

1 de janeiro – 31 de dezembro de 2021

Comprovativo de Cobertura:

Os seus benefícios e serviços de saúde e cobertura de medicamentos prescritos como membro do BlueCHiP for Medicare Plus (HMO)

Este folheto dá-lhe os detalhes sobre a cobertura dos seus cuidados de saúde Medicare e medicamentos prescritos de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2021. Explica como obter cobertura para os serviços de cuidados de saúde e medicamentos prescritos de que necessita. **Este é um documento legal importante. Por favor, guarde-o num local seguro.**

Este plano, BlueCHiP for Medicare Plus, é oferecido pela Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island. (Quando este *Comprovativo de Cobertura* diz "nós", "nos", ou "nosso", isso significa Cross & Blue Shield of Rhode Island. Quando diz "plano" ou "o nosso plano", isso significa BlueCHiP for Medicare Plus.)

Este documento está disponível gratuitamente em espanhol e português.

Entre em contacto 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). A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado. A Equipa de Concierge da Medicare também dispõe de serviços gratuitos de intérpretes de línguas para quem não fala inglês.

Esta informação está disponível em inglês e em Espanhol, em letras grandes. Entre em contacto com a Equipa de Concierge da Medicare através do número supramencionado.

Os benefícios, prémio, franquia, e/ou copagamentos/comparticipação podem mudar a 1 de janeiro de 2022.

O formulário, a rede de farmácias, e/ou a rede de prestadores podem mudar a qualquer momento. Receberá uma notificação, quando necessário.

Y0146_2021EOCplus_C File & Use 09/16/2020

2021 Comprovativo de Cobertura**Índice**

Esta lista de capítulos e números de página é o seu ponto de partida. Para mais ajuda na procura de informações de que necessita, consulte a primeira página de um capítulo. **Encontrará uma lista detalhada de tópicos no início de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Guia de iniciação para membros.....4**
Explica o que significa estar num plano de saúde do Medicare e como utilizar este folheto. Informa sobre os materiais que lhe enviaremos, o prémio do seu plano, a penalização por inscrição tardia da Parte D, o seu cartão de membro do plano, e a manutenção atualizada do seu registo de membro.
- Capítulo 2. Números de telefone e recursos importantes.....22**
Diz-lhe como entrar em contacto com o nosso plano (BlueCHiP for Medicare Plus) e com outras organizações, incluindo a Medicare, o Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP), a Organização de Melhoria da Qualidade, a Segurança Social, o Medicaid (o programa de seguro de saúde do Estado para pessoas com baixos rendimentos), programas que ajudam as pessoas a pagar os seus medicamentos prescritos, e o Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro.
- Capítulo 3. Usar a cobertura do plano para os seus serviços médicos.....44**
Explica coisas importantes que precisa de saber sobre como obter os seus cuidados médicos enquanto membro do nosso plano. Os tópicos incluem a utilização dos prestadores na rede do plano e como obter cuidados quando se tem uma emergência.
- Capítulo 4. Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)61**
Fornece os detalhes sobre que tipos de cuidados médicos estão cobertos e *não* cobertos para si enquanto membro do nosso plano. Explica quanto pagará como a sua parte dos custos dos seus cuidados médicos cobertos.
- Capítulo 5. Usar a cobertura do plano para os seus medicamentos prescritos da Parte D113**
Explica as regras que tem de seguir quando obtém os seus medicamentos da Parte D. Diz como utilizar a *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano para saber que medicamentos estão cobertos. Diz que tipos de medicamentos *não* estão cobertos. Explica vários tipos de restrições que se aplicam à cobertura de certos medicamentos. Explica onde obter o preenchimento das suas receitas médicas. Fala sobre os programas do plano para a segurança dos medicamentos e a gestão dos medicamentos.

Capítulo 6. O que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D	137
Fala sobre as quatro etapas de cobertura de medicamentos (Fase de Franquia, Fase Inicial de Cobertura, Fase de Intervalo de Cobertura, Fase de Cobertura Catastrófica) e como estas fases afetam o que paga pelos seus medicamentos. Explica os cinco escalões de repartição de custos para os seus medicamentos da Parte D e diz o que deve pagar por um medicamento em cada escalão de repartição de custos.	
Capítulo 7. Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos	155
Explica quando e como nos enviar uma fatura quando nos quiser pedir o reembolso da nossa parte dos custos dos seus serviços ou medicamentos cobertos.	
Capítulo 8. Os seus direitos e responsabilidades.....	163
Explica os direitos e responsabilidades que lhe assistem enquanto membro do nosso plano. Diz-lhe o que pode fazer se achar que os seus direitos não estão a ser respeitados.	
Capítulo 9. O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações).....	175
Diz-lhe, passo a passo, o que fazer se estiver a ter problemas ou preocupações enquanto membro do nosso plano.	
<ul style="list-style-type: none"> • Explica como solicitar decisões sobre coberturas e apresentar recursos se tiver dificuldades em obter os cuidados médicos ou medicamentos prescritos que pensa estarem cobertos pelo nosso plano. Isto inclui pedir-nos que façamos exceções às regras ou restrições adicionais à sua cobertura para medicamentos prescritos, e pedir-nos que continuemos a cobrir os cuidados hospitalares e certos tipos de serviços médicos se achar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo. • Explica como fazer reclamações sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente e outras preocupações. 	
Capítulo 10. Terminar a sua adesão ao plano	229
Explica quando e como pode terminar a sua adesão ao plano. Explica as situações em que o nosso plano é necessário para acabar com a sua adesão.	
Capítulo 11. Avisos legais.....	238
Inclui notificações sobre a lei aplicável e sobre a não-discriminação.	
Capítulo 12. Definições de palavras importantes.....	242
Explica os termos-chave utilizados neste folheto.	

