntar. Seus médicos e outros provedores devem explicar as coisas de uma maneira que você possa entender. Se você fizer uma pergunta e você não entender a resposta, pergunte de novo.
- **Preste atenção.** Esperamos que todos os nossos membros respeitem os direitos dos outros pacientes. Esperamos também que você agir com respeito no consultório do seu médico, nos hospitais e escritórios dos outros provedores.
- **Pague o que você deve.** Como um Membro do plano, você é responsável por esses pagamentos:
 - Prêmios de Medicare Parte A e Parte B. Para a maioria dos Membros da Neighborhood INTEGRITY, Medicaid paga seu prêmio da Parte A e seu prêmio da Parte B.
 - Se você receber cuidados LTSS, terá de pagar por parte do custo dos seus serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid.
 - **Se você conseguir serviços ou remédios que não foram cobertos pelo nosso plano você terá de pagar por todo o custo você mesmo.**

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se você não concordar com a nossa decisão de não cobrir um serviço ou medicamento, você pode fazer um recurso. Por favor, veja o Capítulo 9, a Seção 5.3 e a Seção 6.5 nas páginas 156 e 175 para saber como fazer um apelo.
- **Diga-nos se você mudar.** Se você estiver a mudar, é importante de informar-nos em seguida. Chame os Serviços de atendimento aos Membros.
 - **Se mudar de fora da nossa área de serviço, você não pode ficar neste plano.** Apenas as pessoas que vivem em nossa área de serviço podem aderir a Neighborhood INTEGRITY. O Capítulo 1, a Seção D, página 8 informa sobre a nossa área de serviço.
 - Podemos ajudá-lo a saber se você estiver mudando fora da área de serviço. Durante um período de inscrição especial, você pode mudar para o Original Medicare ou se inscrever num plano de saúde ou prescrição de medicamentos do Medicare em sua nova localidade.
 - Além disso, assegure-se de informar Medicare e Medicaid sobre seu novo endereço quando você mudar. Consulte o Capítulo 2, a Seção G e a Seção H nas páginas 24 e 25 para os números de telefone de Medicare e Medicaid.
 - **Se você mudar dentre de nossa área de serviço, ainda precisaremos saber.** Precisamos manter atualizada a sua ficha de adesão e saber como entrar em contato com você.
- Entre em contato com os Serviços de atendimento aos Membros para conseguir ajuda se você tiver dúvidas ou preocupações.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

O que contém este capítulo?

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

- Tiver um problema ou uma reclamação sobre o seu plano.
- Precisar dum serviço, item ou duma medicação que seu plano disse que não pagará.
- Discordar com uma decisão que seu plano fez sobre seus cuidados.
- Achar que seus serviços cobertos estão terminando bastante cedo.

Se você 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 você está a procurar.

Se você estiver enfrentando um problema com sua saúde ou seus serviços e apoio de longo prazo

Você deveria procurar cuidado de saúde, medicamentos, serviços e assistência de longo prazo que seu médico e outros profissionais determinarem como necessários para o seu atendimento como parte do seu plano de tratamento. **Se tiver algum problema com os seus cuidados, pode contactar RIPIN Healthcare Advocate (Defensor de Saúde) no 1-855-747-3224 procurando ajuda.** Este capítulo explica as diferentes opções disponíveis para diferentes problemas e queixas, mas você pode sempre chamar o Defensor de Saúde - RIPIN Healthcare Advocate para ajudar a guiá-lo com seu problema.

Para recursos adicionais a fim de resolver suas preocupações e as maneiras de contatá-los, consulte o Capítulo 2, a Seção I, página 26 para ter mais informações sobre o Defensor de Saúde - RIPIN Healthcare Advocate.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Tabela de Conteúdos

O que contém este capítulo?	142
Se você estiver a enfrentar um problema com sua saúde ou os serviços e apoios de longo prazo	142
Seção 1: Introdução	146
• Seção 1.1: O que fazer se você tiver um problema.....	146
• Seção 1.2: Equanto aos termos legais?	146
• Seção 2: Onde pedir ajuda	147
• Seção 2.1: Onde conseguir mais informações e ajuda	147
• Seção 3: Problemas com seus benefícios	149
• Seção 3.1: Por querer utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou por querer fazer uma reclamação?	149
• Seção 4: Decisões de cobertura e apelos	149
• Seção 4.1: Visão geral das decisões de cobertura e dos apelos	149
• Seção 4.2: Conseguir ajuda com as decisões de cobertura e os apelos	150
• Seção 4.3: Qual Seção do presente capítulo ajudá-lo-à?	151
• Seção 5: Problemas com serviços, itens e medicamentos (exceto os remédios da Parte D) .	153
.....	
• Seção 5.1: Quando utilizar esta seção	153
• Seção 5.2: Pedir uma decisão de cobertura	154
• Seção 5.3: Nível 1 Apelos por serviços, itens e medicamentos (exceto os remédios da Parte D)	156
• Seção 5.4: Nível 2 Apelos por serviços, itens e medicamentos (exceto os remédios da Parte D)	160
• Seção 5.5: Problemas de pagamentos	165
• Seção 6: Remédios Parte D	167

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção 6.1: O que fazer se você tiver problemas para obter um medicamento da Parte D ou se quiser que pagamos-lhe de volta por um remédio da Parte D	167
• Seção 6.2: O que é uma exceção?	168
• Seção 6.3: Coisas importantes a saber sobre solicitar exceções	170
• Seção 6.4: Como pedir uma decisão de cobertura sobre um remédio da Parte D ou reembolso de um medicamento da Parte D, incluindo uma exceção	170
• Seção 6.5: Nível 1 Apelo para remédios da Parte D	175
• Seção 6.6: Nível 2 Apelo para remédios da Parte D	177
Seção 7: Perguntar-nos de cobrir uma estadia hospitalar prolongada	179
• Seção 7.1: Aprender sobre seus direitos de Medicare	180
• Seção 7.2: Nível 1 Apelo para mudar a data de sua alta do hospital	181
• Seção 7.3: Nível 2 Apelo para mudar a data de sua alta do hospital	183
• Seção 7.4: O que acontece se eu perder o prazo de um apelo?	184
Seção 8: O que fazer se você achar que seu cuidado de saúde domiciliário, numa instituição de enfermagem especializada, ou de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORPF) estiverem terminando bem cedo...	187
• Seção 8.1: Di-lo-emos com antecedência quando terminará sua cobertura	187
• Seção 8.2: Nível 1 Apelo para continuar seus cuidados	188
• Seção 8.3: Nível 2 Apelo para continuar seus cuidados	190
• Seção 8.4: E se você perder o prazo de apresentação do Apelo de Nível 1?	191
Seção 9: Levar seu apelo além do Nível 2	193
• Seção 9.1: Próximos passos dos serviços Medicare e itens	193
• Seção 9.2: Próximos passos dos serviços Medicare e itens	194
Seção 10: Como fazer uma queixa	197
• Seção 10.1: Reclamações internas	196
• Seção 10.2: Reclamações externas n.....	197

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção 1: Introdução

• Seção 1.1: O que fazer se você 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 você.

• Seção 1.2: Enquanto aos termos legais?

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

Por exemplo, diremos:

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

Conhecer os termos legais adequados pode ajudá-lo a comunicar mais claramente, então proporcionamos esses termos igualmente.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção 2: Onde ligar para pedir ajuda

• Seção 2.1: Onde conseguir mais informações e ajuda.

Às vezes pode ser complicado começar ou seguir o processo para enfrentar um problema. Isto pode ser a realidade se você não se sentir bem ou tiver pouca energia. Outras vezes, você pode não saber como dar o próximo passo necessário.

Você pode conseguir ajuda do Defensor de Saúde RIPIN Healthcare Advocate

Se precisar de ajuda, você pode sempre ligar ao Defensor de Saúde 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 seu problema. Consulte o Capítulo 2, a Seção I, página 26 para ter mais informações sobre os programas de mediação.

O RIPIN Healthcare Advocate não está conectado conosco ou com qualquer seguradora ou plano de saúde. Eles podem ajudá-lo a entender qual processo utilizar. O número de telefone para o RIPIN Healthcare Advocate é o 1-855-747-3224. Seus serviços são gratuitos.

Você pode receber ajuda do Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (State Health Insurance Assistance Program - SHIP)

Você pode também chamar seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (State Health Insurance Assistance Program - SHIP). Os conselheiros de SHIP podem responder às suas perguntas e ajudá-lo a entender o que fazer para lidar com seu problema. O SHIP não está ligado a nenhuma companhia de seguro ou plano de saúde. O SHIP tem conselheiros treinados em cada estado, e os serviços são gratuitos. Ligue a The POINT no 1-401-462-4444 se você gostaria de falar com um conselheiro de SHIP.

Receber ajuda de Medicare

Você pode chamar Medicare diretamente para receber ajuda com os problemas. Aqui estão duas maneiras de conseguir ajuda de Medicare:

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

Receber ajuda de Medicare

Você pode também receber ajuda de Medicaid. Contacte o Departamento de Rhode Island dos Serviços Humanos (Rhode Island Department of Human Services - DHS) a linha de informação no 1-855-697-4347 (TTY 711) para ter ajuda com Medicaid.

Conseguir ajuda da Organização de Rhode Island para a Melhoria da Qualidade (Rhode Island's Quality Improvement Organization - QIO)

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

- Chame o 1-888-319-8452, das 09:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira; das 11:00 às 15:00 nos sábados, domingos e feriados. Uma gravação de voz está disponível 24 horas por dia. TTY: 1-855-843-4776 Este número é para as pessoas que têm problemas de audição ou de fala. Você deve ter o equipamento de telefone especial para chamá-lo.
- Escreva para: KEPRO
5700 Lombardo Center Drive, Suite 100
Seven Hills, OH 44131
- Visite o site da KEPRO no <https://keproqio.com/>

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção 3: Problemas com seus benefícios

- **Seção 3.1: Por querer usar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou por querer fazer uma reclamação?**

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

O seu problema ou a sua preocupação são ligados aos seus benefícios ou a sua cobertura?

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

Sim.

Meu problema é ligado aos benefícios ou à cobertura.

Vá para a **Seção 4: "Decisões de cobertura e apelos"** na página 136.

Não.

Meu problema não é ligado aos benefícios ou à cobertura.

Ir para a **Seção 10: "Como fazer uma reclamação"** na página 176.

Seção 4: Decisões de cobertura e apelos

- **Seção 4.1: Visão geral das decisões de cobertura e dos apelos**

O processo de solicitar decisões de cobertura e fazer apelos com problemas relacionados aos seus benefícios e à sua cobertura. Inclui também problemas com pagamento.

O que é uma decisão de cobertura?

Uma decisão de cobertura é uma decisão inicial que tomamos sobre seus benefícios e sua cobertura ou sobre o valor que pagaremos por seus serviços médicos, itens ou medicamentos. Estamos tomando uma decisão de cobertura cada vez que decidimos o que é coberto para você e o montante que pagamos.

Se você ou seu provedor não tiver certeza se um serviço, item ou remédio for coberto por Medicare ou Medicaid, qualquer dos dois pode pedir uma decisão de cobertura antes que o provedor oferecer o serviço, item ou medicamento.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que é um apelo?

O apelo é uma maneira formal de pedir-nos que seja revisto a decisão de cobertura e alterá-la se você achar que temos cometido um erro. Por exemplo, podemos decidir que um serviço, item, ou medicamento que você desejar não seja coberto ou não seja mais coberto por Medicare ou Medicaid. Se você ou o seu médico não concordar com a nossa decisão, você pode recorrer a um apelo.

- **Seção 4.2: Receber ajuda com as decisões de cobertura e os apelos**

Quem posso chamar para pedir ajuda com as decisões de cobertura ou fazer um apelo?

Pode pedir qualquer dessas pessoas por ajuda:

- Ligue os **Serviço de Atendimento aos Membros** no 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Ligue a **RIPIN Healthcare Advocate (Defensor de Cuidados de saúde)** para receber ajuda gratuita. O Defensor de Cuidados de saúde RIPIN Healthcare Advocate ajuda as pessoas matriculadas em Medicaid com problemas de faturamento ou de serviço. O número de telefone é o 1-855-747-3224.
- Chame **The POINT** para ajuda gratuita. The POINT é uma organização independente. Não está conectada com este plano. O número de telefone é o 1-401-462-4444.
- Fale com **seu médico ou outro provedor**. Seu médico ou outro provedor pode pedir uma decisão de cobertura ou apelo em seu nome.
- Fale com um **amigo ou membro da sua família** e peça a ele ou ela de agir por você. Você pode nomear uma outra pessoa para atuar como seu “representante” para solicitar uma decisão de cobertura ou fazer um apelo.
 - Se você quiser um amigo, familiar, ou uma outra pessoa pode ser seu representante, chame os Serviços de atendimento aos Membros e peça o formulário de "Nomeação de Representante".
 - você também pode conseguir o formulário no site de Medicare no <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> ou no nosso website www.nhpri.org/INTEGRITY. O formulário dá à pessoa permissão de agir por você. Você deve dar-nos uma cópia do formulário assinado.
- **Você tem também o direito de pedir um advogado** de atuar por você. Você 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 lhe darão serviços jurídicos gratuitos se você qualificar. Se você quiser um advogado para representá-lo, você precisará preencher o formulário de nomeação de representante.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- No entanto, **não precisa ter um advogado** para pedir qualquer tipo de decisão de cobertura ou para fazer um apelo.

• **Seção 4.3: Qual a Seção deste capítulo ajudá-lo-à?**

Existem quatro tipos diferentes de situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Cada situação tem regras e prazos diferentes. Separamos este capítulo em seções diferentes para ajudá-lo a encontrar as regras que você precisa seguir. **Você precisa ler apenas a Seção que se aplica ao seu problema:**

- **a Seção 5 na página 139** dá-lhe informações, se você tiver problemas com os serviços, itens e medicamentos (mas **exceto** remédios de Parte D). Por exemplo, use esta seção se:
 - Você não estiver recebendo cuidados médicos que você deseja, e você acreditar que nosso plano cubra este cuidado.
 - Não aprovarmos serviços, itens ou medicamentos que seu provedor quiser lhe dar, e você acreditar que esse cuidado deveria ser coberto.
 - **NOTA:** Use somente a Seção 5 se estes forem remédios **não** cobertos pela Parte D. Os medicamentos na *Lista de Remédios Cobertos* com um código 'DP' **não são** cobertos pela Parte D. Veja a Seção 6, na página 158 da Parte D, os recursos ligados aos remédios.
 - Você recebeu assistência médica ou serviços que acha deveriam ser cobertos, mas não estamos pagando por esses cuidados.
 - Você recebeu e pagou por serviços médicos ou itens que você pensava estavam cobertos, e quer pedir-nos de pagar-lhe de volta.
 - Resulta que a cobertura de cuidados que você tem conosco, será reduzida ou interrompida, e você discorda com a nossa decisão.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **NOTA:** Se a cobertura que será interrompida para os cuidados hospitalares, cuidados de saúde domiciliares, unidade de cuidados enfermeiros qualificados ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF), você precisa ler uma seção separada deste capítulo porque regras especiais se aplicam a estes tipos de cuidados. Ver Seções 7 e 8 nas páginas 162 e 169.
- **A Seção 6 na página 152** fornece informações sobre os medicamentos da Parte D. Por exemplo, use esta Seção se:
 - Quiser pedir-nos de fazer uma exceção para cobrir um medicamento da Parte D que não estiver na nossa *Lista de remédios cobertos* (Lista de remédios).
 - Quiser pedir-nos de recusar os limites na quantidade de remédios que você pode conseguir.
 - Quiser pedir-nos de cobrir um remédio que requeria aprovação prévia.
 - Não aprovamos o seu pedido ou a exceção, e você ou seu médico ou outro médico, pensa que deveríamos fazê-lo.
 - Quiser pedir-nos de pagar por um medicamento de prescrição que você já comprou. (Isto é uma solicitação de uma decisão de cobertura relativo a um pagamento.)
- **A Seção 7 na página 162** fornece informações sobre como nos solicitar a cobertura de uma hospitalização prolongada, se você achar que o provedor está a dar-lhe alta muito cedo. Use esta seção se:
 - Você estiver no hospital e achar que o provedor lhe pediu de sair do hospital, muito cedo.
- **A Seção 8 na página 169** fornece informações se você achar que a assistência domiciliar de saúde, em unidade de cuidados especializados de enfermagem, e Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) estiverem a terminar bastante cedo.

Se você não tiver certeza qual seção deve utilizar, por favor ligue aos Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711).

Se precisar de outra ajuda ou outras informações, ligue ao Defensor de Saúde RIPIN Healthcare Advocate no 1-855-747-3224.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção 5: Problemas com serviços, itens e medicamentos (exceto remédios da Parte D)

• Seção 5.1: Quando utilizar esta seção

Esta seção é sobre o que fazer se você tiver problemas com seus benefícios médicos, saúde comportamental e serviços de cuidados de longo prazo. Você pode também usar esta seção para problemas com medicamentos que não **são** cobertos pela Parte D. Os medicamentos da *Lista de remédios cobertos* com um código 'DP' não **são** cobertos pela Parte D. Use a Seção 6 da Parte D apelos ligados aos remédios.

Esta seção informa o que você pode fazer se estiver numa das cinco situações seguintes:

1. Achar que cubramos um serviço médico, de saúde comportamental, ou de cuidados de longo prazo que você precisar mas não está a receber.

