

BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS) oferecido pela Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island (BCBSRI)

Aviso Anual de Alterações para 2021

Está, atualmente, inscrito como membro do plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS). No próximo ano, haverá algumas alterações nos custos e benefícios do plano. *Este folheto fala sobre as alterações.*

- **Tem de 15 de outubro a 7 de dezembro para fazer alterações na sua cobertura da Medicare para o próximo ano.**

O que fazer agora

1. PERGUNTE: Que alterações se aplicam a si

- Verifique as alterações aos nossos benefícios e custos para ver se o afetam.
 - É importante que reveja a sua cobertura agora para ter a certeza de que irá atender às suas necessidades no próximo ano.
 - As alterações afetam os serviços que utiliza?
 - Consulte as Secções 1.1, 1.2 e 1.5 para obter informações sobre as alterações nos benefícios e custos para o nosso plano.
- Verifique as alterações no folheto da nossa cobertura de medicamentos prescritos para ver se estas o afetam.
 - Os seus medicamentos estarão cobertos?
 - Os seus medicamentos estão num escalão diferente, com uma repartição de custos diferente?
 - Algum dos seus medicamentos tem novas restrições, tais como precisar da nossa aprovação antes de preencher a sua receita?
 - Pode continuar a usar as mesmas farmácias? Há alterações no custo da utilização desta farmácia?
 - Reveja a Lista de Medicamentos de 2021 e consulte a Secção 1.6 para informações sobre as alterações à nossa cobertura de medicamentos.
 - Os seus custos de medicamentos podem ter aumentado desde o ano passado. Fale com o seu médico sobre alternativas de baixo custo que possam estar disponíveis para si; isto pode fazer uma grande diferença nos seus custos por inteiro durante o ano. Para obter informações adicionais sobre os preços dos medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estes painéis destacam quais os fabricantes que têm vindo a aumentar os preços e também mostram outras informações sobre os preços dos medicamentos de ano para ano. Tenha em mente que os benefícios do seu plano determinarão exatamente quanto os seus próprios custos de medicamentos podem mudar.

OMB Aprovação 0938-1051 (Expira a: 31 de dezembro de 2021)

- Verifique se os seus médicos e outros prestadores estarão na nossa rede no próximo ano.
 - Os seus médicos, incluindo os especialistas que consulta regularmente, estão na nossa rede?
 - E os hospitais ou outros prestadores que usa?
 - Consulte a Secção 1.3 para informações sobre o nosso Diretório de Prestadores.
- Pense nos seus custos gerais de cuidados de saúde.
 - Quanto vai gastar por inteiro pelos serviços e medicamentos prescritos que usa regularmente?
 - Quanto vai gastar com o seu prémio e dedutíveis?
 - Como é que os custos totais do seu plano se comparam a outras opções de cobertura da Medicare?
- Pense se está feliz com o nosso plano.

2. COMPARE: Saiba mais sobre outras opções de planos

- Verifique a cobertura e os custos dos planos na sua área.
 - Utilize a funcionalidade de pesquisa personalizada do Descobridor de Planos da Medicare no site www.medicare.gov/plan-compare.
 - Reveja a lista na parte de trás do seu manual Medicare e Você.
 - Consulte a Secção 3.2 para saber mais sobre as suas escolhas.
- Assim que escolher um plano preferido, confirme os seus custos e cobertura no site do plano.

3. ESCOLHA: Decida se quer mudar o seu plano

- Se não aderir a outro plano até 7 de dezembro de 2020, será inscrito no plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).
- Para mudar para um **plano diferente** que possa satisfazer melhor as suas necessidades, pode mudar de planos entre 15 de outubro e 7 de dezembro.

4. INSCREVA-SE: Para mudar de planos, adira a um plano entre **15 de outubro e 7 de dezembro de 2020**

- Se não aderir a outro plano até **7 de dezembro de 2020**, será inscrito no plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).
- Se aderir a outro plano até **7 de dezembro de 2020**, a sua nova cobertura começará a **1 de janeiro de 2021**. Será automaticamente removido do seu plano atual.

Recursos Adicionais

- Este documento está disponível gratuitamente em espanhol e português.
- Entre em contato com a equipa de Concierge da Medicare através dos números (401) 277-2958 ou 1-800-267-0439 para obter informações adicionais. (Os utilizadores de TTY devem ligar para o 711.) Os horários são de 1 de outubro a 31 de março, sete dias por semana, das 8h00 às 20h00; de 1 de abril a 30 de setembro, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00; sábados, das 8:00 às 12:00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.

- Este documento está disponível em letras grandes, braile e gravações de áudio. Contate a equipa de Concierge da Medicare através do número supramencionado.
- **A cobertura ao abrigo deste Plano qualifica-se como Cobertura de Saúde Qualificada (QHC)** e satisfaz o requisito individual de responsabilidade partilhada da Lei de Proteção do Paciente e Cuidados Acessíveis (ACA). Visite o site do Serviço de Receita Interna (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obter mais informações.