O que você pode fazer: Você pode pedir-nos de tomar uma decisão de cobertura. Vá à Seção 5.2, na página 140 para conseguir informações sobre como pedir uma decisão de cobertura.

2. Não aprovamos o cuidado que o seu provedor quer dar a você, e você acha que deveríamos aceitar o cuidado.

O que você pode fazer: Você pode recorrer a nossa decisão por não aprovar o cuidado. Vá à Seção 5.3, na página 142 para conseguir informações sobre como fazer um apelo.

3. Conseguimos serviços ou itens que você acha que cobrimos, mas não pagamos.

O que você pode fazer: Você pode recorrer a nossa decisão de não pagar. Vá à Seção 5.3, na página 142 para conseguir informações sobre como fazer um apelo.

4. Você recebeu e pagou por serviços ou itens que você pensou que estavam cobertos, e você quer que o reembolsarmos os serviços ou itens.

O que você pode fazer: Você pode então nos pedir o reembolso. Vá à Seção 5.5, na página 150 para informações sobre como pedir um pagamento.

5. Reduzimos ou interrompemos sua cobertura para um determinado serviço e você discorda com a nossa decisão.

O que você pode fazer: Você pode recorrer a nossa decisão de reduzir ou interromper o serviço. Vá à Seção 5.3, na página 142 para informações sobre como fazer um apelo.

NOTA: Se a cobertura a ser interrompida for ligada aos cuidados hospitalares, cuidados de saúde domiciliares, unidade de cuidados enfermeiros qualificados ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Rehabilitation Facility - CORF), regras especiais se aplicarem. Leia Seções 7 ou 8, nas páginas 162 e 169 para saber mais.

• **Seção 5.2: Pedir uma decisão de cobertura**

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

Para solicitar uma decisão de cobertura, ligue, escreva ou envie um fax para nós ou peça ao seu representante ou provedor de solicitar-nos uma decisão.

- Você pode chamar-nos no: 1-844-812-6896 TTY: 711
- Você pode enviar-nos um fax no: 1-401-459-6023

Você pode escrever-nos no endereço:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Atenção: Grievance and Appeals

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Quanto tempo leva para receber a uma decisão de cobertura?

Geralmente leva até 14 dias calendários depois que você fez o pedido. Se não lhe dermos nossa decisão no prazo de 14 dias calendários, você pode recorrer.

Às vezes precisamos de mais tempo, e nós lhe enviaremos uma carta dizendo que precisamos mais 14 dias calendários. A carta explicará porquê precisamos de mais tempo.

Posso obter uma decisão de cobertura mais rápida?

Sim. Se você precisar duma resposta mais rápida por causa de sua saúde, peça-nos de tomar uma "decisão de cobertura rápida." Se aprovarmos o pedido, notificá-lo-emos de nossa decisão no prazo de 72 horas.

No entanto, as vezes precisamos de mais tempo, e nós lhe enviaremos uma carta lhe informando que precisamos mais 14 dias calendários. A carta explicará porquê mais tempo é necessário.

O termo legal para uma "decisão de cobertura rápida" é "**determinação acelerada**".

Solicitar uma decisão de cobertura rápida

- Se você solicitar uma decisão de cobertura rápida, comece por ligar ou enviar por fax ao nosso plano pedindo-nos de cobrir o cuidado que você quiser.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Você pode chamar-nos ao 1-844-812-6896 (TTY 711) ou enviar-nos um fax ao 1-401-459-6023. Para detalhes sobre como nos contatar, vá ao Capítulo 2, a Seção A, página 16.
- Você pode também pedir ao seu provedor ou representante de ligar-nos.

Aqui estão as regras para pedir uma decisão de cobertura rápida:

Você deve satisfazer os dois requisitos seguintes para conseguir uma decisão de cobertura rápida:

1. Você pode receber uma decisão de cobertura rápida **apenas se estiver solicitando uma cobertura por assistência médica ou um item que ainda não tenha recebido**. (Você não pode conseguir uma decisão de cobertura rápida se o seu pedido for ligado ao pagamento por cuidado médico ou um item que você já tem recebido).
2. Você pode conseguir uma decisão de cobertura rápida **se o prazo de 14 dias calendários poderão causar sérios danos a sua saúde ou impedir a sua capacidade de funcionar**.
 - Se o seu provedor disser que você precisa de uma decisão de cobertura rápida, nós automaticamente lhe daremos uma.
 - Se você solicitar uma decisão de cobertura rápida sem o suporte do seu provedor, decidiremos se você obter uma decisão de cobertura rápida.
 - Se decidirmos que sua saúde não satisfaz os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, enviaremos-lhe uma carta. Porém, utilizaremos em vez o prazo padrão de 14 dias calendários.
 - Esta carta lhe dirá, se o seu prestador solicitar a decisão de cobertura rápida, daremos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - A carta lhe dirá também como você pode apresentar uma "queixa rápida" relativo 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 Seção 10, página 176.

Se a decisão de cobertura for Sim, quando receberei o serviço ou item?

Você será aprovado (pré-autorizado) a receber o serviço ou item no prazo de 14 dias calendários (para uma decisão de cobertura padrão) ou 72 horas (para uma decisão de cobertura rápida) a partir do momento você fez a solicitação. Se estendermos o tempo necessário para tomar nossa decisão de cobertura, aprovaremos a cobertura no final desse período estendido.

Se a decisão de cobertura for Não, como vou saber?

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se a resposta for **Não**, nós lhe enviaremos uma carta avisando-lhe nossas razões de dizer **Não**.

- Se dissermos **Não**, você terá o direito de pedir-nos de mudar esta decisão fazendo um apelo. Apresentação de um apelo significa pedir-nos de rever nossa decisão de negar a cobertura.
- Se você decidir de recorrer, isso significa que você irá ao Nível 1 do processo de Apelações (leia a próxima seção para mais informações).

• Seção 5.3: Nível 2 Apelos para serviços, itens e medicamentos (exceto remédios da Parte D)

O que é um apelo?

Um apelo é uma maneira formal de pedir-nos que seja revisto nossa decisão de cobertura e alterá-la se você achar que tivemos cometido um erro. Se você ou o seu médico não concordarem com a nossa decisão, você pode fazer um apelo. Em todos os casos, você deve começar seu apelo ao Nível 1.

Se precisar de ajuda durante o processo de apelação, você poderá chamar o defensor de saúde RIPIN Healthcare Advocate no 1-855-7473224. O RIPIN Healthcare Advocate não está conectado conosco ou com qualquer seguradora ou plano de saúde.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que é um apelo de Nível 1?

Um apelo de Nível 1 é o primeiro recurso de nosso plano. Analisaremos sua decisão de cobertura para ver se tudo estiver certo. O revisor será alguém que não fez parte da decisão de cobertura inicial. Quando concluirmos a revisão, lhe daremos nossa decisão por escrito.

Se após nossa análise, dissermos que o serviço ou item não estará coberto, o seu caso poderá ir a um recurso de Nível 2.

Como fazer um apelo de Nível 1

- Para iniciar seu recurso, você, seu médico ou outro provedor ou seu representante devem entrar em contato conosco. Você pode ligar ao 1-844-812-6896 (TTY 711). Para obter detalhes adicionais sobre como nos contatar para os recursos, consulte o Capítulo 2.
- Você pode pedir-nos um "apelo padrão" ou um "recurso rápido".
- Se você estiver solicitando um recurso padrão ou recurso rápido, faça o seu apelo por escrito ou telefone.

- Você pode enviar uma solicitação para o endereço seguinte:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Atenção: Grievance and Appeals

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917 ○ Você também pode solicitar um apelo ligando ao 1-

844-812-6896 (TTY 711).

Com uma olhada: Como fazer um apelo de Nível 1

Você, seu provedor ou seu representante podem colocar seu pedido por escrito e enviá-lo por correio ou fax para nós. Você também pode solicitar um recurso telefonando para nós.

◆ Faça a sua solicitação **dentro de 60 dias calendários** da decisão que você estiver a recorrer. Se você perder o prazo por um bom motivo, você poderá apelar ainda .

◆ Se você recorrer porque lhe dissermos que um serviço você estiver a receber naquele momento será alterado ou parado, **você terá menos dias para recorrer** se você quiser continuar a receber esse serviço enquanto seu apelo estiver processando.

◆ Continue lendo esta seção para saber mais sobre o prazo aplicável ao seu recurso.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Alguém pode fazer o apelo por mim?

Sim. Seu médico ou outro pode fazer o apelo para você. Além disso, alguém outro que seu médico ou outro provedor pode fazer o apelo para você, mas primeiro você deve completar um formulário de nomeação de representante. O formulário dá à pessoa a permissão de agir por você.

Para obter um formulário de nomeação de representante, chame os Serviços de Atendimento aos Membros e peça um formulário ou visite o site de Medicare na <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf> ou nosso site no 1-844-812-6896 (TTY 711).

Se o apelo vier de alguém além de você 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 apelo?

Você deve solicitar um apelo **dentro de 60 dias calendários** a partir da data da carta que enviaremos para lhe informar da nossa decisão.

Se você perder este prazo e tiver uma boa razão de perdê-lo-ia, poderíamos dar-lhe mais tempo para fazer seu apelo. Exemplos de boas razões são: você tiver uma doença grave, ou lhe dermos a informação incorrecta sobre o prazo para solicitar um recurso.

NOTA: Se você recorrer porque lhe dissermos que um serviço que você estiver a receber naquele momento, será alterado ou parado, **você tem poucos dias para recorrer** se você quiser continuar a receber esse serviço enquanto seu apelo estiver processando. Leia “Meus benefícios continuarão durante os recursos do Nível 1” na página 145 para ter mais informações.

Posso conseguir uma cópia do meu registo do processo?

Sim. Pergunte-nos uma cópia, chamando os Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711).

Meu provedor pode lhe proporcionar mais informações sobre meu recurso?

Sim, você e seu provedor podem dar-nos mais informações para apoiar seu recurso.

Como faremos a decisão de apelo?

Prestamos atenção às todas as informações da sua solicitação de cobertura de cuidados médicos. Então, verificamos se estivermos a seguir todas as regras quando respondemos **Não** ao seu pedido. O revisor será alguém que não fez a decisão de cobertura inicial.

Se precisarmos de mais informações, poderemos solicitar você ou seu provedor por isso.

Quando ouvirei sobre uma decisão de recurso "padrão"?

Devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 30 dias após ter recebido o seu recurso. Nós lhe daremos nossa decisão mais cedo, se seu estado de saúde o exigir.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- No entanto, se você pedir mais tempo ou se precisarmos de reunir mais informações, iremos até mais 14 dias calendários. Se decidirmos levar alguns dias extras para tomar a decisão, lhe enviaremos uma carta explicando porquê precisamos de mais tempo.
- Se você acreditar que não deva levar mais dias, você pode apresentar uma reclamação "rápida" acerca nossa decisão de levar mais dias. Quando você registrar uma reclamação rápida, lhe daremos uma resposta à sua reclamação dentre de 24 horas. Para ter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Seção 10, na página 176.
- Se não lhe dermos uma resposta do seu recurso dentre de 30 dias calendários ou ao final dos dias extras (se tivermos precisado), enviaremos seu caso automaticamente ao Nível 2 do processo de apelo se o problema for sobre a cobertura dum serviço ou item de Medicare. Você será notificado quando isso acontecer. Se seu problema for sobre a cobertura de um item ou serviço de Medicaid, você pode apresentar um apelo de Nível 2. Para ter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, vá à Seção 5.4, na página 146.

Se a nossa resposta for Sim por parte ou tudo do que você pedir, deveremos aprovar ou fornecer o serviço ou item assim que sua condição de saúde requerer, mas ao mais tardar 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão.

Se a resposta for Não por parte ou tudo do que você pedir, lhe enviaremos uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura dum serviço ou item de Medicare, a carta lhe informará que enviaremos o seu caso para a Entidade de Revisão Independente (Independent Review Entity) para um Recurso de Nível 2. Se seu problema for sobre a cobertura dum item ou serviço de Medicaid, a carta lhe dirá como apresentar um apelo de Nível 2, si mesmo. Para ter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, vá à Seção 5.4, na página 146.

Quando ouvirei sobre uma decisão de recurso "rápida"?

Se você pedir por um recurso rápido, lhe daremos sua resposta dentre de 72 horas depois de ter recebido o apelo. Lhe daremos nossa decisão mais cedo, se seu estado de saúde o exigir.

- No entanto, se você pedir por mais tempo ou se precisarmos de reunir mais informações, iremos até mais 14 dias calendários. Se decidirmos levar alguns dias a mais para tomar a decisão, lhe enviaremos uma carta explicando por qual razão precisarmos de mais tempo.
- Se você acreditar que não deva tomar mais dias, você pode apresentar uma reclamação "rápida" sobre nossa decisão de levar mais dias. Quando você registrar uma reclamação rápida, lhe daremos uma resposta à sua reclamação dentre de 24 horas. Para mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Seção 10, na página 176.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se não lhe dermos uma resposta do seu recurso dentro de 30 dias calendários ou ao final dos dias a mais (se tivermos levado mais tempo), enviaremos seu caso automaticamente ao Nível 2 do processo de apelo se o problema for sobre a cobertura dum serviço ou item de Medicare. Você será notificado quando isso acontecer. Se seu problema for sobre a cobertura de um item ou serviço de Medicaid, você pode apresentar um apelo de Nível 2. Para ter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, vá à Seção 5.4, na página 146.

Se a nossa resposta for Sim por parte ou tudo do que você pedir, deveremos aprovar ou fornecer o serviço ou item assim que sua condição de saúde exigir, mas ao mais tardar 72 horas a partir da data em que tomemos a decisão.

Se a resposta for Não por parte ou tudo do que você pedir, lhe enviaremos uma carta. Se o seu problema for sobre a cobertura dum serviço ou item de Medicare, a carta lhe informará que enviaremos o seu caso para a Entidade de Revisão Independente (Independent Review Entity) para um Recurso de Nível 2. Se seu problema for sobre a cobertura dum item ou serviço de Medicaid, a carta lhe dirá como apresentar um apelo de Nível 2 si mesmo. Para ter mais informações sobre o processo de recurso de Nível 2, vá à Seção 5.4, na página 146.

Meus benefícios continuarão durante os apelos do Nível 1?

Se decidirmos de alterar ou interromper a cobertura de um serviço que foi aprovado anteriormente, enviaremos um aviso antes de executar a ação. Se você desconcordar com a ação, você pode apresentar um Recurso de Nível 1 e pedir que continuemos com seus benefícios do serviço. Você deve fazer **o pedido, no dia ou antes ao mais tardar** dos seguintes para continuar seus benefícios:

- dentro de 10 dias a contar da data de envio por correio de nosso aviso de ação; ou
- A data prevista efetiva da ação.

Se você cumprir esse prazo, poderá continuar a receber o serviço contestado enquanto o recurso estiver processando. Se os seus benefícios continuarem e o resultado final do apelo confirmar a nossa ação, poderemos recuperar o custo dos serviços fornecidos a você enquanto o apelo estava pendente.

- **Seção 5.4: Nível 2 Apelos por serviços, itens e medicamentos (exceto remédios da Parte D)**

Se o plano indicar Não ao Nível 1, o que vai acontecer?

Se dissermos **Não** por parte ou a totalidade do seu recurso de Nível 1, lhe enviaremos uma carta. Esta carta lhe dirá se o serviço ou item for coberto normalmente por Medicare ou Medicaid.

- Se seu problema for sobre um serviço ou item de Medicare, você receberá automaticamente um apelo de Nível 2 com uma Entidade de Revisão Independente (Independent Review Entity - IRE), assim como o apelo de Nível 1 estiver completo.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se o seu problema for sobre um serviço ou item de Medicaid, você pode apresentar um apelo de Nível 2 com o EOHHS (Executive Office of Health and Human Services - Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos) State Fair Hearing Office (Escritório de Audiência Justa do Estado). Você pode também solicitar uma Revisão Externa de RI (RI External Review). A carta que lhe enviaremos, dando-lhe nossa decisão de recurso de Nível 1, lhe dirá como fazer isso. Informações estão também abaixo. Ambas as Audições Justas do Estado (State Fair Hearings) e as Avaliações Externas de RI (RI External Review) são conduzidas por organizações independentes que não fazem parte do plano.
- Se seu problema for sobre um serviço ou item que poderia ser coberto por Medicare e Medicaid, você receberá automaticamente um apelo de Nível 2 com a IRE. Você pode também solicitar um Recurso de Nível 2 junto ao escritório de Audiência Justa do Estado e/ou à organização de Revisão Externa de RI (State Fair Hearing and/or RI External Review). A carta que lhe enviaremos, dando-lhe nossa decisão de recurso de Nível 1, lhe dirá como fazer isso. Outras Informações estão também abaixo.

O que é um Apelo de Nível 2?

Um Recurso de Nível 2 é o segundo recurso, que é feito por uma organização independente que não está ligada ao plano. Se o seu problema for sobre um serviço ou item de **Medicare**, o Recurso de Nível 2 é feito por uma organização independente que é chamada de Entidade de Revisão Independente (Independent Review Entity - IRE). Se seu problema for sobre um **serviço ou item de Medicaid**, você pode pedir um apelo de Nível 2 com o EOHHS State Fair Hearing office e/ou o RI External Review (escritório de Audiência Justa do estado e/ou a organização de Revisão Externa de RI).

Meu problema se trata de um serviço ou item de Medicaid. Como fazer um apelo de Nível 2?

Um Apelo de Nível 2 para um serviço ou item de Medicaid é o segundo recurso que é feito por uma organização de Audiência Justa do Estado EOHHS ou por uma organização de Revisão Externa do RI (State Fair Hearing or RI External Review). Você pode apresentar ambos desses apelos de Nível 2 dentro de **120 dias calendários** a contar da data da nossa decisão de Nível 1. Quando a revisão do Nível 2 estiver concluída, você receberá uma decisão por escrito.

Se você perder este prazo e tiver uma boa razão de o ter perdido, o EOHHS ou a organização de RI External Review poderia dar-lhe mais tempo para fazer seu apelo. Exemplos de boas razões são: você tiver uma doença grave, ou lhe dermos a informação incorrecta sobre o prazo para solicitar um recurso.

NOTA: Se continuarmos seus benefícios para o serviço disputado enquanto seu recurso de Nível 1 estiver processando, **você terá poucos dias para recorrer**. Se você quiser continuar a receber esse serviço durante o apelo de Nível 2, leia "Meus benefícios continuarão durante as apelações de Nível 2" na página 148 para ter mais informações.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Como fazer um apelo de Nível 2: O EOHHS Audiência justa do Estado?

Para iniciar seu recurso de Nível 2, você, seu médico ou outro provedor ou 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:

- Chamando o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (EOHHS - Executive Office of Health and Human Services) o escritório de Apelações no (401) 462-2132 (TDD 401-462-3363).
- Enviando o seu pedido por e-mail a: OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov.
- Enviando o seu pedido por fax ao: (401) 462-0458.
- Você pode também ligar para o RIPIN Healthcare Advocate no 1-855-747-3224 para obter assistência.

O formulário da Audiência Justa do Estado pode ser enviado por correio, por fax ou por e-mail.

Você pode também pedir uma Audiência Justa Acelerada (rápida) do

Estado (State Fair Hearing) no formulário. Você pode enviar um pedido de

apelação para o endereço seguinte:

EOHHS Appeals Office, Virks Building, 3 West Rd., Cranston, RI 02920

O escritório de Audiência Justa do Estado agendará uma audiência. Eles enviarão-lhe um aviso com a data, hora e o lugar da audiência o mais tarde 15 dias antes da data da audiência.

Como fazer um apelo de Nível 2: Revisão Externa de RI?

Você pode solicitar uma Revisão Externa de RI, contactando-nos no 1-844-812-6896 e TTY 711 no prazo de 120 dias a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Encaminharemos as informações de apelação para a organização de Revisão Externa de RI dentro de cinco dias úteis após o recebimento de sua solicitação para uma Revisão Externa de RI. Você receberá uma decisão por escrito da organização RI External Review dentro de 10 dias úteis.

Meu problema se trata de um serviço ou item de Medicare. O que acontecerá no Recurso de Nível 2?

Uma Entidade de Revisão Independente (IRE) analisará cuidadosamente a decisão de Nível 1 e decidirá se deverá ser alterada.

- Você não precisa solicitar o Nível 2 de Apelo. Enviaremos automaticamente qualquer negação (no todo ou em parte) para o IRE. Você será notificado quando isso acontecer.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- O IRE é contratada por Medicare e não tem ligação com esse plano.
- Você pode pedir uma cópia do seu registro chamando os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-8126896 (TTY 711).

O IRE deve lhe dar uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 dentro de 30 dias calendários a partir do momento em que receber seu apelo. Esta regra se aplica se você enviar sua apelação antes de obter serviços ou itens médicos.

- No entanto, se o IRE precisar recolher mais informações que poderem beneficiá-lo, poderá levar até 14 dias calendários suplementares. Se o IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, lhe avisará por carta.

Se você tiver “apelo rápida” de Nível 1, você terá automaticamente um recurso rápido de Nível 2. O IRE deve lhe dar uma resposta dentro de 72 horas a partir de quando obtém seu apelo.

- No entanto, se o IRE precisar recolher mais informações que poderiam beneficiá-lo, poderá levar até 14 dias calendários suplementares. Se o IRE precisar de mais dias para tomar uma decisão, lhe avisará por carta.

E se o meu serviço ou item puder ser coberto por Medicare e Medicaid?

Se seu problema for sobre um serviço ou item que poderia ser coberto por ambos Medicare e Medicaid, você receberá automaticamente um apelo de Nível 2 com a Independent Review Entity (IRE). O IRE tomará uma decisão sobre se Medicare deverá cobrir o serviço ou item. Você pode também solicitar um Recurso de Nível 2 junto ao escritório de Audiência Justa do Estado e/ou à organização de Revisão Externa de RI (State Fair Hearing - RI External Review). Siga as instruções na página 147.

Meus benefícios continuarão durante os apelos do Nível 2?

Se seu problema for relativo a um serviço coberto por apenas Medicare, seus benefícios para este serviço **não** continuarão durante o processo de apelos de Nível 2 com a Entidade de Revisão Independente.

Se seu problema for sobre um serviço coberto por Medicaid ou um serviço que pode ser coberto por Medicare e Medicaid, 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 apelo de Nível 2 e pede seus benefícios continuarem **dentro** de 10 dias a contar da data de envio da nossa decisão de Nível 1. Você pode pedir-nos de continuar seus benefícios, chamando-nos no 1-844-812-6896 (TTY 711) ou enviando uma solicitação por escrito ao:

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Atenção: Grievance and Appeals

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Se você cumprir esses requisitos, poderá continuar a receber o serviço contestado enquanto o recurso estiver a ser processado. Se os seus benefícios continuarem e o resultado final do apelo sustentar a nossa ação, poderemos recuperar o custo dos serviços fornecidos para você enquanto o apelo estiver pendente.

Quando vou descobrir sobre a decisão?

Você receberá uma carta explicando a decisão da Audiência Justa do Estado dentro de 90 dias a partir da data em que solicitou a audiência. Você receberá uma carta explicando a decisão de uma Revisão Externa de RI dentro de 10 dias após o recebimento do recurso. Se você se qualificar para uma Audiência Justa do Estado, o EOHHS deverá lhe dar uma resposta dentro de 72 horas. Se você se qualificar para uma Revisão Externa de RI acelerada (RI External Review), você terá uma resposta em 2 dias úteis. No entanto, se o EOHHS ou a organização de Revisão Externa de RI precisar recolher mais informações que poderem ajudá-lo, poderá levar até mais 14 dias calendários.

- **Se a nossa resposta for Sim** por parte ou tudo de que você pedir, deveremos aprovar ou fornecer o serviço ou item assim que sua condição de saúde requerer, mas ao mais tardar 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão.
- Se a decisão do apelo for **Não** por parte ou totalidade de que você pedir, isso significará que o EOHHS ou a organização de Revisão Externa de RI terá confirmado a decisão do Nível 1. Isso é chamado de "sustentar a decisão." É também chamado de "recusar seu apelo".

Se o seu Recurso de Nível 2 for à Entidade de Revisão Independente (IRE), esta lhe enviará uma carta explicando sua decisão.

- Se a resposta do IRE for **Sim** por parte ou totalidade de que você pedir em seu apelo, deveremos aprovar a cobertura do cuidado de saúde assim que sua condição de saúde requerer, mas ao mais tardar 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão. Se você tiver um recurso rápido, deveremos autorizar a cobertura de cuidados médicos ou dar-lhe o serviço ou item dentro de 72 horas a partir da data em que recebermos a decisão do IRE.
- Se o IRE disser **Não** por parte ou a totalidade de que você pedir, significará que eles concordarem com a Decisão do Nível 1. Isso é chamado de "sustentar a decisão". É também chamado de "recusar seu apelo".

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E se o EOHHS - o Escritório de Audiências Justas do Estado e/ou a organização de Revisão Externa de RI e a Entidade Independente de Revisão ambas reverem o apelo de Nível 2 e tomarem decisões diferentes?

Se o EOHHS - o Escritório de Audiência Justa do Estado, a organização de Revisão Externa de RI ou a Entidade Independente de Revisão decidirem **Sim** de todo ou parte de que você pedir, oferecê-lo-emos o serviço aprovado ou item o mais perto do que você tiver pedido no seu recurso.

Se a decisão for Não por a totalidade ou parte de que eu pedir, poderia fazer um outro apelo?

Sim, em alguns casos.

Se seu apelo de Nível 2 for para o escritório de EOHHS de Audiência Justa do Estado e/ou a organização de Revisão Externa de RI e eles disserem Não a parte ou totalidade do seu recurso de Nível 2, por um serviço de Medicaid, item ou remédios, poderá apresentar um recurso de Nível 3. Nós lhe enviaremos uma carta que lhe dirá como fazer isso. O processo dos apelos de Nível para um serviço de Medicaid, item ou remédio é no Tribunal Estadual. Consulte a Seção 9.2, na página 175 para mais informações.

Se seu apelo de Nível 2 for para a Entidade de Revisão Independente (IRE), você pode apelar novamente, apenas se o montante em dólares do serviço ou item que você quiser, atingir uma quantidade mínima. A carta que você receber do IRE explicará os direitos adicionais de recursos que você pode ter. Consulte a Seção 9.1 na página 175 para mais informações.

• Seção 5.5: Problemas de pagamento

Não permitimos que nossos provedores da rede cobrem por serviços e itens cobertos . Isto é certo mesmo se pagarmos o prestador menos do que ele cubra por um serviço ou item abrangido. Você nunca é obrigado a pagar o saldo de qualquer conta. A única exceção é se você estiver a receber cuidados de long prazo e assistência (LTSS) e o Rhode Island Medicaid diz que você tem de pagar por parte dos custos desses serviços. Se você receber serviços de longo prazo e apoio, pode também ter de compartilhar ao custo desses serviços. Esse montante é determinado por Rhode Island Medicaid.

Se você receber uma conta para os serviços cobertos e itens, mande a conta para nós. **Você não deveria pagar a conta você mesmo.** Entraremos diretamente em contato com o provedor e resolveremos o problema.

Para ter mais informações, comece a ler o Capítulo 7: "Quando um prestador da rede lhe envia uma fatura." O Capítulo 7 descreve as situações em que você pode precisar pedir o reembolso ou pagar uma conta que você recebeu dum provedor. Indica também como enviar-nos a papelada pedindo por o pagamento.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Posso pedir por o reembolso dum serviço ou item pelo qual eu paguei?

Lembre-se, se você receber uma conta para serviços e itens cobertos, você não deve pagar a conta você mesmo. Mas se você pagar a conta, você pode conseguir o reembolso se você seguir as regras para receber os serviços e itens. O único montante que você terá de pagar será sua participação do custo dos serviços de longo prazo e assistência conforme determinado por Rhode Island Medicaid.

Se você estiver pedindo a ser pago de volta, estará a pedir uma decisão de cobertura. Veremos se o serviço ou item que você pagou, for um item ou serviço coberto, e verificaremos para ver se seguiu todas as regras de uso da sua cobertura.

- Se o serviço ou item que você pagou, for coberto e você seguiu todas as regras, lhe enviaremos o pagamento pelo serviço ou item dentro de 60 dias calendários após recebermos a sua solicitação. Se você não tiver pago pelo serviço ou medicamento ainda, pagaremos o provedor diretamente. Quando enviarmos o pagamento, é a mesma coisa que dizer **Sim** ao seu pedido de uma decisão de cobertura.
- Se o serviço ou o item não for coberto, ou você não seguiu todas as regras, lhe enviaremos uma carta lhe indicando que não pagaremos para o item ou serviço e explicando a razão.

E se dissermos que não pagaremos?

Se você discordar com a nossa decisão, **você poderá recorrer**. Siga o processo de apelo descrito na Seção 5.3, na página 142. Quando você seguir essas instruções, por favor note:

- Se você fizer um pedido de reembolso, deveremos responder-lhe dentro de 60 dias calendários após de recebermos o seu apelo.
- Se você estiver pedindo de devolver o pagamento por um serviço ou item que já recebeu e pagou por si mesmo, você não poderá pedir por um recurso rápido.

Se respondermos **Não** ao seu apelo e o serviço ou item for normalmente coberto por Medicare, automaticamente enviaremos seu caso para a Entidade de Revisão Independente (IRE - Independent Review Entity). Notificaremos você por carta se isso acontecer.

- Se a IRE inverter a nossa decisão e disser que deveria pagar por você, teremos de enviar o pagamento para você ou o provedor dentro de 30 dias calendários. Se a resposta ao seu apelo for **Sim** em qualquer fase do processo dos apelos depois de Nível 2, teremos de enviar-lhe o pagamento que você pediu ou ao provedor dentro de 60 dias calendários.
- Se a IRE disser **Não** ao seu apelo, significará que eles concordarem com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. (Isso é chamado de "sustentar a decisão." É também chamado de "recusar seu apelo.") A carta que lhe explicará os direitos de recurso adicionais que você poderá ter. Você pode apelar de novo, somente se o

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

montante em dólares do serviço ou item que você quiser, atingir uma quantidade mínima. Veja a Seção 9 na página 175 para mais informação de outros níveis de apelo.

Se respondermos **Não** ao seu apelo e o serviço ou item for normalmente coberto por Medicaid, você mesmo poderá apresentar um Recurso de Nível 2 (consulte a Seção 5.4, na página 146).

Seção 6: Os Remédios da Parte D

- **Seção 6.1: O que fazer se você tiver problemas por conseguir uma medicação da Parte D ou se quiser que lhe paguemos de volta por um dos remédios da Parte D**

Seus benefícios como um Membro do nosso plano incluem cobertura para vários medicamentos de prescrição. A maioria desses medicamentos são "remédios da Parte D". Existem alguns medicamentos que Medicare Parte D não cubra, mas que Medicaid pode cobrir. **Esta seção se aplica apenas aos apelos de remédios da Parte D.**

A *Lista de Medicamentos Abrangidos* (Lista de remédios), inclui alguns medicamentos com um código '**DP**'. A maioria desses medicamentos **não** são remédios da Parte D. Apelos ou decisões de cobertura sobre remédios com o código '**DP**' seguem o processo da Seção 5, na página 139.

Posso pedir uma decisão de cobertura ou fazer um apelo sobre os remédios de prescrição da Parte D?

Sim. Eis alguns exemplos de decisões de cobertura que pode pedir-nos de conseguir relativo aos seus medicamentos da Parte D:

- Pergunte-nos de fazer uma exceção, tais como:
 - Pedir-nos de cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na *Lista dos Remédios Cobertos do Plano* (Lista de Remédios)
 - Pedir-nos de renunciar a uma restrição na cobertura do plano para um medicamento (como limites na quantidade de remédios que você pode receber)
- Pedir-nos se um medicamento for coberto para você (por exemplo, quando o seu remédio estiver na Lista de remédios do plano mas exigirmos que você obtenha aprovação da nossa parte, antes de cobri-lo-emos para você).

NOTA: Se sua farmácia disser que sua receita não possa ser enchida, você receberá um aviso explicando como contatar-nos para solicitar uma decisão de cobertura.

- Você pedir-nos de pagar por um medicamento de prescrição que você já comprou. Isto é uma solicitação de uma decisão de cobertura relativo a um pagamento.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se você discordar com uma decisão de cobertura que tomamos, poderá recorrer a nossa decisão. Esta seção indica como solicitar uma cobertura de decisões e como pedir um apelo.

O termo legal para cobertura de decisão sobre a Part D Remédios é “cobertura de determinação”

Use a tabela abaixo para ajudá-lo a decidir qual seção contém a informação para sua situação:

Quais dessas situações você encontrar?			
Você precisar duma medicação que não esteja na nossa Lista de remédios ou precisar que dispenseemos uma regra ou restrição sobre um medicamento que cubramos? Pedir-nos de fazer uma exceção. (Isso é chamado de uma decisão de cobertura.) Comece com a Seção 6.2, página 153. Ver também as Seções 6.3 e 6.4, nas páginas 154 e 155.	Você quer que cubramos um medicamento da nossa Lista de remédios e acredita que cumpra algumas regras ou restrições do plano (por exemplo, conseguir aprovação com antecedência) para o medicamento que você precise? Você pode pedir-nos de tomar uma decisão de cobertura. Pode ir direto à Seção 6.4, na página 155.	Você quer pedir-nos de pagar de volta por um remédio, você já recebeu e pagou? Você pode pedir-nos o reembolso. (Isso é chamado de uma decisão de cobertura.) Ir à Seção 6.4, na página 155.	Já lhe dissermos que não cobriremos ou pagaremos por um medicamento da maneira que você quiser que seja coberto ou pago? Você pode fazer um apelo. (Isso significa que você está a pedir-mos de reconsiderar). Ir à Seção 6.5, na página 158.

• **Seção 6.2: O que é uma exceção?**

Uma exceção é a permissão de conseguir cobertura dum medicamento que não está normalmente em nossa Lista de remédios

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

cobertos ou utilizar um medicamento fora de certas regras e limitações. Se um remédio não estiver na nossa Lista de remédios abrangidos ou não estiver coberto da maneira que você gostaria, você pode pedir-nos de fazer uma "exceção".

Quando você pedir uma exceção, o seu médico ou outro médico precisará explicar as razões médicas, por que você estiver a precisar da exceção.