Sobre o BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS)

- O Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island é um plano de HMO com um contrato da Medicare. A inscrição no Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island depende da renovação do contrato.
- Quando este folheto diz “nós”, ou “nosso”, isso significa Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island (BCBSRI). Quando diz “plano” ou “nosso plano”, isso significa BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).

Resumo dos Custos Importantes para 2021

A tabela abaixo compara os custos de 2020 e 2021 para o plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS) em várias áreas importantes. **Note que este é apenas um resumo das alterações.** Uma cópia da Prova de Cobertura está localizada no nosso site bcbsri.com/medicare. Também pode ligar para a equipa de Concierge da Medicare para nos pedir para lhe enviar uma Prova de Cobertura.

Custo	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Prémio de plano mensal* * O seu prémio pode ser superior ou inferior a este valor. Consulte a Secção 1.1 para obter detalhes.	\$0	\$0
Montante máximo de custos por inteiro Isto é o <u>máximo</u> que irá pagar por inteiro para os seus serviços cobertos. (Consulte a Secção 1.2 para obter mais detalhes.)	\$5,000 Na Rede \$5,000 Fora da Rede	\$5,000 Na Rede \$5,000 Fora da Rede
Visitas ao consultório médico	Visitas de cuidados primários: \$0 PCMH e \$35 copagamentos não-PCMH por visita Visitas de especialistas: \$30 copagamento por visita	Visitas de cuidados primários: \$0 PCMH e \$35 copagamentos não-PCMH por visita Visitas de especialistas: \$30 copagamento por visita
Internamento hospitalar Inclui internamento hospitalar agudo, reabilitação de pacientes internados, hospitais de cuidados de longa duração e outros tipos de serviços hospitalares de internamento. Os cuidados hospitalares de internamento começam no dia da sua admissão formal no hospital com uma ordem médica. O dia anterior à sua alta é o seu último dia de internamento.	\$350 copagamento por dia para os dias 1-5	\$365 copagamento por dia para os dias 1-5

Cobertura de medicamentos prescritos da Parte D

(Consulte a Secção 1.6 para obter detalhes.)

Copagamento/Comparticipação durante a Fase Inicial de Cobertura:

Repartição de Custos Preferencial:

- Escalão de Medicamentos 1: \$0
- Escalão de Medicamentos 2: \$0
- Escalão de Medicamentos 3: \$47
- Escalão de Medicamentos 4: \$100
- Escalão de Medicamentos 5: 33%

Repartição de custos padrão:

- Escalão de Medicamentos 1: \$8
- Escalão de Medicamentos 2: \$16
- Escalão de Medicamentos 3: \$47
- Escalão de Medicamentos 4: \$100
- Escalão de Medicamentos 5: 33%

Copagamento/Comparticipação durante a Fase Inicial de Cobertura:

Repartição de Custos Preferencial:

- Escalão de Medicamentos 1: \$0
- Escalão de Medicamentos 2: \$0
- Escalão de Medicamentos 3: \$47
- Escalão de Medicamentos 4: \$100
- Escalão de Medicamentos 5: 33%

Repartição de custos padrão:

- Escalão de Medicamentos 1: \$8
- Escalão de Medicamentos 2: \$16
- Escalão de Medicamentos 3: \$47
- Escalão de Medicamentos 4: \$100
- Escalão de Medicamentos 5: 33%

Para saber quais medicamentos são insulinas selecionadas, reveja a Lista de Medicamentos mais recente que fornecemos eletronicamente. Se tiver dúvidas sobre a Lista de Medicamentos, também pode ligar para a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na Secção 7.1 deste folheto).

Aviso Anual de Alterações para 2021 Índice

Resumo dos Custos Importantes para 2021	1
SECÇÃO 1 Alterações aos Benefícios e Custos para o Próximo Ano	4
Secção 1.1 – Alterações no Prémio Mensal.....	4
Secção 1.2 - Alterações ao seu Montante Máximo de Custos por Inteiro	4
Secção 1.3 – Alterações na Rede de Prestadores	5
Secção 1.4 – Alterações na Rede de Farmácias	5
Secção 1.5 – Alterações nos Benefícios e Custos para Serviços Médicos	6
Secção 1.6 – Alterações na Cobertura de Medicamentos Prescritos da Parte D	8
SECÇÃO 2 Alterações Administrativas	11
SECÇÃO 3 Decidir Qual Plano Escolher	12
Secção 3.1 – Se quiser ficar no plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).....	12
Secção 3.2 – Se quiser mudar de plano.....	12
SECÇÃO 4 Prazo para Alteração de Planos	13
SECÇÃO 5 Programas que Oferecem Aconselhamento Gratuito sobre a Medicare	13
SECÇÃO 6 Programas que Ajudam a Pagar Medicamentos Prescritos	13
SECÇÃO 7 Perguntas?	14
Secção 7.1 – Obter Ajuda do plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).....	14
Secção 7.2 – Obter Ajuda da Medicare	15