Eis alguns exemplos de exceções que você ou seu médico ou outro médico pode pedir-nos de fazer:

1. Pedir-nos de cobrir um medicamento da Parte D que não esteja na nossa *Lista dos Remédios Cobertos* (Lista de Remédios).
 - Você não pode pedir uma exceção do montante da comparticipação ou de co-seguro que exigimos que pague pelo remédio.
2. Remover a restrição da nossa cobertura. Há mais regras ou restrições que se apliquem a certos medicamentos na nossa Lista de remédios (para ter mais informações, consulte o Capítulo 5, a Seção C, página 106).
 - As outras regras e restrições na cobertura de certos remédios incluem:
 - Requerer o uso da versão genérica de um medicamento em vez do remédio de marca.
 - Conseguir uma aprovação do plano antes de concordarmos em cobrir o medicamento para você. (Isto é as vezes chamado de "autorização prévia".)
 - É requerido tentar um medicamento diferente primeiro, antes de concordarmos cobrir o remédio que você está desejando. (Isso às vezes é chamado de "terapia por etapa".)
 - Limites de quantidade: Para alguns medicamentos, limitamos a quantidade que você pode ter.

O termo legal para pedir de retirar uma restrição de cobertura de um remédio é as vezes chamado de “**exceção de formulário.**”

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• **Seção 6.3: Coisas importantes a saber sobre solicitação de exceções**

O seu médico ou outro médico deve informar-nos as razões médicas

O seu médico ou outro médico deve fornecer-nos uma declaração explicando as razões médicas para solicitar uma exceção. Nossa decisão sobre a exceção será mais rápida se você incluir esta informação do seu médico ou outro médico quando você pedir a exceção.

Normalmente, a nossa Lista de remédios inclui mais de uma medicação para tratar uma determinada condição. Estes são chamados de remédios “alternativos”. Se um remédio alternativo for tão eficaz como o medicamento você está pedindo e não causaria efeitos colaterais suplementares ou outros problemas de saúde, normalmente não aprovaremos sua solicitação para uma exceção.

Responderemos por Sim ou Não a sua solicitação para uma exceção

- Se dissermos **Sim** a sua solicitação para uma exceção, a exceção geralmente permanecerá até o final do ano civil. Isto é verdade, enquanto seu provedor continuar a prescrever o remédio para você e esse remédio continuar a ser seguro e eficaz para o tratamento da sua condição.
- Se dissermos **Não** a sua solicitação para uma exceção, você poderá pedir uma revisão da nossa decisão apresentando um recurso. A Seção 6.5, na página 158 diz como fazer um apelo, se respondermos **Não**.

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

- **Seção 6.4: Como solicitar uma decisão de cobertura de um remédio da Parte D ou reembolso dum medicamento da Parte D, incluindo uma exceção**

O que fazer

- Peça para o tipo de decisão de cobertura que você deseja. Ligue, escreva ou envie um fax para fazer sua solicitação.
- Você pode ligar o 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Você pode escrever ou nos enviar um fax no CVS Caremark Parte D - Appeals and Exceptions
PO BOX 52066
Phoenix, AZ 85072-2066
Paper Claims Appeals
Fax: 1-855-230-5549
- Você ou seu médico (ou outro médico) ou outra pessoa que actue em seu nome pode pedir uma decisão de cobertura. Você pode também ter um advogado agindo em seu nome.
- Leia a Seção 4, na página 136 para descobrir como dar permissão a alguém para agir como seu representante.

Numa olhada: Como pedir uma decisão de cobertura para um remédio da Parte D ou pagamento

Ligue, escreva, ou envie por fax para perguntar ou pedir ao seu representante ou médico ou outro médico. Lhe daremos uma resposta de uma decisão de cobertura padrão dentre de 72 horas. Lhe daremos uma resposta relativo ao reembolso dum medicamento da Parte D você já pagou dentre de 14 dias calendários.

- ♦ Se você estiver a pedir uma exceção, inclua a declaração de apoio do seu médico ou outro prescritor.
- ♦ Você ou seu médico ou outro prescritor pode pedir por uma decisão rápida. (Decisões rápidas geralmente ocorrem dentre de 24 horas).
- ♦ Leia esta a Seção para ter certeza que você qualifique para uma decisão rápida! Lê-la também para encontrar informações sobre os prazos de decisão.

- Você não precisa dar ao seu médico ou outro médico permissão por escrito para pedir-nos por uma decisão de cobertura em seu nome.
- Se você quiser pedir-nos para devolver um pagamento por um medicamento, leia o Capítulo 7, a Seção A, página 123 deste manual. Capítulo 7 indica quando você pode o fazer

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Precisa de pedir por um reembolso. Também informa como nos enviar a papelada que pede-nos a pagar de volta por nossa parte do custo dum remédio que você pagou.

- Se você estiver pedindo 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 "apoio a declaração."
- 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 então enviar por fax ou correio uma declaração.

Se sua saúde o requerer, peça-nos de dar-lhe uma "decisão de cobertura rápida "

Utilizaremos os prazos "padrões" a não ser que concordemos em utilizar os "prazos rápidos."

- Uma **cobertura** de decisão padrão significa que lhe daremos **uma resposta dentre de 72 horas** após de receber a declaração do seu provedor.
- Uma **cobertura de decisão rápida** significa que lhe daremos **uma resposta dentre de 24 horas** após de receber a declaração do seu provedor.

O termo legal para uma "decisão de cobertura rápida" é "determinação acelerada".

Você pode receber uma decisão de cobertura rápida **apenas se estiver solicitando uma cobertura por assistência médica ou um remédio que ainda você não tem recebido.** (Você não pode receber uma decisão de cobertura rápida se estiver nos pedindo de pagar por um medicamento que você já comprou.)

Você pode receber uma decisão de cobertura rápida **somente se o prazo padrão de 14 dias calendários poderia causar sérios danos a sua saúde ou impedir a sua capacidade de funcionar.**

Se o seu médico ou outro prescritor disser-nos que sua saúde requeira uma "decisão de cobertura rápida", concordaremos automaticamente a dar-lhe uma decisão rápida cobertura, e a carta lhe dirá isso.

- Se você pedir uma decisão de cobertura rápida por conta própria (sem o apoio do seu médico ou de outro prescritor), decidiremos se você terá uma decisão de cobertura rápida.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se decidirmos que sua condição médica não cumpra os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, utilizaremos os prazos padrões.
 - Lhe enviaremos uma carta que lhe dirá isso. A carta lhe dirá como fazer uma queixa contra a nossa decisão de dar-lhe uma decisão padrão.
 - Você pode registrar uma "reclamação rápida" e receber uma resposta à sua reclamação dentro de 24 horas. Para mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo queixas rápidas, consulte a Seção 10, na página 176.

Prazos para uma "decisão de cobertura rápida"

- Se estivermos utilizando os prazos rápidos, devermos dar-lhe nossa resposta dentro de 24 horas. Isso quer dizer dentro de 24 horas depois de recebermos sua solicitação. Ou, se você estiver solicitando uma exceção, 24 horas depois de recebermos a declaração do seu médico ou do seu prescritor apoiando sua solicitação. Lhe daremos nossa decisão mais cedo, se seu estado de saúde o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos seu pedido ao Nível 2 do processo de apelos. No nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** por parte ou a totalidade de que você pediu, devermos dar-lhe a cobertura dentro de 24 horas após de recebermos o seu pedido ou a declaração do seu médico ou do seu prescritor que apoie o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Não** por parte ou tudo de que você pediu, lhe enviaremos uma carta explicando por que dissermos **Não**. A carta também explicará como você pode recorrer a nossa decisão.

Os prazos para uma “decisão de cobertura padrão” sobre um medicamento que você ainda não recebeu

- Se estivermos utilizando os prazos padrões, devermos providenciar nossa resposta dentro de 72 horas após recebermos sua solicitação. Ou, se você estiver solicitando uma exceção, 24 horas após de recebermos a declaração do seu médico ou do seu prescritor apoiando sua solicitação. Lhe daremos nossa decisão mais cedo, se seu estado de saúde o exigir.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos seu pedido ao Nível 2 do processo de apelos. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** por parte ou a totalidade de que você pediu, devermos aprovar ou dar-lhe a cobertura dentro de 72 horas após de recebermos o seu pedido ou se você estiver requerendo uma exceção, após de recebermos sua declaração de apoio do seu médico ou seu prescritor.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Se a nossa resposta for Não** por parte ou tudo de que você pediu, lhe enviaremos uma carta explicando por que dissermos **Não**. A carta também explicará como você pode recorrer a nossa decisão.

Prazos para uma "decisão de cobertura padrão" sobre o pagamento de um remédio que você já comprou

- Devemos dar-lhe a nossa resposta dentre de 30 dias calendários após ter recebido o seu pedido.
- Se não cumprirmos esse prazo, enviaremos seu pedido para o Nível 2 do processo de apelos. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se a resposta for Sim** por parte ou a totalidade de que você pediu, lhe pagaremos dentre de 14 dias calendários.
- **Se a nossa resposta for Não** por parte ou tudo de que você pediu, lhe enviaremos uma carta explicando por que dissermos **Não**. A carta explicará também como você pode recorrer a nossa decisão.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Seção 6.5: Apelo de Nível 2 para remédios da Parte D

- Para iniciar seu recurso, você, seu médico ou outro prescritor ou seu representante devem entrar em contato conosco.

- Se você estiver solicitando um recurso padrão, você pode fazer seu apelo enviando uma solicitação por escrito, no

CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions

PO BOX 52000 MC109

Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax dos recursos 1-855-633-7673

- Smithfield, RI 02917 o Você também pode solicitar um apelo ligando para o 1-844-812-6896 (TTY 711).

- Se você quiser um apelo rápido, você pode fazer seu recurso por escrito ou ligar para nós.

- Faça sua solicitação de recurso **dentre de 60 dias calendários** a partir da data do aviso, lhe informaremos em breve da nossa decisão. Se você perder este prazo e tiver uma boa razão de perdê-lo-ia, poderíamos dar-lhe mais tempo para fazer seu apelo. Por exemplo, boas razões para perder o prazo seriam se você tiver uma doença séria que o impediu de nos contatar ou se lhe dermos informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um apelo.

Numa olhada: Como fazer um Apelo de Nível 1

Você, seu médico ou prescritor, ou seu representante podem colocar seu pedido por escrito e envia-lo por correio ou fax para nós. Você pode também solicitar um recurso entrando em contato conosco por telefone.

- Peça **dentre de 60 dias calendários** da decisão que você está a recorrer. Se você perder o prazo por um bom motivo, você poderá apelar ainda.
- Você, seu médico ou prescritor, ou seu representante, podem ligar-nos para solicitar um recurso rápido.
- Leia esta Seção para ter certeza que você qualifica para uma decisão rápida! Lê-lo também para encontrar informações sobre os prazos de decisão.

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

- Você tem o direito de nos solicitar uma cópia das informações sobre seu recurso. Para pedir-nos uma cópia, chame os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711).

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se desejar, você e seu médico ou outro prescritor podem nos dar informações adicionais para apoiar o seu apelo.

Se a sua saúde exigir, peça um "apelo rápido"

- Se você estiver recorrendo uma decisão tomada sobre um medicamento que ainda não recebeu, você e seu médico ou outro prescritor deverão decidir se você precisar de um "apelo rápido".
- Os requisitos para receber um "recurso rápido" são os mesmos que para obter uma "decisão de cobertura rápida" na Seção 6.4, página 156.

O termo legal para um "apelo rápido" é "redeterminação acelerada."

Nosso plano reverá seu recurso e lhe dará a nossa decisão

- Tomamos um outro olhar cuidadoso às todas as informações sobre seu pedido de cobertura. Verificamos se estivermos a seguir todas as regras quando respondermos **Não** ao seu pedido. Podemos entrar em contato com você, ou seu médico ou outro prescritor para obter mais informações. O revisor será alguém que não fez a decisão de cobertura inicial.

Prazos para um "apelo rápido"

- Se estivermos utilizando os prazos rápidos, lhe daremos nossa resposta dentre de 72 horas após de recebermos o seu apelo, ou antes, se sua saúde o exigir.
- Se não dermos uma resposta dentre de 72 horas, enviaremos sua solicitação ao Nível 2 do processo de apelo. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se nossa resposta for Sim** por parte ou a totalidade de que você pediu, devermos dar a cobertura dentre de 72 horas após termos recebido seu apelo.
- **Se a nossa resposta for Não** por parte ou tudo de que você pediu, lhe enviaremos uma carta explicando por que dissermos **Não**. A carta também explicará como você pode recorrer a nossa decisão.

Prazos para um "recurso padrão"

- Se estivermos utilizando os prazos padrões, devermos dar-lhe nossa resposta dentre de 7 dias calendários após termos recebido seu apelo, ou antes, se sua saúde o exigir,

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

exceto se você estiver solicitando o reembolso de um medicamento que você já comprou. Se você estiver pedindo-nos de pagar-lhe de volta por uma medicação que você já comprou, temos de dar nossa resposta dentro de 14 dias calendários após recebermos seu apelo. Se você achar que sua saúde o requerer, você deve pedir uma apelo "rápido".

- Se não dar-lhe uma decisão dentro de 7 ou 14 dias calendários, se você nos pedir por pagar por um medicamento que você já comprou, enviaremos seu pedido ao Nível 2 do processo de apelo. No Nível 2, uma Entidade Independente de Revisão analisará seu pedido.
- **Se a nossa resposta for Sim** por parte ou o tudo que você pedir:
 - Se aprovarmos um pedido de cobertura, devermos dar-lhe a cobertura assim rapidamente que sua saúde exigir, mas não mais de 7 dias calendários após de termos sua apelação ou 14 dias se você nos pedirmos de pagar-lhe de volta por um remédio que você terá já comprado.
 - Se aprovarmos um pedido de pagar você de volta por um medicamento que você já comprou, lhe enviaremos o pagamento para você dentro de 30 dias calendários após de ter recebido seu pedido de recurso.
- Se a nossa resposta for Não por parte ou o tudo de que você pediu, lhe enviaremos uma carta explicando por que dissermos Não e explicará como você poderá recorrer a nossa decisão.

• Seção 6.6: Apelo de Nível 2 para remédios da Parte D

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se dissermos que **Não** por parte ou a totalidade de seu recurso, você poderá optar por aceitar esta decisão ou fazer um outro apelo. Se você decidir ir a um Apelo de Nível 2, a Entidade de Revisão Independente (IRE) reverá nossa decisão.

- Se você quiser que a IRE revise seu caso, sua solicitação de apelo deverá ser feita por escrito. A carta que enviamos sobre nossa decisão do Apelo de Nível 1 explicará como solicitar o Apelo de Nível 2.
- Quando você fizer um apelo para a IRE, lhes enviaremos o dossiê de seu caso. Você tem o direito de pedir-nos uma cópia do seu dossiê, ligando aos Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711).
- Você tem o direito de dar a IRE outras informações para apoiar o seu apelo.
- A IRE é uma organização independente que é contratada por Medicare. Essa não é conectada com este plano, e não é uma agência do governo.
- Os revisores da IRE analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas ao seu recurso. A organização lhe enviará uma carta explicando sua decisão.

Numa olhada: Como fazer um Apelo de Nível 2

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

- Peça **dentre de 60 dias calendários** da decisão que você estiver a recorrer. Se você perder o prazo por um bom motivo, você poderá ainda apelar.
- Você, seu médico ou outro prescritor ou seu representante podem solicitar um Apelo de Nível 2.
- Leia esta Seção para ter certeza que você qualifica para uma decisão rápida! Lê-lo para encontrar também 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 sua saúde o exigir, pedir a Entidade de Revisão Independente (IRE) um "apelo rápido."
- Se a IRE concordar em lhe dar um "apelo rápido", deverá dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 dentre de 72 horas após receber sua solicitação de recurso.
- Se a IRE disser **Sim** por parte ou a totalidade de que você pediu, nós devermos autorizar ou dar-lhe a cobertura de remédios dentre de 24 horas após de recebermos a decisão.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Prazos para um "recurso normal" de Nível 2

- Se você 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 calendários após receber seu apelo ou 14 dias se você nos solicitar de pagar de volta por um remédio que você já comprou.
- Se a IRE disser **Sim** por parte ou a totalidade de que você pediu, nós devermos autorizar ou dar-lhe a cobertura de remédios dentro de 24 horas após de recebermos a decisão.
- Se a IRE aprovar um pedido de pagar você de volta por um medicamento que você já comprou, lhe enviaremos o pagamento de volta para você dentro de 30 dias calendários após de ter recebido a decisão.

E se a Entidade de Revisão Independente disser Não ao seu Apelo de Nível 2?

Não significa que a Entidade de Revisão Independente (IRE) concorde com nossa decisão de não aprovar sua solicitação. Isso é chamado de "sustentar a decisão". É também chamado de "recusar seu apelo".

Se você quiser ir ao Nível 3 do processo de apelos, as medicações que você está a solicitar devem atingir a um valor mínimo em dólares. Se o valor em dólares for menor do que o mínimo, você não poderá apelar mais. Se o valor em dólares for suficientemente elevado, você poderá pedir um apelo de Nível 3. A carta que você receba da IRE, lhe informará do valor em dólares necessário para continuar com o processo de apelo.

Seção 7: Pedir-nos de cobrir uma estadia no hospital prolonga

Quando você estiver internado num hospital, você terá o direito de receber todos os serviços hospitalares que cubramos que sejam necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão.

Durante a sua permanência hospitalar coberta, o seu provedor e a equipe do hospital trabalharão com você para se prepararem por o dia em que você sair do hospital. Eles também ajudarão a providenciar qualquer cuidado que você poderá precisar depois de sair.

- O dia que você sair do hospital é chamado de seu "data de alta."
- Seu provedor ou a equipe do hospital lhe dirão qual será a sua data de alta.