SECÇÃO 1 Alterações aos Benefícios e Custos para o Próximo Ano

Secção 1.1 – Alterações no Prémio Mensal

Custo	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Prémio mensal (Também deve continuar a pagar o prémio da Parte B da Medicare.)	\$0	\$0

- O seu prémio de plano mensal será *mais* se for obrigado a pagar uma penalidade de inscrição tardia da Parte D vitalícia por não ter outra cobertura de medicamentos que seja pelo menos tão boa quanto a cobertura de medicamentos da Medicare (também referida como “cobertura credível”) por 63 dias ou mais.
- Se tiver um rendimento mais elevado, poderá ter de pagar um valor adicional todos os meses diretamente ao governo pela sua cobertura de medicamentos prescritos pela Medicare.
- O seu prémio mensal será *menos* se estiver a receber “Ajuda Extra” com os seus custos de medicamentos prescritos. Consulte a Secção 7 relativa à “Ajuda Extra” da Medicare.

Secção 1.2 - Alterações ao seu Montante Máximo de Custos por Inteiro

Para protegê-lo, a Medicare requer que todos os planos de saúde limitem quanto paga “por inteiro” durante o ano. Este limite é chamado de “montante máximo de custos por inteiro”. Assim vez que atingir este valor, geralmente, não paga nada por serviços cobertos durante o resto do ano.

Custo	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Montante máximo de custos por inteiro Os seus custos de serviços médicos cobertos (tais como copagamentos) contam para o seu montante máximo de custos por inteiro. Os seus custos para medicamentos prescritos não contam para o seu montante máximo de custos por inteiro.	Depois de ter pago \$5,000 por inteiro por serviços cobertos na rede, não pagará nada pelos seus serviços cobertos na rede durante o resto do ano civil. Depois de ter pago \$5,000 por inteiro por serviços cobertos na rede, não pagará nada pelos seus serviços cobertos na rede durante o resto do ano civil.	Depois de ter pago \$5,000 por inteiro por serviços cobertos na rede, não pagará nada pelos seus serviços cobertos na rede durante o resto do ano civil. Depois de ter pago \$5,000 por inteiro por serviços cobertos na rede, não pagará nada pelos seus serviços cobertos na rede durante o resto do ano civil.

Secção 1.3 – Alterações na Rede de Prestadores

Há alterações na nossa rede de prestadores para o próximo ano. Um Diretório de Prestadores atualizado está localizado no nosso site bchsri.com/medicare. Também pode ligar para a equipa de Concierge da Medicare para informações atualizadas de prestadores ou para nos pedir para enviar um Diretório de Fornecedores por correio. **Revise o Diretório de Prestadores 2021 para ver se seus provedores (prestadores de cuidados primários, especialistas, hospitais, estão em nossa rede.**

É importante que saiba que podemos fazer alterações nos hospitais, médicos e especialistas (prestadores) que fazem parte do seu plano durante o ano. Existem várias razões pelas quais o seu prestador pode deixar o seu plano, mas se o seu médico ou especialista deixar o seu plano, você tem certos direitos e proteções, estando estes resumidos abaixo:

- Mesmo que a nossa rede de prestadores possa mudar durante o ano, devemos fornecer-lhe acesso contínuo a médicos e especialistas qualificados.
- Faremos um esforço de boa fé para lhe dar um aviso de, pelo menos, 30 dias, de que o seu prestador irá deixar o nosso plano para que tenha tempo para escolher um novo prestador.
- Vamos ajudá-lo a selecionar um novo prestador qualificado para continuar a gerir as suas necessidades de cuidados de saúde.
- Se estiver a ser submetido a um tratamento médico, tem o direito de solicitar, e trabalharemos consigo para garantir que o tratamento médico necessário que está a receber não seja interrompido.
- Se acredita que não lhe providenciamos um prestador qualificado para substituir o seu prestador anterior, ou que os seus cuidados não estão a ser geridos adequadamente, tem o direito de apresentar um recurso da nossa decisão.
- Se descobrir que o seu médico ou especialista está a deixar o seu plano, contacte-nos para que possamos ajudá-lo a encontrar um novo prestador para gerir os seus cuidados.

Secção 1.4 – Alterações na Rede de Farmácias

Os montantes que paga pelos seus medicamentos prescritos podem depender da farmácia que usa. Os planos da Medicare têm uma rede de farmácias. Na maioria dos casos, as suas receitas só são cobertas se forem preenchidas numa das farmácias da nossa rede. A nossa rede inclui farmácias com repartição de custos preferencial, que podem oferecer-lhe uma repartição de custos mais baixa do que a repartição de custos padrão oferecida por outras farmácias da rede para alguns medicamentos.

Há alterações na nossa rede de farmácias para o próximo ano. Um Diretório de Farmácias atualizado está localizado no nosso site bchsri.com/medicare. Também pode ligar para a equipa de Concierge da Medicare para informações atualizadas de prestadores ou para nos pedir para enviar um Diretório de Farmácias por correio. **Reveja o Diretório de Farmácias de 2021 para ver quais farmácias estão na nossa rede.**

Secção 1.5 – Alterações nos Benefícios e Custos para Serviços Médicos

Estamos a mudar a nossa cobertura para certos serviços médicos no próximo ano. As informações abaixo descrevem estas alterações. Para mais detalhes sobre a cobertura e os custos destes serviços, consulte o Capítulo 4, *Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que você paga)*, na sua *Prova de Cobertura de 2021*.

<i>Custo</i>	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Acupuntura	Você paga um copagamento de \$20 por visita.	Você paga um copagamento de \$15 por visita.
Acupuntura – Dor Lombar Crónica	Acupuntura – Dor Lombar Crónica <u>não</u> está coberta.	Você paga um copagamento de \$15 por visita.
Reembolso do Cuidador	Reembolso do Cuidador <u>não</u> está coberto.	Você recebe um reembolso de \$50 por ano.
Colonoscopias de Diagnóstico	\$300 copagamento por visita	\$0 copagamento por visita
Diálise	Você paga um copagamento de \$30 por visita.	Você paga 20% do custo total por visita.
Ajuda com Certas Condições Crónicas: Programa de Coordenação de Cuidados de Demência	Programa de Coordenação de Cuidados de Demência <u>não</u> está coberto.	Você paga um copagamento de \$0 pelos serviços cobertos.
Internamento Hospitalar	\$350 copagamento por dia para os dias 1-5	\$365 copagamento por dia para os dias 1-5
Internamentos Hospitalares em Saúde Mental/por Abuso de Substâncias	\$350 copagamento por dia para os dias 1-4	\$365 copagamento por dia para os dias 1-4
Saúde Domiciliária Não Especializada	Saúde Domiciliária Não Especializada é acedida através da Gestão de Cuidados sem limite de visitas	Saúde Domiciliária Não Especializada é acedida através de uma marcação de prestador com um limite de 10 visitas por ano.

<i>Custo</i>	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Benefício de venda livre (OTC)	Você recebe um benefício de \$75 por trimestre.	Você recebe um benefício de \$60 por trimestre.
Serviços de Recuperação de Pares	Serviços de Recuperação de Pares <u>não</u> estão cobertos.	Você paga um copagamento de \$0 por visita.
Serviços de Reabilitação Ambulatória: Fisioterapia/Terapia Ocupacional/Terapia da Fala	Você paga um copagamento de \$30 por visita.	Você paga um copagamento de \$35 por visita.
Serviços Médicos/Clínicos: Telessaúde	Você paga um copagamento de \$0 por visita.	Você paga um copagamento de \$0 por visita. As visitas passam a incluir Saúde Comportamental.

Para os membros inscritos no **programa ACCESS do BlueCHIP for Medicare Value** terão as seguintes alterações de cobertura para determinados serviços médicos no próximo ano. As informações abaixo descrevem estas alterações. Para mais detalhes sobre a cobertura e os custos destes serviços, consulte o Capítulo 4, *Tabela de Benefícios Médicos (o que está coberto e o que você paga)*, na sua *Prova de Cobertura de 2021*.

<i>Custo</i>	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Acupuntura	Você paga um copagamento de \$20 por visita.	Você paga um copagamento de \$15 por visita.
Acupuntura – Dor Lombar Crônica	Acupuntura – Dor Lombar Crônica <u>não</u> está coberta.	Você paga um copagamento de \$15 por visita.
Reembolso do Cuidador	Reembolso do Cuidador <u>não</u> está coberto.	Você recebe um reembolso de \$50 por ano.
Ajuda com Certas Condições Crônicas: Programa de Coordenação de Cuidados de Demência	Programa de Coordenação de Cuidados de Demência <u>não</u> está coberto.	Você paga um copagamento de \$0 pelos serviços cobertos.

Custo	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Saúde Domiciliária Não Especializada	Saúde Domiciliária Não Especializada é acedida através da Gestão de Cuidados sem limite de visitas	Saúde Domiciliária Não Especializada é acedida através de uma marcação de prestador com um limite de 10 visitas por ano.
Serviços de Recuperação de Pares	Serviços de Recuperação de Pares <u>não</u> estão cobertos.	Você paga um copagamento de \$0 por visita.
Serviços Médicos/Clínicos: Telessaúde	Você paga um copagamento de \$0 por visita.	Você paga um copagamento de \$0 por visita. As visitas passam a incluir Saúde Comportamental.