Se você achar que esteja sendo solicitado a deixar o hospital demasiado cedo, poderá pedir uma internação prolongada. Esta seção indica como solicitar.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Seção 7.1: Aprender sobre seus direitos de Medicare

Dentre de dois dias depois você estiver internado no hospital, uma assistente social ou enfermeira lhe dará um aviso chamado de "Uma mensagem importante de Medicare sobre os Seus Direitos". Se você não receber este aviso, pergunte a qualquer funcionário do hospital por isso. Se precisar de ajuda, por favor chame os Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você também pode chamar o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY devem chamar 1-877-486-2048.

Leia atentamente este aviso e faça perguntas se você não entender. A "mensagem importante", diz-lhe sobre seus direitos como um paciente do hospital, incluindo os seus direitos a:

- Obter serviços cobertos de Medicare - durante e após a sua estadia no hospital. Você tem o direito de saber quais são esses serviços, quem pagará por eles, e onde você pode obtê-los.
- Faça parte de qualquer decisão relativo ao tempo da sua internação hospitalar.
- Saiba onde relatar quaisquer preocupações que você tem sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
- Apele, se você achar que o hospital estiver lhe dando alta demasiado cedo.

Você deve assinar o aviso de Medicare para mostrar que você entendeu e compreendeu os seus direitos. A assinatura do aviso **não** significa que você concorda com a data de alta que pode ter sido comunicado pelo seu provedor ou pela equipe do hospital.

Mantenha sua cópia do aviso assinada, assim terá as informações se você precisá-las.

- Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, você pode chamar os Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você também pode chamar o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY devem chamar 1-877-486-2048. A chamada é grátis.
- Você pode também ver o aviso on-line na <https://www.cms.gov/Medicare/MedicareGeneral-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Se você precisar de ajuda, ligue aos Serviços de Atendimento aos Membros ou para Medicare nos números listados acima.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- **Seção 7.2: Apelo de Nível 2 para mudar a data de sua alta hospitalar**

Se você quiser cobrir seus serviços hospitalares de internação por mais tempo, você deverá solicitar um recurso. Uma Organização de Melhoria da Qualidade (Quality Improvement Organization) fará a revisão do Recurso de Nível 1 para ver se sua data de alta marcada for medicamente apropriada para você. Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada KEPRO.

Para fazer um apelo para trocar sua data de alta, chame a KEPRO no: 1-888-319-8452 (TTY 1-855-843-4776).

Ligue imediatamente!

Chame a Organização de Melhoria da Qualidade **antes de** você deixar o hospital e ao mais tardar na data de alta marcada. "Uma mensagem importante de Medicare sobre Seus Direitos" contém informações sobre como entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade.

- **Se você chamar antes de sair**, terá o direito de ficar no hospital após sua data prevista de alta sem pagar por isso, enquanto você estiver na espera de obter a decisão de recurso da Organização de Melhoria da Qualidade.
- **Se você não ligar para apelar**, e decidir de permanecer no hospital após a data planejada de alta, você poderá ter de pagar por todos os custos dos cuidados hospitalares recebidos após a data planejada da alta.

Numa olhada: Como fazer um recurso de Nível 1 para mudar sua data de alta

Chame a Organização de Melhoria da Qualidade para o seu estado no 1-888-319-8452 (TTY 1-855-843-4776) e peça uma "avaliação rápida."

Ligue antes de sair do hospital e antes de sua data de alta prevista.

- **Se você perder o prazo** para entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, em vez poderá fazer seu apelo diretamente ao nosso plano. Para detalhes, veja a Seção 7.4, na página 166.

Queremos ter certeza que você entenda o que você precisa fazer e quais são os prazos.

- **Peça ajuda se você precisar.** Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda em qualquer momento, por favor chame os Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você pode também ligar para o RIPIN

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O Defensor da saúde no 1-855-747-3224 ou o Programa do Estado de Assistência do Plano de Saúde (State Health Insurance Assistance Program -SHIP) no 401-462-4444.

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. Esses especialistas não fazem parte de nosso plano. Eles são pagos por Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade do atendimento aos membros de Medicare.

Peça por uma "avaliação rápida."

Você deve solicitar a Organização de Melhoria da Qualidade para uma **"avaliação rápida"** da sua alta. Solicitar uma "revisão rápida" significa que você está solicitando a organização que usa os prazos rápidos dum apelo, em vez de usar os prazos padrões.

O termo jurídico de "avaliação rápida" é "revisão imediata."

O que acontece durante a revisão rápida?

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade lhe perguntarão ou ao seu representante por que você acha que a cobertura deverá continuar após a data planejada de alta. Você não precisa preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se quiser.
- Os revisores olharão seu prontuário médico, falarão com seu prestador e reverão todas as informações relacionadas à sua estadia no hospital.
- Ao meio-dia no dia depois os revisores nos comunicarem sobre o apelo, você receberá uma carta que lhe dará sua data prevista de alta. A carta explicará as razões por que seu provedor, o hospital e a gente achamos que for certo dar alta para você nessa data.

O termo legal para esta explicação escrita é chamado de um **"Aviso detalhado de alta hospitalar."** Você pode obter uma amostra chamando os Services dos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você também pode chamar o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY devem chamar 1-877-486-2048. Ou você pode ver uma amostra do aviso on-line na <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

E se a resposta for Sim?

- Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Sim** ao seu apelo, 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 apelo, eles estarão a dizer que a sua data prevista de alta é clinicamente apropriada. Se isto acontecer, nossa cobertura para seus serviços hospitalares terminará ao meio-dia no dia *depois* a Organização de Melhoria de Qualidade lhe dar a sua resposta.
- Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Não** e você decidir de ficar no hospital, então você poderá ter de pagar por sua permanência no hospital. O custo do cuidado hospitalar que você poderá ter de pagar, começará ao meio dia do dia seguinte a Organização de Melhoria da Qualidade lhe dar a resposta.
- Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar seu apelo e você ficar no hospital após sua data planejada de alta, então você poderá fazer um recurso de Nível 2.

- **Seção 7.3: Apelo de Nível 2 para mudar a data de sua alta hospitalar**

Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar seu apelo e você ficar no hospital após sua data planejada de alta, então você poderá fazer um recurso de Nível 2. Você precisará entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade e pedir por uma outra revisão.

Pergunte para uma revisão de Nível 2 **dentre 60 dias calendários** após o dia quando a Organização de Melhoria de Qualidade disser **Não** ao seu apelo de Nível 1. Você pode pedir por esta revisão somente se você ficar no hospital após a data de cobertura do seu cuidado terminar.

Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada a KEPRO. Pode chamar a KEPRO no: 1-888-319-8452.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade analisarão de novo cuidadosamente todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- dentro de 14 dias calendários após a recepção do seu pedido para uma segunda revisão, a Organização de Melhoria da Qualidade tomará uma decisão.

Numa olhada: Como fazer um recurso de Nível 2 para mudar sua data de alta

Chame a Organização de Melhoria da Qualidade do seu estado no 1-866815-5440 e peça uma outra revisão.

O que acontece se a resposta for Sim?

- Deveremos lhe pagar de volta por nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que você recebeu desde de meio-dia o dia após a data de sua primeira decisão de recurso. Teremos de continuar a fornecer cobertura por seu cuidado hospitalar enquanto for medicamente necessário.
- Você deverá continuar a pagar pela sua parte dos custos e as limitações de cobertura que poderiam se aplicar.

O que acontece se a resposta for Não?

Significará que a Organização de Melhoria da Qualidade concordar com a decisão de Nível 1 e não mudará isso. A carta que você receba lhe dirá o que você poderá fazer se quisesse continuar com o processo de recurso.

Se a Organização de Melhoria da Qualidade recusar seu Recurso de Nível 2, você poderá ter de pagar por o custo total da sua estadia após a data planejada de alta.

• Seção 7.4: O que acontece se eu perder o prazo dum apelo?

Se você perder os prazos de apelo, existe uma outra maneira de fazer Apelos de Nível 1 e Nível 2, chamada de Apelos Alternativos. Porém, os dois primeiros níveis de recursos são diferentes

Apelo Alternativo de Nível 1 para trocar a data de sua alta hospitalar

Se você perder o prazo para entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade, poderá fazer um apelo conosco, pedindo uma "revisão rápida". Uma rápida revisão é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos padrões.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Durante esta revisão, vamos dar uma olhada a todas as informações sobre sua estadia hospitalar. Verificamos se a decisão sobre quando você deveria deixar o hospital for justa e seguiu todas as regras.
- Utilizaremos os prazos rápidos em vez dos prazos padrões para lhe dar as respostas desta revisão. Isto significa que lhe daremos nossa decisão dentre de 72 horas depois de você pedir por uma "revisão rápida".

Numa olhada: Como fazer um Apelo Alternativo de Nível 1

Ligue ao nosso número dos Serviços de Atendimento aos Membros e peça uma "revisão rápida" da sua data de alta do hospital.

Lhe daremos nossa decisão dentre de 72 horas.

- **Se dissermos Sim a sua revisão rápida**, significará que estivermos de acordo que você precisa permanecer ainda no hospital após a data de alta. Continuaremos a cobrir os serviços hospitalares enquanto for medicamente necessário. Isso significa também que estaremos de acordo a pagar por nossa parte dos custos dos cuidados que você terá desde a data de quando dissermos que sua cobertura acabará.
- **Se dissermos Não à sua rápida revisão**, estaremos dizendo que sua data planejada de alta for medicamente apropriada. Nossa cobertura dos seus serviços hospitalares de internação termina no dia que dissermos que sua cobertura terminaria.
 - Se você permanecer no hospital, *após* a data planejada de alta, então você poderá ter de pagar por todos os custos dos cuidados hospitalares recebidos depois a data planejada da alta.
- Para assegurar-se que estávamos seguindo todas as regras quando dissermos **Não** ao seu apelo rápido, enviaremos seu apelo à "Entidade de Revisão Independente." Quando fizermos isso, significa que seu caso irá automaticamente ao Nível 2 do processo de apelo.

Apelo Alternativo de Nível 2 para trocar a data da sua alta hospitalar

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 para a Entidade de Revisão (Independente Independent Review Entity - IRE) dentre de 24 horas quando lhe darmos nossa decisão de Nível 1. Se você achar que não iremos a respeitar esse prazo ou outros prazos, você poderá apresentar uma queixa. Seção 10, na página 176 diz como fazer uma reclamação.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante o Apelo de Nível 2, a IRE revisará a decisão que fizemos quando dissermos **Não** a sua "revisão rápida." Esta organização decide se a decisão que tomemos deverá ser alterada.

- A IRE faz uma "revisão rápida" do seu recurso. Os revisores geralmente lhe darão uma resposta dentro de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente que é contratada por Medicare. Esta organização não é conectada com nosso plano, e não é uma agência do governo.
- Os revisores da IRE analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas ao seu recurso da sua alta hospitalar.
- Se a IRE disser **Sim** ao seu apelo, então lhe deveremos pagar de volta por nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que você tiver desde a data prevista da sua alta. Teremos também de continuar a fornecer cobertura por seus serviços hospitalares enquanto foram medicamente necessários.
- Se a IRE disser **Não** ao seu apelo, isso significará que eles concordarem conosco que sua data planejada de alta for medicamente apropriada.
- A carta que você receba da IRE lhe dirá o que você poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Essa lhe dará os detalhes sobre como ir ao Apelo de um Nível 3, que é tratado por um juiz.

Numa olhada: Como fazer um Apelo Alternativo de Nível 2

Você não precisa fazer nada. O plano enviará automaticamente seu apelo à Entidade de Revisão Independente.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Seção 8: O que fazer se você achar que o seu cuidado domiciliar de saúde, unidade de cuidado enfermeiro especializado ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) estiverem terminando bastante cedo

Esta Seção é apenas sobre os seguintes tipos de cuidados:

- Serviços de cuidados de saúde em casa.
- Cuidados enfermeiros qualificados numa unidade especializada de enfermagem.
- Cuidados de reabilitação que você está a receber como um paciente ambulatorio numa Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (CORF) aprovado por Medicare. Geralmente, isso significa que você está a receber tratamento para uma doença ou um acidente, ou está se recuperando de uma operação importante.
 - Com qualquer um desses três tipos de cuidados, você tem o direito de continuar a receber os serviços cobertos pelo tempo que o prestador disser que você o precisar.
 - Quando decidirmos parar de cobrir qualquer um desses, precisaremos informá-lo antes que seus serviços terminarem. Quando sua cobertura para esse cuidado terminar, *deixaremos de pagar pelos seus cuidados*.

Se você achar que estivermos terminando a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **você poderá apelar a nossa decisão**. Esta a Seção indica como a solicitar um recurso

• Seção 8.1: Di-lo-emos com antecedência quando a sua cobertura terminará

Você receberá um aviso pelo menos dois dias antes de pararmos de pagar por seus cuidados. Isso é chamado de "Aviso de não cobertura de Medicare".

- O aviso por escrito informa a data em que deixaremos de cobrir os seus cuidados.
- O aviso por escrito também informa como recorrer dessa decisão.

Você ou o seu representante deveria assinar a notificação por escrito para indicar que a recebeu. Assiná-lo **não** significa que você concorda com o plano de parar de receber o tratamento.

Quando sua cobertura terminar, pararemos de pagar.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

• Seção 8.2: Apelo de Nível 1 para continuar os seus cuidados

Se você achar que estivermos terminando a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, você poderá apelar a nossa decisão. Esta a Seção indica-lhe como a solicitar um recurso. Antes de começar a sua apelação, entenda o que você precisa fazer e quais são os prazos.

- **Respeitar os prazos.** Os prazos são importantes. Assegure-se de que você entenda e siga os prazos que se aplicam as coisas que você deve fazer. Há também prazos que deve seguir nosso plano. (Se você achar que não estamos a respeitar nossos prazos, você poderá registrar uma reclamação. A Seção 10, página 176 lhe ensina a fazer uma reclamação.)
- **Peça ajuda se você precisar.** Se você tiver dúvidas ou precisar de ajuda em qualquer momento, por favor chame os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Ou ligue para o seu Programa de Assistência de Seguro de Saúde do Estado (State Health Insurance Assistance Program) no número 1-401-465-4444.

Durante um Recurso de Nível 1, uma Organização de Melhoria da Qualidade analisará seu apelo e decidirá de alterar ou não a decisão que tomou. Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada a KEPRO. Pode chamar a KEPRO no: 1-888-319-8452. Informações sobre como apelar com a Organização de Melhoria da Qualidade estão também no Aviso de Não Cobertura de Medicare. Este é o aviso que você recebeu quando lhe disseram que parariamos de cobrir seus cuidados.

Numa olhada: Como fazer um Recurso de Nível 1 para pedir que o plano continue com seus cuidados

Chame a Organização de Melhoria da Qualidade para o seu estado no 1-888-319-8452 e peça por um "apelo acelerado".

Ligue antes de sair da agência ou facilidade que está fornecendo o seu cuidado e antes de sua data prevista de alta.

O que é uma Organização de Melhoria da Qualidade?

É um grupo de médicos e outros profissionais de cuidado de saúde que são pagos pelo governo federal. Esses especialistas não fazem parte de nosso plano. Eles são pagos por Medicare para verificarem e ajudarem a melhorar a qualidade do cuidado aos membros de Medicare.

O que você deveria pedir?

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Peça-lhes um “apelo acelerado”. Esta é uma revisão independente sobre se for clinicamente adequado para nós de encerrar a cobertura de seus serviços.

Qual é o prazo para entrar em contato com essa organização?

- Você deve entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade o mais tardar ao meio-dia do dia seguinte do recebimento da notificação por escrito, lhe informando quando deixaremos de cobrir seu cuidado.
- Se você perder o prazo para entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade sobre o seu recurso, em vez poderá fazer seu apelo diretamente conosco. Para obter detalhes sobre essa outra maneira de fazer seu apelo, consulte a Seção 8.4 na página 173.

O termo legal para a notificação por escrito é “**Aviso de Não-Cobertura de Medicare.**”

Para obter uma cópia de amostra, ligue para os Serviços de atendimento aos Membros no 1-844-816-6896 (TTY 711) ou 1-800MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utentes TTY deveriam chamar 711.

1-877-486-2048. Ou ver uma cópia on-line no

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-GeneralInformation/BNI/MAEDNotices.html>

O que acontece durante a revisão da Quality Improvement Organization?

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade lhe perguntarão ou ao seu representante porquê você achar que a cobertura dos serviços deverá continuar. Você não precisa preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo se quiser.
- Quando você pedir por um apelo, o plano deverá lhe escrever uma carta e a Organização de Melhoria da Qualidade explicando porquê seus serviços devem terminar.
- Os revisores também analisarão seus registros médicos, conversarão com seu prestador e analisarão as informações que nosso plano lhes forneceu.
- **dentre de um dia inteiro depois que os revisores tiverem todas as informações que eles precisarem, eles lhe dirão a sua decisão.** Você receberá uma carta explicando a decisão.

O termo legal para a carta explicando por que seus serviços devem terminar é

“Explicação de não Cobertura detalhada.”

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

O que acontece se os revisores disserem Sim?

- Se os revisores disserem **Sim** ao seu apelo, então deveríamos continuar a providenciar os seus serviços cobertos por quanto eles forem medicamente necessários.

O que acontece se os revisores disserem Não?

- Se os revisores disserem **Não** ao seu apelo, então sua cobertura terminará na data que lhe dissermos. Pararemos de pagar nossa parte dos custos desse cuidado.
- Se você decidir de continuar com o cuidado de saúde domiciliar, unidade de cuidados enfermeiros qualificados ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) após a data a sua cobertura terminar, então você terá de pagar o custo total destes cuidados você mesmo.