Secção 1.6 – Alterações na Cobertura de Medicamentos Prescritos da Parte D

Alterações na Nossa Lista de Medicamentos

A nossa lista de medicamentos cobertos é chamada de Formulário ou “Lista de Medicamentos”. Uma cópia da nossa Lista de Medicamentos é fornecida eletronicamente.

Fizemos alterações à nossa Lista de Medicamentos, incluindo alterações aos medicamentos que cobrimos e alterações às restrições que se aplicam à nossa cobertura para determinados medicamentos. **Reveja a Lista de Medicamentos para garantir que os seus medicamentos serão cobertos no próximo ano e para ver se haverá alguma restrição.**

Se for afetado por alguma alteração na cobertura de medicamentos, pode:

- **Trabalhar com o seu médico (ou outro prescritor) e pedir ao plano para abrir uma exceção** para cobrir o medicamento.
 -
- **Trabalhar com o seu médico (ou outro prescritor) para encontrar um medicamento diferente** que cobrimos. Pode ligar para os Serviços de Membros para pedir uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica.

Nalgumas situações, somos obrigados a cobrir um fornecimento temporário de um medicamento não-formulado nos primeiros 90 dias do ano do plano ou nos primeiros 90 dias de adesão para evitar uma lacuna na terapia. (Para saber mais sobre quando pode obter um fornecimento temporário e como pedi-lo, consulte o Capítulo 5, Secção 5.2 da *Prova de Cobertura*.) Durante o tempo em que está a receber um fornecimento temporário de um medicamento, deve falar com o seu médico para decidir o que fazer quando o seu fornecimento temporário se esgotar. Pode mudar para outro medicamento coberto pelo plano ou pedir ao plano para abrir uma exceção para si e cobrir o seu medicamento atual.

As exceções ao formulário são aprovadas por um período de 12 meses a contar da data de aprovação. Uma vez expirados os 12 meses, uma nova exceção terá de ser aprovada.

A maioria das alterações na Lista de Medicamentos são novas para o início de cada ano. No entanto, durante o ano, podemos fazer outras alterações que são permitidas pelas regras da Medicare.

Quando fazemos estas alterações à Lista de Medicamentos durante o ano, continua a poder trabalhar com o seu médico (ou outro prescriptor) e pedir-nos para abrir uma exceção para cobrir o medicamento. Continuaremos também a atualizar a nossa Lista de Medicamentos online como planeado e forneceremos outras informações necessárias para refletir as alterações dos medicamentos. (Para saber mais sobre as alterações que podemos fazer à Lista de Medicamentos, consulte o Capítulo 5, Secção 6, da Prova de Cobertura.)

Alterações nos Custos de Medicamentos Prescritos

Se estiver num programa que ajuda a pagar os seus medicamentos (“Ajuda Extra”), **as informações sobre os custos dos medicamentos prescritos da Parte D não se aplicam a si**. Incluímos um anexo separado, chamado “Prova de Cobertura Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra no Pagamento de Medicamentos Prescritos” (também chamada de “Subsídio Adicional de Baixo Rendimento” ou “LIS Adicional”), que lhe fala sobre os seus custos de medicamentos. Se receber “Ajuda Extra” e não receber este anexo com este pacote, por favor, ligue para a equipa de Concierge da Medicare e peça o “LIS Rider”.

Há quatro “fases de pagamento de medicamentos”. Quanto você paga por um medicamento da Parte D depende da fase de pagamento do medicamento em que está. (Pode consultar o Capítulo 6, Secção 2, da sua *Prova de Cobertura* para obter mais informações sobre as fases.)

A informação abaixo mostra as alterações para o próximo ano às duas primeiras fases – a Fase de Dedução Anual e a Fase Inicial de Cobertura. (A maioria dos membros não chega às outras duas fases – a Fase de Intervalo de Cobertura ou a Fase de Cobertura Catastrófica. Para obter informações sobre os seus custos nestas fases, consulte os Capítulos 6, Secções 6 e 7, na *Prova de Cobertura*, que está localizada no nosso site bcbsri.com/medicare. Também pode ligar para a equipa de Concierge da Medicare para nos pedir para lhe enviar uma *Prova de Cobertura*.)

Alterações à Fase de Dedução

Fase	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Fase 1: Fase de Dedução Anual	Como não temos dedutível, esta fase de pagamento não se aplica a si.	Como não temos dedutível, esta fase de pagamento não se aplica a si. Não existe dedutível para o plano BlueCHiP for Medicare Value para certas insulinas. Você paga \$35 por certas insulinas.