- **Seção 8.3: Apelo de Nível 1 para continuar os seus cuidados**

Se a Organização de Melhoria da Qualidade disser **Não** ao recurso, você optará por continuar a receber o cuidado após o término de sua cobertura, poderá fazer um apelo de Nível 2.

Durante o Apelo de Nível 2, a Organização de Melhoria da Qualidade terá um outro olhar na decisão que tomou ao Nível 1. Se eles disserem que concordarem com a decisão de Nível 1, você poderá ter de pagar por o custo total dos cuidados médicos domiciliares, cuidados enfermeiros especializados ou Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORF) após a data em que dissermos que sua cobertura iria a terminar.

Numa olhada: Como fazer um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano cobre seu cuidado para mais tempo

Chame a Organização de Melhoria da Qualidade de Rhode Island no 1-888-319-8452 e peça por uma outra revisão.

Ligue antes de sair da agência ou facilidade que está fornecendo o seu cuidado e antes de sua data prevista de alta.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada KEPRO. Pode chamar a KEPRO no: 1-888-319-8452

. Pergunte para uma revisão de Nível 2 **dentre 60 dias calendários** após o dia quando a Organização de Melhoria de Qualidade disser **Não** ao seu apelo de Nível 1. Você pode pedir por esta revisão somente se você continuar a receber o cuidado depois a data de cobertura terminar.

- Os revisores da Organização de Melhoria da Qualidade analisarão de novo com cuidado todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- A Organização de Melhoria da Qualidade tomará sua decisão no prazo de 14 dias calendários após a recepção do seu pedido de apelação.

O que acontece se a organização de revisão disser Sim?

- Teremos de pagar de volta por nossa parte de custos dos cuidados que você recebeu desde a data de quando dissermos que sua cobertura acabaria. Teremos de continuar a fornecer cobertura por seu cuidado hospitalar enquanto for medicamente necessário.

O que acontece se a organização de revisão disser Não?

- Significa que concordarem com a decisão que tomarem no Apelo de Nível 1 e não mudá-la-ão.
- A carta que você receba da IRE lhe dirá o que fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Essa lhe dará os detalhes sobre como ir ao próximo nível de apelo, que é tratado por um juiz.

• • Seção 8.4: E se você perder o prazo para fazer seu Apelo de Nível 1?

Se você perder os prazos de apelo, existe outra maneira de fazer Apelos de Nível 1 e Nível 2, chamada de Apelos Alternativos. Porém, os dois primeiros níveis de recursos são diferentes

Nível 1 de apelo alternativo para continuar seu cuidado prolongado

Se você perder o prazo para entrar em contato com a Organização de Melhoria da Qualidade, poderá fazer um apelo com nós, pedindo uma "revisão rápida". Uma rápida revisão é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos padrões.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Durante esta revisão, damos uma olhada às todas as informações sobre seu cuidado de saúde domiciliar, de unidade de cuidados enfermeiros qualificados, ou cuidados que você está a receber de Unidade de Serviços Completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility -CORF). Verificamos se a decisão sobre quando seus serviços deveriam acabar, for justa e seguiu todas as regras.

Numa olhada: Como fazer um Apelo Alternativo de Nível 1

Ligue ao nosso número de Serviços dos Membros e peça por uma "revisão rápida."

Lhe daremos nossa decisão dentre de 72 horas.

- Utilizaremos os prazos rápidos em vez dos prazos padrões para lhe dar a resposta desta revisão. Lhe daremos nossa decisão dentre de 72 horas depois de você pedir por uma "revisão rápida".
- **Se dissermos Sim** para sua revisão rápida, significará que concordemos em continuar cobrindo seus serviços enquanto for medicamente necessário. Isso significa também que estaremos de acordo a pagar por nossa parte dos custos dos cuidados que você terá desde a data de quando dissermos que sua cobertura acabaria.
- **Se dissermos Não** a sua revisão rápida, estaremos a dizer que parar seus serviços, foi medicamente apropriado. Nossa cobertura termina no dia em que dissermos a sua cobertura acabaria.

Se você continuar a receber os serviços após o dia em que dissermos que acabariam, **você poderia ter de pagar o** custo total dos serviços.

Para assegurar-se que estávamos seguindo todas as regras quando dissermos **Não** ao seu apelo rápido, enviaremos seu apelo à "Entidade de Revisão Independente." Quando fizermos isso, significará que seu caso irá automaticamente ao Nível 2 do processo de apelos.

O termo legal para "revisão rápida" ou "recurso rápido" é "recurso acelerado."

Nível 2 de apelo alternativo para continuar seu cuidado prolongado

Enviaremos as informações do seu Recurso de Nível 2 para a Entidade de Revisão Independente (Independent Review Entity - IRE) dentre de 24 horas quando lhe darmos a nossa decisão de Nível 1. Se você achar que não termos respeitado esse prazo ou outros prazos, você poderá apresentar uma queixa. A Seção 10, na página 176 diz como fazer uma reclamação.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Durante o Apelo de Nível 2, a IRE revisa a decisão que fizemos quando dissermos **Não** a sua "revisão rápida." Esta organização decide se a decisão que tomemos deverá ser alterada.

- A IRE faz uma "revisão rápida" do seu recurso. Os revisores geralmente lhe darão uma resposta dentre de 72 horas.
- A IRE é uma organização independente que é contratada por Medicare. Esta organização não é conectada com nosso plano, e não é uma agência do governo.
- Os revisores da IRE analisarão com cuidado todas as informações relacionadas ao seu recurso.
- **Se a IRE disser Sim** ao seu apelo, então devermos lhe pagar de volta por nossa parte dos custos do cuidado. Teremos também de continuar a fornecer cobertura por seus serviços hospitalares por quanto forem medicamente necessários.
- **Se a IRE disser Não** ao seu apelo, significará que eles concordarem conosco que terminar a cobertura dos serviços foi clinicamente apropriada.

Numa olhada: Como fazer um Recurso de Nível 2 para exigir que o plano continue seu cuidado

Você não tem de fazer nada. O plano enviará automaticamente seu apelo à Entidade de Revisão Independente.

A carta que você receba da IRE lhe dirá o que você poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão. Essa lhe dará os detalhes sobre como ir ao Apelo de Nível 3, que é tratado por um juiz.

Seção 9: Levar seu apelo além do Nível 2

• Seção 9.1: Próximos passos dos serviços e itens de Medicare

Se você fizer um Apelo de Nível 1 e um de Nível 2 por os serviços ou itens de Medicare e ambos apelos foram recusados, você poderá ter direitos aos recursos de níveis suplementares. A carta que você receba da IRE lhe dirá o que você poderá fazer se quiser continuar com o processo de revisão.

O Nível 3 do processo de recursos é uma audiência do Juiz de Direito Administrativo (Administrative Law Judge - ALJ). A pessoa que toma a decisão num apelo de Nível 3 é um juiz ALJ ou um advogado adjudicatário. Se você quiser um juiz ALJ ou um advogado adjudicatário para revisar seu caso, o item ou serviço médico que você estiver a solicitar, deverá atengir um montante mínimo em dólares. Se o valor em dólares for menos do que o montante mínimo, você não poderá apelar mais.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se o valor em dólares for bastante alto, você poderá pedir um juiz ALJ ou advogado adjudicatário de escutar seu apelo.

Se você não concordar com a decisão do juiz ALJ ou advogado adjudicatário, você poderá ir ao Conselho dos Recursos de Medicare. Depois disso, você poderá ter o direito de pedir a um tribunal federal de olhar a seu apelo.

Se precisar de ajuda em qualquer fase do processo de recurso, você pode contatar o Defensor de cuidados de saúde RIPIN (Healthcare Advocate}. O número de telefone é o 1-855-747-3224.

• Seção 9.2: Os próximos passos dos serviços e itens de Medicare

Você também tem mais direitos de recurso se seu apelo for sobre os serviços, itens ou remédios que podem ser abrangidos por Medicaid. Se o EOHHS Escritório de Audiência Justa do Estado e/ou a organização de Revisão Externa de RI (State Fair Hearing office -RI External Review organization) disserem Não a parte ou totalidade do seu Recurso de Nível 2, por um serviço de Medicaid, item ou remédio, poderá apresentar um Recurso de Nível 3. Lhe enviaremos uma carta que lhe dirá como fazer isso. O processo dos apelos de Nível 3 para um serviço de Medicaid, item ou remédio é no Tribunal Estadual.

Para obter mais informações sobre como ir para o próximo nível de recurso, contate-nos no 1-844-812-6896 e TTY 711. Você pode também pedir ao Defensor de saúde RIPIN (Healthcare Advocate) para ajuda. O número de telefone é o 1-855-747-3224.

Seção 10: Como fazer uma queixa

Quais são os tipos de problemas que deveriam tornar-se em reclamações?

O processo de reclamação é utilizado para certos tipos de problemas, tais como problemas relacionados à qualidade dos cuidados, os tempos de espera e o atendimento ao cliente. Eis alguns exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Reclamações relativo a qualidade

- Você está insatisfeito com a qualidade do atendimento, tal como o atendimento que recebeu no hospital.

Queixas relativo à privacidade

- Você acha que alguém não respeitou seu direito à privacidade, ou às informações compartilhadas sobre você que são confidenciais.

Reclamações sobre o mau atendimento ao cliente

- Um provedor de cuidados de saúde ou pessoal foi rude ou desrespeitoso com você.

- Agentes de Neighborhood INTEGRITY lhe trataram mal.
- Você acha que está sendo empurrado fora do plano.

Reclamações sobre a acessibilidade

- Você não consegue acessar fisicamente os serviços de saúde e os consultórios dum médico ou prestador.
- O seu provedor não lhe oferece uma acomodação razoável, como um intérprete de Língua de sinais Americano (American Sign Language).

Reclamações sobre os tempos de espera

- Você está tendo problemas em conseguir uma consulta, ou esperando muito tempo para obtê-lo.
- Você fica a esperar muito tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde ou os Serviços de Atendimento aos Membros ou outros funcionários do plano.

Reclamações sobre a limpeza

- Você acha que a clínica, o hospital ou consultório dum médico não está limpo.

Numa olhada: Como fazer uma queixa

Você pode fazer uma reclamação interna com nosso plano e/ou uma reclamação externa com uma organização que não esteja conectada ao nosso plano.

Para fazer uma reclamação interna, ligue aos Serviço de Atendimento aos Membros ou envie-nos uma carta.

Existem diferentes organizações que lidam com reclamações externas. Para ter mais informações, leia a Seção 10.2, na página 178.

Reclamações sobre o acesso aos serviços linguísticos

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Seu médico ou o prestador não lhe proporciona com o serviço de intérprete durante sua consulta.

Reclamações relative às comunicações da nossa parte

- Você acha que não conseguimos lhe dar um aviso ou uma carta que você deveria ter recebido.
- Você acha que a informação escrita que lhe enviámos é muito difícil de compreender.

Reclamações sobre a prontidão de nossas ações relacionadas às decisões de cobertura ou os recursos

- Você acredita que não estamos a respeitar nossos prazos para tomar uma decisão de cobertura ou atender ao seu apelo.
- 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 pagar-lhe de volta por determinados serviços médicos.
- Você acredita que não encaminhamos seu caso para a Entidade de Revisão Independente a tempo.

O termo legal para uma "reclamação" é uma "**queixa**".

O termo legal para "fazer uma reclamação" é "**apresentar uma queixa.**"

Existem diferentes tipos de queixas?

Sim. Você pode fazer uma reclamação interna e/ou uma queixa externa. Uma reclamação interna é apresentado e analisada por nosso plano. Uma queixa externa é apresentada e revista por uma organização que não seja afiliada com o nosso plano. Se você precisar de ajuda para fazer uma reclamação interna e/ou externa, ligue ao RIPIN o Defensor de saúde (Healthcare Advocate) no número 1-855-747-3224.

• Seção 10.1: Reclamações internas

Para fazer uma reclamação interna, chame os Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Você pode fazer a queixa a qualquer momento, a menos que se trata de um remédio da Parte D. Se a reclamação for ligada a um remédio da Parte D, você deve a fazer **dentre** de **60** dias calendários após o problema relativo a queixa acontecer.

- Se houver alguma coisa que precisar fazer, os Serviços de Atendimento aos Membros lhe dirão.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Você também pode escrever sua reclamação e envie-a para nós. Se você colocar a sua reclamação por escrito, nós responderemos a sua reclamação por escrito.
- Você pode também registrar uma reclamação rápida chamando os Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711). Por favor, veja abaixo para informações sobre os seus direitos de reclamações rápidas.

O termo legal de “reclamação rápida” é “queixa acelerada.”

Se for possível, lhe responderemos imediatamente. Se você chamar-nos com uma queixa, talvez poderemos dar-lhe uma resposta durante a mesma chamada. Se sua condição de saúde exigir que respondamos rapidamente, faremos isso.

- Nós respondemos a maioria das reclamações dentro de 30 dias calendários. Se precisarmos de mais informações e o atraso for no seu melhor interesse, ou se você pedir mais tempo, poderemos levar até mais 14 dias corridos (44 dias no total) para responder à sua reclamação. Lhe diremos por escrito por que precisamos de mais tempo.
- Se você estiver fazendo uma queixa porque negamos seu pedido duma "decisão rápida de cobertura" ou dum "recurso rápido," lhe daremos automaticamente uma queixa "rápida" e responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas.
- Se você estiver fazendo uma queixa porque levamos mais tempo para tomar uma decisão de cobertura ou um recurso, lhe daremos automaticamente uma queixa "rápida" e responderemos à sua reclamação dentro de 24 horas.

Se discordarmos com parte ou toda a sua reclamação, **lhe diremos** e lhe daremos as razões. Responderemos se concordarmos com a reclamação ou não.

• Seção 10.2: Reclamações externas

Você pode informar Medicare sobre a sua reclamação

Você pode enviar sua reclamação para Medicare. O formulário de reclamação de Medicare está disponível em: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Medicare leva suas queixas a sério e utilizará essas informações para ajudar a melhorar a qualidade do programa de Medicare.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se você tiver quaisquer comentários ou outras preocupações, ou se você sentir que o plano não esteja a abordar seu problema, ligue ao 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY / TDD podem ligar ao 1-877-486-2048. A chamada é grátis.

Você pode informar o Departamento de Saúde de Rhode Island ou o gabinete do Comissário do Seguro da saúde de Rhode Island (Rhode Island Department of Health or Rhode Island Office of the Health Insurance Commissioner) sobre a sua reclamação

Você pode registrar uma reclamação com o Departamento de Saúde de Rhode Island, chamando-os ao 1-401-222-2231. Você também pode registrar uma reclamação com o gabinete do Comissário do Seguro da Saúde de Rhode Island, chamando-os ao 1-401-462-9517.

Você pode registrar uma reclamação com o Escritório de Direitos Civis (Office for Civil Rights)

Você pode fazer uma queixa ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos no escritório dos Direitos Civis (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) se achar que não foi tratado de forma justa. Por exemplo, você pode fazer uma reclamação sobre o acesso para pessoas com deficiências ou a assistência as idiomas. O número de telefone do Escritório dos Direitos Civis (Office for Civil Rights) é o 1-800-368-1019. Os utentes TTY deveriam chamar 1-800-537-7697. Você também pode visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para ter mais informações.

Você pode também contatar os escritórios dos direitos civis locais seguintes:

- Rhode Island Commission for Human Rights (a Comissão de Rhode Island para os Direitos Humanos) no 1-401-222-2661. Os utentes TTY deveriam chamar o 1-401-222-2664.
- Rhode Island Department of Human Services Community Relations Liaison Officer (o Oficial de Ligação das Relações Comunitárias do Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island) no 1-401-415-8216. Os utentes TTY deveriam chamar o 1-401-222-2664.
- Office for Civil Rights (OCR - Escritório para os Direitos Civis) a Região da Nova Inglaterra (New England) no 1-800-368-1019. Os utentes TTY deveriam chamar 1-800-537-7697.

Você pode também ter direitos com o Americans with Disability Act (a Lei dos Americanos com Deficiência). Você pode contatar o RIPIN Healthcare Advocate (Defensor de saúde) para assistência. O número de telefone é o 1-855-747-3224. **Você pode registrar uma queixa com a Quality Improvement Organization (Organização de Melhoria da Qualidade)** Quando sua queixa for sobre a qualidade do cuidado, você tem também duas opções:

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Se você preferir, você pode fazer sua reclamação sobre a qualidade do cuidado diretamente à Organização de Melhoria da Qualidade (sem fazer a queixa conosco).
- Ou você pode fazer sua reclamação com nós e com a Quality Improvement Organization (Organização de Melhoria da Qualidade). Se você 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 de Medicare. Para aprender mais sobre a Organização de Melhoria da Qualidade, veja o Capítulo 2.

Em Rhode Island, a Organização de Melhoria da Qualidade é chamada a KEPRO. O número de telefone da KEPRO é o 1-888-319-8452.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 10: Terminar com a sua adesão ao nosso Plano de Medicare-Medicaid

Introdução

Este capítulo diz-lhe quando e como você pode acabar sua adesão em nosso plano e quais são as suas opções de cobertura de saúde depois de sair de nosso plano. Se você sair de nosso plano, você estará ainda nos programas de Medicare e Medicaid, desde que seja elegível. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Quando você pode encerrar sua participação no nosso plano de Medicare-Medicaid	199
B. Como encerrar com sua participação no nosso plano	200
C. Como conseguir os serviços de Medicare e Medicaid separadamente.....	200
C1. Maneiras de conseguir os serviços de Medicare	200
C2. Como conseguir seus serviços de Medicaid	202
D. Continuar a receber seus serviços médicos e medicamentos através de nosso plano até sua adesão acabar.....	202
E. Outras situações quando sua adesão terminar	203
F. Regras contra pedir-lhe de deixar nosso plano por qualquer motivo ligado à saúde	204
G. Seu direito de fazer uma reclamação se acabarmos com sua participação no nosso plano	204
H. Como ter mais informações sobre como encerrar a sua adesão ao plano	204

A. Quando você pode encerrar sua adesão no nosso plano de Medicare-Medicaid

Você pode encerrar sua adesão no Plano Neighborhood INTEGRITY Medicare-Medicaid a qualquer momento ao longo do ano, inscrevendo-se noutro Plano de Medicare Advantage ou mudando para Original Medicare.

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, sua cobertura com nosso plano será encerrada em janeiro 31.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Sua nova cobertura começará o primeiro dia do mês seguinte (1 de fevereiro, nesse exemplo). Se você deixar o nosso plano, você pode ter informações sobre suas/seus:

- Opções de Medicare na tabela da página 182.
- Serviços de Medicaid na página 183.

Você pode ter mais informações quando você poder finalizar sua adesão chamando:

- A linha de inscrição ao plano Medicare-Medicaid, no 1-844-602-3469, de segunda a sexta das 08:00 às 18:00. Os utentes TTY deveriam chamar 711.
- O programa de assistência de Seguro de Saúde Estadual (SHIP - State Health Insurance Assistance Program), The Point no 1-401-462-4444. Os utentes TTY deveriam chamar 711.
- Medicare no 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utentes TTY deveriam chamar 1-877-486-2048.

NOTA: A partir do 1 de janeiro de 2019, se você está num programa de gestão de medicamentos, talvez você não conseguirá mudar de planos. Consulte o Capítulo 5, a Seção G, página 113, para ter informações sobre os programas de gestão de remédios.

B. Como acabar com sua adesão no nosso plano

Se você decidir encerrar a sua adesão, informe Medicaid ou Medicare que quiser deixar a Neighborhood INTEGRITY:

- Chame a linha de inscrição ao plano Medicare-Medicaid, no 1-844-602-3469, de segunda a sexta-feira das 08:00 às 18:00. Os utentes TTY deveriam chamar 711.
- Chame Medicare no 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os usuários TTY (pessoas que são surdas, com dificuldades de audição, ou de fala) deveriam chamar o 1-877-486-2048. Quando você chamar o 1-800-MEDICARE, você pode também se cadastrar noutro plano de saúde ou medicamento de Medicare. Para mais informações sobre como receber os seus serviços de Medicare quando você deixar o nosso plano, está indicado na tabela da página 182.

C. Como conseguir os serviços de Medicare e Medicaid separadamente

Se você deixar a Neighborhood INTEGRITY, você voltará a ter os seus serviços de Medicare e Medicaid separadamente.

C1. Maneiras de conseguir os serviços de Medicare

Você terá uma escolha sobre como receber os seus benefícios de Medicare.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Você tem três opções para conseguir os seus serviços de Medicare. Ao escolher uma dessas opções, você automaticamente encerrará sua participação ao nosso plano.

1. Você pode trocar para: O Plano de saúde de Medicare, tal como O Plano de Medicare Advantage ou Um Programa de Cuidados Tudo Incluído (All-Inclusive Care) para Idosos (PACE)	Aqui está indicado o que deve fazer: Chame Medicare no 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os usuários TTY deveriam chamar o 1-877-4862048 para se cadastrar no novo plano de saúde de apenas Medicare. Se precisar de ajuda ou mais informações: • Chame The POINT no 1-401-462-4444 711. Lhe referirão à um Programa Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program - SHIP). Você não será automaticamente mais registrado com a Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura do seu novo plano começar.
2. Você pode trocar para: Original Medicare com um plan de remédio separado de Medicare	Aqui está indicado o que deve fazer: Chame Medicare no 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utentes TTY deveriam chamar 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou mais informações: • Chame The Point no 1-401-462-4444 711. Lhe referirão ao conselheiro do Programa de Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program - SHIP). Você automaticamente não será mais registrado com a Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura de Original Medicare começar.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

3. Você pode trocar para: Original Medicare sem uma licença separada do plano de Medicare de medicamentos de prescrição NOTA: Se você trocar para Original Medicare e não se cadastrar num plano de remédios de prescrição separado de Medicare, Medicare poderá lhe inscrever num plano de medicamentos, a menos que informar Medicare que você não quer aderir. Você só deveria abandonar a cobertura de medicamentos prescritos se tiver cobertura de medicamentos de um empregador, sindicato ou uma outra fonte. Se você tiver dúvidas sobre se você precisar de cobertura de remédios, chame The POINT no 1-401-462-4444. Lhe referirão à um Programa Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program - SHIP).	Aqui está indicado o que fazer: Chame Medicare no 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, sete dias por semana. Os utentes de TTY deveriam chamar o 1-877-486-2048. Se precisar de ajuda ou mais informações: ☐ Chame The POINT no 1-401-462-4444 711. 711. Lhe referirão à um conselheiro dum Programa Assistência de Seguro de Saúde Estadual (State Health Insurance Assistance Program - SHIP). Você não será automaticamente mais registrado com a Neighborhood INTEGRITY quando a cobertura de Original Medicare começar.
--	---

C2. Como receber seus serviços de Medicaid

Se você sair do Plano de Medicare-Medicaid, você estará inscrito no Rhode Island Medicaid Fee For Service (FFS - Serviços Pagos de Medicaid de Rhode Island) para os seus serviços de Medicaid.

Seus serviços de Medicaid incluem os serviços de longo prazo e assistência (LTSS - Long-Term Services and Supports) e cuidados de saúde comportamental.

D. Para continuar a receber os seus serviços médicos e medicamentos através de nosso plano até sua adesão acabar.

Se você deixar a Neighborhood INTEGRITY, poderá levar algum tempo até que sua adesão terminar e a sua nova cobertura de Medicare e Medicaid for iniciada. Consulte a página 181 para mais informações. Durante este tempo, você continuará a receber os seus cuidados de saúde e medicamentos através de nosso plano.

- **Você deveria utilizar as nossas farmácias da rede para conseguir suas receitas.** Normalmente, suas medicações de prescrição são cobertas apenas se elas forem

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

enchidas por uma farmácia da rede, incluindo através de nossos serviços de farmácias por correspondência.

- **Se você estiver hospitalizado no dia em que sua adesão terminar, sua estadia no hospital será normalmente coberta pelo nosso plano até que você sair do hospital.** Isso acontecerá mesmo que sua nova cobertura de saúde começar antes de você sair do hospital.

E. Outras situações quando sua adesão terminar 4936

Estes são os casos quando a Neighborhood INTEGRITY deve encerrar sua adesão no plano:

- Se houver uma interrupção na cobertura de Medicare Parte A e Parte B.
- Se você não se qualificar mais para Medicaid. Nosso plano é para pessoas que se qualificam para ambos Medicare e Medicaid. Para saber se você se qualificar, chame a linha de inscrição de plano de Medicare-Medicaid no 1-844-602-3469 das 08:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira. Os utentes de TTY deveriam chamar o 711.
- Se você sair da nossa área de serviço.
- Se você estiver fora de nossa área de serviço por mais de seis meses.
 - Se você mudar ou fazer uma longa viagem, você precisa chamar os Serviços de Atendimento aos Membros para descobrir se o lugar que você estiver a mudar ou a viajar está na área de serviço do nosso plano.
- Se você ir à cadeia ou prisão por um delito criminal.
- Se você mentir ou reter informações sobre outros seguros de medicamentos prescritos que você tiver.
- Se você 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 de nosso plano. Os Centros de Serviços de Medicare e Medicaid nós notificarão se você não estiver qualificado para ser um membro nessa base. Devemos encerrar sua adesão se você não satisfazer esse requisito.

Podemos lhe fazer sair de nosso plan por as razões seguintes só se tivermos a autorização de Medicare e Medicaid em primeiro lugar:

- Se você se comportar sempre duma maneira que seja perturbadora e a dificultar a prestação de assistência médica para você e outros membros de nosso plano.
- Se você permitir que outra pessoa use seu cartão de identificação para conseguir assistência médica.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

-
- Se encerrarmos sua associação devido a esse motivo, Medicare poderá ter seu caso investigado pelo Inspetor-Geral.

F. Regras contra pedir-lhe de deixar o nosso plano por qualquer motivo ligado à saúde

Se você achar que esteja solicitado a deixar nosso plano por motivos relacionados à saúde, ligue a Medicare: no número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utentes TTY devem chamar o 1-877-486-2048. Você pode ligar 24 horas por dia, sete dias por semana. Você deve também ligar a Medicaid. A linha de inscrição ao plano de Medicare-Medicaid, no 1-844-602-3469, das 08:00 às 18:00, de segunda a sexta. Os utentes de TTY deveriam chamar o 711.

G. O seu direito de fazer uma reclamação se encerrarmos sua participação em nosso plano

Se encerrarmos sua participação em nosso plano, devermos informar-lhe de nossas razões por escrito por terminar sua adesão. Também precisamos de explicar como você pode registrar uma queixa ou fazer uma reclamação sobre nossa decisão de encerrar sua adesão. Você pode também ver o Capítulo 9, a Seção 10, página 194 para ter informações sobre como fazer uma reclamação.

H. Como ter mais informações sobre como encerrar sua adesão ao plano

Se você tiver dúvidas ou quiser mais informações sobre quando podemos encerrar sua adesão, você pode ligar aos Serviços de Atendimento aos Membros no número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8 às 20 horas, de segunda a sexta-feira; 8 às 12 horas no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido de deixar uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. A chamada é grátis.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Capítulo 11: Avisos legais

Introdução

Este capítulo inclui avisos legais que se aplicam à sua adesão na Neighborhood INTEGRITY. Os termos-chave e as suas definições aparecem em ordem alfabética no último capítulo do *Manual do Membro*.

Tabela de Conteúdos

A. Aviso sobre as leis	205
B. Aviso sobre não-discriminação	207
C. Aviso sobre Medicare como um pagador secundário	207

A. Aviso sobre as leis

Muitas leis se aplicam a este *Manual do Membro*. Essas leis podem afetar 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 de Medicare e Medicaid. Outras leis federais e estaduais podem também se aplicar.

B. Aviso sobre não-discriminação

Cada empresa ou agência que trabalha com Medicare e Medicaid deve obedecer à lei. Você não pode ser tratado de forma diferente devido à sua idade, experiência de queixas, cor, fé, etnia, prova de segurabilidade, o gênero, as informações genéticas, a localização geográfica, o estado de saúde, histórico médico, a deficiência mental ou física, nacionalidade, raça, religião ou o sexo. Além disso, você não pode ser tratada de forma diferente por causa de seus recursos de cuidados de saúde, comportamento, identidade de gênero, expressão de gênero, capacidade mental, recibo de cuidados de saúde, orientação sexual ou uso de serviços de saúde.

Se você achar que não foi tratado de forma justa por qualquer um desses motivos, ligue para o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Escritório de Direitos Cíveis, no número 1-800-368-1019. Os utentes de TTY deveriam chamar o 1-800537-486-2048. Você também pode visitar <http://www.hhs.gov/ocr> para mais informações.

Você pode também ligar para o Escritório local dos Direitos Cíveis.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

- Rhode Island Commission for Human Rights (a Comissão de Rhode Island para os Direitos Humanos) no 1-401-222-2661. Os utentes de TTY deveriam chamar o 1401-222-2664.
- Rhode Island Department of Human Services Community Relations Liaison Officer (o Oficial de Ligação das Relações Comunitárias do Departamento dos Serviços Humanos de Rhode Island) no 1-401-415-8216. Os utentes de TTY deveriam chamar o 1-401-462-6239 TTY ou o 711.

O Neighborhood Health Plan of Rhode Island está em conformidade com as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base na raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou no sexo. O Neighborhood Health Plan of Rhode Island não exclui pessoas ou as trata de forma diferente por causa de raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo.

A Neighborhood Health Plan of Rhode Island

- Fornece ajuda e serviços gratuitos às pessoas com deficiência para se comunicarem efetivamente conosco, tais como:
 - Intérpretes de linguagem de sinais qualificados.
 - Informação escrita noutros formatos (formatos impressos, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços de idiomas gratuitos para pessoas cujo idioma principal não é o inglês, como:
 - intérpretes qualificados
 - informações escrito em outras línguas

Se você precisar desses serviços, ligue aos Serviços de Atendimento aos Membros no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido de deixar uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. A chamada é grátis.

Se você acreditar que a Neighborhood Health Plan of Rhode Island tem falhado em fornecer estes serviços ou discriminado de outra forma, com base na raça, cor, origem nacional, deficiência, idade ou no sexo, você pode registrar uma queixa pessoalmente, por telefone, por correio, fax ou e-mail:

Pelo correio :

Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Atenção: Grievance and Appeals Coordinator

910 Douglas Pike

Smithfield, RI 02917

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Por fax : 1-401-709-7005.

Por correio eletrônico GAUMailbox@nhpri.org

Por telefone: 1-844-812-6896 (TTY 711) Das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado.

Se você precisar de ajuda para registrar uma queixa, o Coordenador de Reclamações e Recursos de Neighborhood estará disponível para ajudá-lo. Você pode também apresentar uma queixa de direitos civis junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Escritório de Direitos Civis, eletronicamente através do Portal de Reclamações do Escritório dos Direitos Civis, disponível no: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou por correio ou telefone no:

1-800-368-1019 ou usuários de TDD devem ligar o 1-800-537-7697

U.S. Department of Health and Human Services

1400 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Os formulários de reclamação estão disponíveis no <http://www.hhs.gov/ocr/office/file.index.html>

C. Aviso sobre Medicare como um pagador secundário

Às vezes alguém tem de pagar primeiro pelos serviços que lhe prestamos. Por exemplo, se você estiver num acidente de carro, ou se você 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 Medicare não é o primeiro pagador.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **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 suas definições. Os termos são listados em ordem alfabética. Se você não encontrar um termo que estiver a procurar ou se precisar de mais informações que a definição incluir, entre em contato com os Serviços de Atendimento aos Membros.

Atividades cotidianas: As coisas que as pessoas fazem num dia normal, como comer, usar o banheiro, vestir-se, tomar banho ou escovar os dentes.

Pagamento de auxílio pendente: Você pode continuar a receber seus benefícios enquanto você estiver esperando por uma decisão sobre um recurso ou uma audiência justa. Esta cobertura continua é chamada "pagamento de auxílio pendente."

Centro cirúrgico ambulatorial: A facilidade que fornece a cirurgia ambulatorial para pacientes que não precisam de cuidados hospitalares e que não precisam de mais de 24 horas de cuidados.

Apelo: Uma maneira de desafiar a nossa ação, se você achar que cometemos um erro. Pode pedir-nos de alterar uma decisão de cobertura, apresentando um recurso. O Capítulo 9, a Seção 4, página 149 explica os recursos, incluindo como fazer um recurso.

Avaliação: Uma revisão do histórico dos cuidados de saúde e da condição atual dum paciente. É utilizado para descobrir a saúde do paciente e como isso pode mudar no futuro.

Faturamento do saldo: Faturamento incorreto/inapropriado ocorre quando um provedor (como um médico ou hospital) lhe fatura mais do que o valor da participação do plano aos serviços. Não permitimos aos provedores de "facturar-lhe o saldo". Como a Neighborhood INTEGRITY paga todo o custo pelos seus serviços, você não deveria receber nenhuma conta dos provedores. A única exceção é se você estiver em cuidados de long prazo e assistência (LTSS) e Rhode Island Medicaid disser que você terá de pagar por parte dos custos desses serviços. Ligue aos Serviços de Atendimento aos Membros se você receber alguma fatura que não entenda.

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.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Plano de cuidados: Um plano por quais cuidados de saúde você terá e como vai tê-los.

A equipe de cuidadores: A equipe de cuidadores pode incluir médicos, enfermeiros, conselheiros ou outros profissionais de saúde que estão ali para ajudá-lo a conseguir o cuidado que você precisa. Sua equipe de cuidadores também ajudará você a constituir um plano de cuidados.

Gestor de caso: Uma pessoa principal que trabalha com você, com o plano de saúde, e com seus prestadores de cuidados de saúde para garantir de que você receba os serviços que você precisa.

Centros de Serviços de Medicare e Medicaid (CMS): A agência federal responsável por Medicare. O capítulo 2, a Seção G, página 24 explica como entrar em contato com o CMS.

Queixa: Uma declaração por escrito ou falada dizendo que você tem um problema ou preocupação com seus serviços ou cuidados cobertos. Isso 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.”

Unidade de Serviços completos de Reabilitação Ambulatorial (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility - CORPF): Uma facilidade que presta principalmente serviços de reabilitação após uma doença, um acidente ou uma operação importante. Presta uma variedade de serviços, incluindo terapia física, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional, terapia da fala e serviços de avaliação do ambiente domiciliar.

Decisão de cobertura: Uma decisão sobre quais benefícios cobrimos. Isso inclui decisões sobre medicamentos e serviços cobertos ou o valor que pagaremos por seus serviços de saúde. O Capítulo 9, a Seção 5.2, página 154 explica como pedir por uma decisão de cobertura.

Remédios cobertos: O termo que usamos significa todos os medicamentos prescritos cobertos pelo nosso plano.