Alterações na Repartição de Custos na Fase Inicial de Cobertura

Para saber como funcionam os copagamentos e participações, consulte o Capítulo 6, Seção 1.2, *Tipos de custos por inteiro que pode pagar por medicamentos cobertos na sua Prova de Cobertura.*

	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
<p>Fase 2: Fase Inicial de Cobertura Durante esta fase, o plano paga a sua parte do custo dos seus medicamentos e você paga a sua parte do custo.</p> <p>Os custos nesta linha são para um fornecimento de um mês (30 dias) quando você preenche a sua receita numa farmácia da rede.</p> <p>Para obter informações sobre os custos de um fornecimento a longo prazo ou de receitas por encomenda, consulte o Capítulo 6, Seção 5, da sua <i>Prova de Cobertura.</i></p> <p>Mudamos o escalão de alguns dos medicamentos da nossa lista de medicamentos. Para ver se os seus medicamentos vão estar num escalão diferente, procure-os na Lista de Medicamentos.</p>	<p>O seu custo para um fornecimento de um mês feito numa farmácia da rede:</p> <p>Escalão 1/ Genérico Preferido: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$0 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$8 por receita.</p> <p>Escalão 2/ Genérico: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$0 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$16 por receita.</p> <p>Escalão 3/ Medicamentos de Marca Preferidos: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$47 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$47 por receita.</p> <p>Escalão 4/ Medicamentos Não-Preferidos Marca: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$100 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$100 por receita.</p> <p>Escalão 5/ Especialidade: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga 33% do custo total. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga 33% do custo total.</p> <p>Uma vez que os seus custos totais de medicamentos tenham atingido os \$4,020, passará para a fase seguinte (a Fase de Intervalo de Cobertura).</p>	<p>O seu custo para um fornecimento de um mês feito numa farmácia da rede:</p> <p>Escalão 1/ Genérico Preferido: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$0 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$8 por receita.</p> <p>Escalão 2/ Genérico: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$0 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$16 por receita.</p> <p>Escalão 3/ Medicamentos de Marca Preferidos: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$47 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$47 por receita.</p> <p>Escalão 4/ Medicamentos Não-Preferidos: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga \$100 por receita. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga \$100 por receita.</p> <p>Escalão 5/ Especialidade: <i>Repartição de custos preferencial:</i> Você paga 33% do custo total. <i>Repartição de custos padrão:</i> Você paga 33% do custo total.</p> <p>Assim que os seus custos totais de medicamentos tenham atingido os \$4,130, passará para a fase seguinte (a Fase de Intervalo de Cobertura).</p> <p>Você paga \$35 por certas insulinas.</p>

Alterações nas Fases de Intervalo de Cobertura e de Cobertura Catastrófica

As outras duas fases de cobertura de medicamentos – a Fase de Intervalo de Cobertura e a Fase de Cobertura Catastrófica – são para pessoas com elevados custos de medicamentos. **A maioria dos membros não chega à Fase de Intervalo de Cobertura ou à Fase de Cobertura Catastrófica.** O plano BlueCHiP for Medicare Value oferece cobertura de intervalo adicional para certas insulinas. Durante a Fase de Intervalo de Cobertura, os seus custos por inteiro de certas insulinas serão de \$35. Para informações sobre os seus custos nestas fases, consulte os Capítulos 6, Secções 6 e 7, na sua *Prova de Cobertura*.

SECÇÃO 2 Alterações Administrativas

O plano BlueCHiP for Medicare Value fez algumas alterações administrativas no seu plano que estão listadas abaixo:

Descrição	2020 (este ano)	2021 (próximo ano)
Medicamentos prescritos da Parte B da Medicare	A seguinte hiperligação irá levá-lo a uma lista de Medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos a Protocolo por Etapas: www.BCBSRI.com/Medicare	A seguinte hiperligação irá levá-lo a uma lista de Medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos a Protocolo por Etapas e Revisão Médica de Medicamentos: https://www.bcbsri.com/medicare/planmaterials
Benefício de Venda Livre (OTC)	Todos os itens OTC devem ser selecionados através de Certas Lojas CVS ou do catálogo de Soluções de Saúde OTC	Os membros receberão um cartão de débito OTC para ser usado em certos retalhistas ou para encomendar online/por telemóvel através de um catálogo.
Serviços Médicos/Clínicos: Telessaúde	Pode comunicar com médicos de cuidados primários através do nosso site www.amwell.com ou ao fazer download da aplicação Amwell.	Pode comunicar com médicos de cuidados primários e de saúde comportamental através do nosso site www.drsonline.com ou ao fazer download da aplicação BCBSRI Drs. Online.
Benefícios de transporte	Todas as viagens de transporte devem passar pelo Ride Q	Todas as viagens de transporte devem passar pela Kaizen Health online em: bcbsri.kaizenhealth.org ou por telefone 1-833-972-2774

SECÇÃO 3 Decidir Qual Plano Escolher

Secção 3.1 – Se quiser ficar no plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS)

Para ficar no nosso plano não precisa de fazer nada. Se não se registar num plano diferente nem mudar para o Medicare Original até 7 de dezembro, será automaticamente registado no nosso BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).

Secção 3.2 – Se quiser mudar de plano

Esperamos mantê-lo como membro no próximo ano, mas se quiser mudar para 2021 siga estes passos:

Passo 1: Saiba e compare as suas escolhas

- Pode aderir a um outro plano de saúde da Medicare oportuno,
- *OU--* Pode mudar para o Medicare Original. Se mudar para o Medicare Original, terá de decidir se quer aderir a um plano de medicamentos da Medicare. Se não se inscrever num plano de medicamentos da Medicare, consulte a Secção 2.1 sobre uma possível penalização de inscrição tardia da Parte D.

Para saber mais sobre o Medicare Original e os diferentes tipos de planos da Medicare, leia o Medicare e Você 2021, ligue para o seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (ver Secção 5), ou ligue para a Medicare (ver Secção 7.2).

Também pode encontrar informações sobre planos na sua área ao usar o Descobridor de Planos da Medicare no site da Medicare. Vá a www.medicare.gov/plan-compare. **Aqui, você pode encontrar informações sobre custos, coberturas e classificações de qualidade dos planos da Medicare.**

Para o relembrar, a Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island oferece outros planos de saúde da Medicare. Estes outros planos podem diferir em cobertura, prémios mensais e montantes de repartição de custos.

Passo 2: Mude a sua cobertura

- Para **mudar para um plano de saúde da Medicare** diferente, inscreva-se no novo plano. Será automaticamente removido do plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).
- Para **mudar para o Medicare Original com um plano de prescrição de medicamentos**, inscreva-se no novo plano de medicamentos. Será automaticamente removido do plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS).
- Para **mudar para o Medicare Original sem um plano de prescrição de medicamentos**, você deve:
 - Enviar-nos um pedido por escrito para cancelar a inscrição. Contactar os Serviços de Membros se precisar de mais informações sobre como fazê-lo (os números de telemóvel estão na Secção 7.1 deste folheto).

- – ou – Contactar a **Medicare**, através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana, e pedir para cancelar a sua inscrição. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

SECÇÃO 4 Prazo para Alteração de Planos

Se quiser mudar para um plano diferente ou para o Medicare Original para o próximo ano, pode fazê-lo de **15 de outubro a 7 de dezembro**. A mudança entrará em vigor a 1 de janeiro de 2021.

Há outras alturas do ano para fazer uma mudança?

Em determinadas situações, as mudanças também são permitidas noutras épocas do ano. Por exemplo, as pessoas com Medicaid, aquelas que recebem “Ajuda Extra” no pagamento dos seus medicamentos, aquelas que têm ou estão a deixar a cobertura do empregador, e aquelas que saem da área de serviço podem ser autorizadas a fazer uma mudança noutras alturas do ano. Para mais informações, consulte o Capítulo 10, Secção 2.3, da *Prova de Cobertura*.

Se se inscreveu num plano de Medicare Advantage para 1 de janeiro de 2021, e não gosta da sua escolha de plano, pode mudar para outro plano de saúde da Medicare (com ou sem cobertura de medicamentos prescritos pela Medicare) ou mudar para o Medicare Original (com ou sem cobertura de medicamentos prescritos pela Medicare) entre 1 de janeiro e 31 de março de 2021. Para mais informações, consulte o Capítulo 10, Secção 2.2 da *Prova de Cobertura*.

SECÇÃO 5 Programas que Oferecem Aconselhamento Gratuito sobre a Medicare

O Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) é um programa governamental com conselheiros treinados em todos os Estados. Em Rhode Island, o SHIP é chamado de Programa de Seguro de Saúde Sénior.

O Programa de Seguro de Saúde Sénior é independente (não está ligado a nenhuma companhia de seguros ou plano de saúde). É um programa estatal que recebe dinheiro do governo federal para dar aconselhamento **gratuito** sobre seguros de saúde locais a pessoas com a Medicare. Os conselheiros do Programa de Seguro de Saúde Sénior podem ajudá-lo com as suas perguntas ou problemas sobre a Medicare. Podem ajudá-lo a compreender as suas opções de planos da Medicare e responder a perguntas sobre a mudança de planos. Pode ligar para o Programa de Seguro de Saúde Sénior através do número (401) 462-3000.