Serviços cobertos: O termo geral que usamos para designar todos os cuidados de saúde, serviços e apoio de longo prazo (LTSS), suprimentos, medicamentos prescritos e em venda livre, equipamentos e outros serviços cobertos pelo nosso plano.

Formação de competência cultural : Treinamento que fornece instruções adicionais para os nossos provedores de assistência médica, que os ajuda a entender melhor os seus antecedentes, valores e as suas crenças para adaptar os serviços às suas necessidades sociais, culturais e lingüísticas.

Desincrição: O processo de encerrar sua adesão em nosso plano. A desincrição pode ser voluntária (por sua própria escolha) ou involuntária (não é sua escolha).

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Camadas de remédios: Grupos de medicamentos na nossa Lista de remédios. Medicamentos genéricos, de marca ou em venda livre (OTC) são exemplos de camadas de medicamentos. Todas os medicamentos na *Lista de remédios Cobertos* estão numa das 3 camadas.

Equipamentos médicos duráveis (Durable Medical Equipment - DME): Certos itens ordenados por seu médico para usar em sua própria casa. Exemplos desses itens são cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões elétricos, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para uso doméstico, intravenosa de bombas de infusão (IV), dispositivos de geração de fala, equipamentos e suprimentos de oxigênio, nebulizadores e andadores.

Emergência: Uma emergência médica é quando você, ou qualquer outra pessoa com um conhecimento médio da saúde e da medicina, acreditar que você tiver 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.

Cuidados de emergência: Serviços cobertos que são prestados por um provedor treinado para prestar serviços de emergência e necessários para tratar uma emergência médica.

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

Ajuda Extra: é um programa de Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos de Medicare Parte D dos medicamentos receitados, como prêmios, franquias e participação dos pagamentos. A ajuda Extra é também chamada de “Subsídio de Rendimento Baixo,” ou “LIS” (Low-Income Subsidy).

Audiência justa: Uma chance para você de contar seu problema no tribunal ou o State Fair Hearing Office (escritório de audiência justa do estado) e mostrar que uma decisão que fizemos foi injusta.

Formulário: Veja a "Lista dos Remédios Cobertos"

Medicamentos genéricos Um medicamento de prescrição que é aprovado pelo governo federal por uso em lugar de um medicamento de marca. Um medicamento genérico contém os mesmos ingredientes ativos tais como os medicamentos de marca. É normalmente mais barato e funciona tão bem como o medicamento de marca.

Queixa: Uma queixa que você faz sobre nós ou um de nossos fornecedores ou nossas farmácias da rede. Isso inclui uma reclamação sobre a qualidade do seu atendimento.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Plano de saúde: Um plano de Medicare-Medicaid é uma organização composta por médicos, hospitais, farmácias, prestadores de serviços de saúde de longo prazo e outros provedores. Esse plano possui também gestores de casos para ajudá-lo a gerenciar todos os seus provedores e serviços. Todos trabalham juntos para proporcionar os cuidados que você precisa.

Auxiliar de saúde em casa: Uma pessoa que presta serviços que não precisam de habilidades duma enfermeira ou dum terapeuta licenciado, tal como ajuda com cuidados pessoais (tomar banho, usar o banheiro, vestir-se ou fazer os exercícios prescritos). Auxiliares de saúde domiciliares não possuem licença de enfermagem ou não oferecem terapia.

Hospício: Um programa de cuidados e apoio para ajudar as pessoas com um prognóstico terminal a viver à-vontade. Um prognóstico terminal significa que uma pessoa tem uma doença terminal e tem mais ou menos seis meses para viver.

- Um aderente com um prognóstico terminal tem o direito de escolher um hospício.
- Uma equipe especialmente treinada de profissionais e cuidadores que prestam cuidados as pessoas, incluindo as necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.
- A Neighborhood INTEGRITY deve lhe dar uma lista de provedores de cuidados paliativos na sua área geográfica.

Faturamento incorreto/inapropriado: Faturamento incorreto/inapropriado ocorre quando um provedor (como um médico ou hospital) lhe fatura mais do que o valor da participação do plano para os serviços prestados. Isso pode também ser chamado de "faturamento de saldo". Mostre seu cartão de identificação de membro da Neighborhood INTEGRITY cada vez você receber quaisquer serviços ou prescrições. Ligue os Serviços de Atendimento aos Membros se você receber alguma fatura que não entenda. Porque a **Neighborhood INTEGRITY** paga todo o custo dos seus serviços, você não é responsável pelo pagamento de quaisquer custos. Os provedores não deveriam lhe faturar nada por esses serviços.

Internação: Um termo usado quando você for formalmente admitido no hospital para serviços médicos qualificados. Se você não for admitido formalmente, você poderá ainda ser considerado um paciente ambulatorio em vez de um paciente hospitalar mesmo se você passar a noite.

Lista de medicamentos cobertos (lista de remédios): Uma lista de medicamentos sujeitos a receita médica cobertos pelo plano. O plano escolhe as medicações nesta lista com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A Lista de remédios informa-lhe também se existirem quaisquer regras que você precisar seguir para conseguir os medicamentos. A Lista de remédios às vezes é chamado de um "formulário."

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Como receber os serviços de longo prazo e assistência (LTSS): Os serviços e apoio de longo prazo são serviços que ajudam a melhorar uma condição médica de longo prazo. A maior parte destes serviços, ajuda-lhe a ficar em casa para não ter que ir a um lar de idosos ou hospital.

Subsídio de rendimento baixo (Low-income subsidy - LIS): Veja "Ajuda Extra".

Medicaid (ou Assistência Médica): 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 por Medicare.
- Os programas de Medicaid variam dum estado a outro, mas a maioria dos custos de cuidados de saúde são cobertos, se você se qualificar para ambos Medicare e Medicaid.
- Veja o Capítulo 2, a Seção H, página 25 para ter informações sobre como contactar Medicaid em seu estado.

Medicamento necessário: Esse descreve os serviços, suprimentos ou as medicações que você precisa para prevenir, diagnosticar ou tratar uma doença ou para manter seu status de saúde atual. Isso inclui o cuidado que lhe mantenha longe dum hospital ou lar de idosos. Isto significa também, os serviços, suprimentos, ou remédios padrões aceitos na prática médica.

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 diálise ou transplante de um rim). As pessoas com Medicare podem conseguir a cobertura de saúde de Medicare através de Original Medicare ou de um plano de cuidados gerenciados (consulte o "Plano de saúde").

O Plano de Medicare Advantage: O programa Medicare, também conhecido como "Medicare Parte C" ou "Planos de MA", que oferece planos através de companhias privadas. Medicare paga essas companhias para cobrir seus benefícios de Medicare.

Serviços cobertos de Medicare: Os serviços abrangidos por Medicare Parte A e Parte B. Todos os planos de saúde de Medicare, incluindo o nosso plano, devem cobrir todos os serviços abrangidos por Medicare Parte A e Parte B.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Aderente de Medicaid Medicare: Uma pessoa que se qualifica para a cobertura de Medicare e Medicaid. A

Membro de Medicaid-Medicare é também chamado de "beneficiário de dupla elegibilidade".

Medicare Parte A: O programa de Medicare que cobre os custos de hospitalização os mais medicamento necessários, unidade de enfermagem qualificado, saúde domiciliar e cuidados paliativos de hospício.

Medicare Parte B: O Programa de Medicare que abrange os serviços (como os exames de laboratório, as cirurgias e visitas de provedores) e os suprimentos (como cadeiras de rodas e andadores) que são medicamento necessários para tratar uma doença ou condição. Medicare Parte B abrange também vários serviços preventivos e de rastreio.

Medicare Parte C: O programa de Medicare que permite as companhias de seguro de saúde privadas a fornecer benefícios de Medicare através de um plano de Medicare Advantage Plan.

Medicare Parte D: O programa de medicamentos de prescrição e benefícios de Medicare. (Chamamos este programa simplesmente de "Parte D"). A Parte D abrange medicamentos ambulatoriais, vacinas e suprimentos não abrangidos pela Parte A ou Parte B de Medicare ou Medicaid. A Neighborhood INTEGRITY inclui Medicare Parte D.

Medicare Parte D remédios: Os medicamentos que podem ser cobertos por Medicare Parte D. O congresso especificamente excluiu certas categorias de remédios cobertos como a Parte D remédios. Medicaid pode abranger alguns destes medicamentos.

Membros (membros de nosso plano ou membros do plano): Uma pessoa com Medicare e Medicaid que se qualifica para conseguir os serviços cobertos, que se cadastrou em nosso plano e cuja inscrição foi confirmada pelos Centros de Serviços de Medicare e Medicaid (CMS) e pelo estado.

Manual do Membro e Divulgação da Informação: Este documento, junto com 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 você deve fazer como um membro de nosso plano.

Serviços de Membros: Um departamento dentro de nosso plano responsável para responder às suas perguntas sobre a sua adesão, os seus benefícios, as suas reclamações e apelações. Consulte o Capítulo 2, a Seção A, página 16 para ter informações sobre como entrar em contato com os Serviços de Atendimento aos Membros .

Uma farmácia da rede: Uma farmácia da rede (drogaria) que concordou em encher as receitas dos membros de nosso plano. Chamamos essas de "farmácias da rede" porque concordaram em trabalhar com nosso plano. Na maioria dos casos, as suas prescrições são cobertas apenas se forem enchidas numa farmácia de nossa rede.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Provedor da rede: "Provedor" é o termo geral que usamos para médicos, enfermeiros e outras pessoas que dão-lhe 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.
- Os chamamos de "provedores/prestadores da rede" quando eles concordarem em trabalhar com o plano de saúde e aceitarem nosso pagamento e não cobram nossos membros nenhum montante a mais.
- Enquanto for um membro de nosso plano, você deve passar pelos prestadores da rede para conseguir os serviços cobertos. Os provedores da rede também são chamados de "prestadores do plano".

Casa de repouso ou facilidade: Um lugar que oferece cuidados para as pessoas que não conseguem fazer seus cuidados em casa, mas que não precisam de estar no hospital.

Mediador: Um escritório em seu estado que trabalha como defensor em seu nome. Eles podem responder as perguntas, se você tiver um problema ou uma reclamação e ajudá-lo a entender o que fazer. Os serviços de mediação são gratuitos. Você pode encontrar mais informações sobre o mediador nos Capítulos 2 e 9 deste manual.

Determinação de organização : O plano fez uma determinação de organização quando ele ou um dos seus provedores, tomar uma decisão relativo a cobertura dos serviços ou o quanto você terá de pagar por esses serviços abrangidos. As determinações de organização são chamadas de "decisões de cobertura" neste manual. O Capítulo 9, a Seção 4, página 149 explica como pedir por uma decisão de cobertura.

Original Medicare (Medicare tradicional ou os serviços de Medicare a-serem-pagos): Original

Medicare é oferecido pelo governo. Sob o Original Medicare, os serviços de Medicare são cobertos por o pagamento dos serviços dos médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde cujos montantes são definidos pelo Congresso.

- Você pode ver qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceita Medicare. O Original Medicare tem duas partes: A Parte A (seguro de hospital) e a Parte B (seguro médico).
- Original Medicare está disponível em todo os Estados Unidos.
- Se você não quiser ser em nosso plano, você pode escolher o Original Medicare.

Farmácia de fora-da-rede: Uma farmácia que não concordou em trabalhar com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos Membros de nosso plano. A maioria dos

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



remédios que você recebe das farmácias de fora-da-rede não são abrangidos pelo nosso plano, ao não ser determinadas condições se aplicarem.

Prestador de fora-da-rede ou instituição de fora-da-rede: Um provedor ou uma facilidade que não está empregado, pertence, ou não é operado por nosso plano e não está sob contrato de prestação de serviços cobertos para os membros de nosso plano. O Capítulo 3, a Seção D.4, página 38 explica os provedores de fora-da-rede ou as facilidades.

Medicamentos vendidos sem prescrição médica (OTC): Os remédios em venda livre referem-se a qualquer remédio ou medicamento que uma pessoa pode comprar sem receita médica dum profissional de saúde.

Parte A: Ver "Medicare Parte A."

Parte B: Ver "Medicare Parte B."

Parte C: Ver "Medicare Parte C."

Parte D: Ver "Medicare Parte D."

Parte D Remédios: Ver "Medicare Parte D Remédios"

Informações de saúde pessoal (também chamadas de Informações de Saúde Protegidas) (Protected Health Information - PHI):

Informações sobre você e a sua saúde, tais como seu nome, endereço, número de segurança social, suas visitas de médico e seu histórico médico. Ver o Aviso de Privacidade de Neighborhood INTEGRITY para ter mais informações sobre como a Neighborhood INTEGRITY protege, usa e divulga seu PHI, bem como os seus direitos em relação ao seu PHI.

Prestador de cuidados primários (PCP): Seu provedor de cuidados primários é o médico ou outro provedor que você vê primeiro para a maioria dos problemas de saúde.

- Ele ou ela assegura-se que você tem os cuidados que você precisa para ficar saudável. Ele ou ela pode também conversar com outros médicos e prestadores de cuidados de saúde sobre seus cuidados e encaminhá-lo para eles.
- Em muitos planos de saúde Medicare, você deve ver seu prestador de cuidados de saúde primários antes de ver qualquer outro prestador de cuidados de saúde.
- Consulte o Capítulo 3, a Seção D, página 35 para ter informações sobre a obtenção de serviços de prestadores de cuidados de saúde primários.

Pré-autorização: A autorização prévia significa que você deve obter aprovação da Neighborhood INTEGRITY antes de ter acesso a um serviço específico ou aos remédios ou ver um provedor de Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



fora-de-rede. A Neighborhood INTEGRITY poderá não cobrir o serviço ou o medicamento se você 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.

- Os serviços cobertos que precisam de autorização prévia estão marcados na Tabela dos Benefícios, no Capítulo 4, Seção D, página 51.

Alguns remédios são cobertos apenas se você conseguir autorização prévia de nós.

- Os remédios cobertos que necessitam de autorização prévia são marcados na *Lista de remédios cobertos*.

Próteses e órteses: Esses são dispositivos médicos ordenados por seu médico ou outro provedor de cuidados de saúde. Itens 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.

Organização de melhoria da qualidade (Quality Improvement Organization - 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, página 21 para obter informações sobre como entrar em contato com uma QIO de seu estado.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Limites de quantidade: Um limite na quantidade de um medicamento que você pode conseguir. Os limites podem ser na quantidade de remédios que cubramos por prescrição.

Serviços de reabilitação: Tratamento que você recebe que ajudá-lo a recuperar de uma doença, um acidente ou de uma grande operação. Consulte o Capítulo 4, página 49 para saber mais sobre os serviços de reabilitação.

Rhode Island Executive Office of Human Services (Escritório executivo de saúde e serviços humanos de Rhode Island - EOHHS): A agência do estado responsável por administrar o programa de Medicaid em Rhode Island. O Capítulo 2, a Seção H, página 25 explica como entrar em contato com o EOHHS.

Rhode Island Medicaid Fee for Service (Serviço a pagar de Rhode Island Medicaid - FFS): Ver "Medicaid"

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 você pode utilizar, também é geralmente a área onde você pode conseguir serviços de rotina (não emergenciais). A área de serviço da Neighborhood INTEGRITY é o estado de Rhode Island. Apenas as pessoas que vivem em nossa área de serviço podem aderir a Neighborhood INTEGRITY. Se você mudar fora de Rhode Island, você não pode ficar neste plano.

Unidade de cuidados enfermeiros qualificados (Skilled Nursing Facility - 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.

Cuidados enfermeiros 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 terapia física ou injeções intravenosas (IV) que uma enfermeira ou um médico pode dar.

Especialista: Um especialista é um provedor que presta cuidados de saúde para uma doença específica ou parte do corpo.

Agência de Medicaid do estado: Ver Rhode Island Executive Office of Human Services (Escritório Executivo de Saúde e dos Serviços Humanos de Rhode Island - EOHHS):

Tratamento por etapa: Uma regra de cobertura que requeira que você tente em primeiro lugar uma outra medicação antes que cobrimos a medicação que você estiver a pedir.

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

Renda Suplementar de Segurança (Supplemental Security Income - SSI): Um benefício mensal pago pela Segurança Social às pessoas com renda e recursos limitados que são desabilitadas, cegas, ou de 65 anos de idade e mais. Os benefícios de SSI não são os mesmos como os benefícios da Segurança Social.

Precisando de cuidados urgentes: O cuidado urgente é um cuidado que você recebe para um mal súbito, ferimentos, ou uma condição que não constituem uma emergência, mas precisam de cuidados imediatos. Você pode conseguir atendimento urgentemente necessário de provedores de fora-da-rede quando os provedores da rede não estiverem disponíveis ou se você não conseguir vê-los.

Serviços de Atendimento aos Membros de Neighborhood INTEGRITY

LIGAR	1-844-812-6896 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil. Os Serviços de Atendimento aos Membros têm também serviços de interpretação gratuita, disponíveis para as pessoas que não falam inglês.
TTY	711 As chamadas para este número são gratuitas. Das 8:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 8:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. Nos sábados à tarde, domingos e feriados federais, poderá ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. A sua chamada será respondida no próximo dia útil.
CORREIO	Neighborhood Health Plan of Rhode Island 910 Douglas Pike Smithfield, RI 02917

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações,** visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

SITE<http://www.nhpri.org/INTEGRITY>

Se você tiver perguntas, por favor chame a Neighborhood INTEGRITY no 1-844-812-6896 (TTY 711), das 08:00 às 20:00, de segunda a sexta-feira; das 08:00 às 12:00 (meio-dia) no sábado. A chamada é grátis. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.