SECÇÃO 6 Programas que Ajudam a Pagar Medicamentos Prescritos

Você pode beneficiar de ajuda para pagar medicamentos prescritos. Abaixo listamos diferentes tipos de ajuda:

- **“Ajuda Extra” da Medicare.** As pessoas com rendimentos limitados podem beneficiar da “Ajuda Extra” para pagar os seus custos com medicamentos prescritos. Se se qualificar, a Medicare poderá pagar até 75% ou mais dos seus custos com medicamentos, incluindo prémios mensais de medicamentos, dedutíveis anuais e participações. Para além disso, aqueles que se

qualificarem não terão um intervalo de cobertura ou uma penalização por inscrição tardia. Muitas pessoas são elegíveis e nem sequer sabem. Para ver se se qualifica, ligue para:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores da TTY devem ligar para 1-877-486-2048, 24 horas por dia/7 dias por semana;
 - O Serviço de Segurança Social através do número 1-800-772-1213 entre as 7:00 e as 19:00, de segunda a sexta-feira. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-800-325-0778 (inscrições); ou
 - O Seu Gabinete Estatal de Medicaid (inscrições).
- **Ajuda do programa de assistência farmacêutica do seu estado.** Rhode Island tem um programa chamado Assistência Farmacêutica para Idosos de Rhode Island (RIPAE) que ajuda as pessoas a pagar medicamentos prescritos com base na sua necessidade financeira, idade ou condição médica. Para saber mais sobre o programa, consulte o seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (o nome e números de telefone desta organização estão na Secção 5 deste folheto).
 - **Apoio às Prescrições de Repartição de Custos para Pessoas com VIH/SIDA.** O Programa de Apoio aos Medicamentos contra a SIDA (ADAP) ajuda a garantir que os indivíduos elegíveis para a ADAP que vivem com VIH/SIDA tenham acesso a medicamentos para o VIH que salvam vidas. Os indivíduos devem atender a determinados critérios, incluindo o comprovativo de residência do Estado e o estatuto de VIH, baixos rendimentos tal como definido pelo Estado e estatuto de sem segurado/subseguro. Os medicamentos prescritos da Parte D da Medicare que também são abrangidos pela ADAP qualificam-se para o apoio às prescrições de repartição de custos através do Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA de Rhode Island. Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, ligue para 401-462-3295.

SECÇÃO 7 Perguntas?

Secção 7.1 – Obter Ajuda do plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS)

Perguntas? Estamos aqui para ajudar. Ligue para a equipa de Concierge da Medicare (401) 277-2958 ou 1-800-267-0439. (Apenas TTY, ligue para 711) Estamos disponíveis para chamadas telefónicas de 1 de outubro a 31 de março, sete dias por semana, das 8h00 às 20h00; de 1 de abril a 30 de setembro, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00; sábados, das 8:00 às 12:00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.

Leia a sua *Prova de Cobertura* de 2021 (esta contém detalhes sobre os benefícios e custos do próximo ano)

Este *Aviso Anual de Alterações* dá-lhe um resumo das alterações nos seus benefícios e custos para 2021. Para mais detalhes, consulte a *Evidência de Cobertura de 2021 do plano BlueCHiP for Medicare Value (HMO-POS)*. A *Prova de Cobertura* é a descrição legal e detalhada dos benefícios do seu plano. Esta explica os seus direitos e as regras que precisa de seguir para obter serviços cobertos e medicamentos prescritos. Uma cópia da *Prova de Cobertura* está localizada no nosso site bcbsri.com/medicare. Também pode ligar para os Serviços de Membros para nos pedir para lhe enviar uma *Prova de Cobertura*.

Visite o nosso Site

Também pode visitar o nosso site bcbsri.com/medicare. Para o relembrar, o nosso site tem a informação mais atualizada sobre a nossa rede de prestadores (Diretório de Prestadores) e a nossa lista de medicamentos cobertos (Formulário/Lista de Medicamentos).

Secção 7.2 – Obter Ajuda da Medicare

Para obter informações diretamente da Medicare:

Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Visite o Site da Medicare

Pode visitar o site da Medicare (www.medicare.gov). Este contém informações sobre custos, coberturas e classificações de qualidade para o ajudar a comparar os planos de saúde da Medicare. Pode encontrar informações sobre planos disponíveis na sua área ao usar o Descobridor de Planos da Medicare no site da Medicare. (Para ver a informação sobre os planos, vá a www.medicare.gov/plan-compare).

Leia o *Medicare e Você 2021*

Pode ler o Manual *Medicare e Você 2021*. Todos os anos, no outono, este folheto é enviado para as pessoas com Medicare. Este contém um resumo dos benefícios, direitos e proteções da Medicare, e respostas às perguntas mais frequentes sobre a Medicare. Se não tiver uma cópia deste folheto, pode obtê-la no site da Medicare (www.medicare.gov) ou através de um telefonema para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.