CAPÍTULO 1

Guia de iniciação para membros

Capítulo 1. Guia de iniciação para membros

SECÇÃO 1	Introdução.....	6
Secção 1.1	Está inscrito no BlueCHiP for Medicare Plus, que é um Plano Medicare HMO 6	
Secção 1.2	De que trata o folheto <i>Comprovativo de Cobertura</i> ?	6
Secção 1.3	Informação legal sobre o <i>Comprovativo de Cobertura</i>	6
SECÇÃO 2	O que o torna elegível para membro do plano?.....	7
Secção 2.1	Os seus requisitos de elegibilidade.....	7
Secção 2.2	O que são o Medicare Parte A e o Medicare Parte B?	7
Secção 2.3	Aqui está a área de serviço do plano para o BlueCHiP for Medicare Plus	7
Secção 2.4	Cidadão dos EUA ou Presença Legal.....	8
SECÇÃO 3	Que outros materiais irá obter da nossa parte?.....	8
Secção 3.1	O seu cartão de membro do plano – Utilize-o para obter todos os cuidados cobertos e medicamentos prescritos	8
Secção 3.2	O <i>Diretório de Prestadores</i> : O seu guia para todos os prestadores da rede do plano	9
Secção 3.3	O <i>Diretório de Farmácias</i> : O seu guia para as farmácias da nossa rede	10
Secção 3.4	Lista de Medicamentos Cobertos do plano (<i>Formulário</i>)	10
Secção 3.5	A <i>Parte D Explicação dos Benefícios</i> (a "Parte D EOB"): Relatórios com um resumo dos pagamentos efetuados para os seus medicamentos prescritos da Parte D	11
SECÇÃO 4	O seu prémio mensal do BlueCHiP for Medicare Plus	11
Secção 4.1	Quanto custa o prémio do seu plano?.....	11
SECÇÃO 5	Tem de pagar "penalização de inscrição tardia" da Parte D?	12
Secção 5.1	Qual é a "penalização de inscrição tardia" da Parte D?.....	12
Secção 5.2	Quanto é a penalização de inscrição tardia da Parte D?.....	13
Secção 5.3	Em algumas situações, pode inscrever-se tardiamente e não ter de pagar a penalização	13
Secção 5.4	O que pode fazer se não concordar com a sua penalização de inscrição tardia da Parte D?	14
SECÇÃO 6	Tem de pagar um montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos?	14
SECÇÃO 6.1	Quem paga um montante extra da Parte D devido aos rendimentos?	14
Secção 6.2	Quanto é o montante adicional da Parte D?	15

Secção 6.3	O que pode fazer se não concordar em pagar um montante adicional da Parte D? 15
Secção 6.4	O que acontece se não pagar o montante adicional da Parte D? 15
SECÇÃO 7	Mais informações sobre o seu prémio mensal 15
Secção 7.1	Existem várias formas para pagar o prémio do seu plano 16
Secção 7.2	Podemos alterar o seu prémio mensal do plano durante o ano?..... 18
SECÇÃO 8	Por favor mantenha o seu registo de membro do plano atualizado 18
Secção 8.1	Como ajudar a garantir que temos informações precisas sobre si..... 18
SECÇÃO 9	Protegemos a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde..... 19
Secção 9.1	Certificamo-nos de que a sua informação sobre a saúde é protegida..... 19
SECÇÃO 10	Como funcionam outros seguros com o nosso plano..... 19
Secção 10.1	Que plano paga primeiro quando se possui outro seguro?..... 19

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1	Está inscrito no BlueCHiP for Medicare Plus, que é um Plano Medicare HMO
-------------------	---

Está coberto pela Medicare, e optou por obter a cobertura dos seus cuidados de saúde Medicare e medicamentos prescritos através do nosso plano, BlueCHiP for Medicare Plus.

Existem diferentes tipos de planos de saúde Medicare. O BlueCHiP for Medicare Plus é um Plano HMO Medicare Advantage (HMO significa Health Maintenance Organization - Organização da Manutenção da Saúde) com uma opção Pontos de Serviço (POS) aprovada pela Medicare e gerida por uma empresa privada.

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). Por favor visite o site do Serviço de Receita Interna (IRS), em: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para mais informações.

Secção 1.2	De que trata o folheto <i>Comprovativo de Cobertura</i>?
-------------------	---

Este folheto de *Comprovativo de Cobertura* diz-lhe como obter a cobertura dos seus cuidados médicos Medicare e medicamentos prescritos através do nosso plano. Este folheto explica os seus direitos e responsabilidades, o que está coberto e o que paga enquanto membro do plano.

A palavra "cobertura" e "serviços cobertos" refere-se aos cuidados e serviços médicos e aos medicamentos prescritos à sua disposição enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Plus.

É importante para si saber quais são as regras do plano e que serviços estão à sua disposição. Encorajamo-lo a reservar algum tempo para consultar este folheto de *Comprovativo de Cobertura*.

Se estiver confuso ou preocupado ou se tiver apenas uma dúvida, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare do nosso plano (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 1.3	Informação legal sobre o <i>Comprovativo de Cobertura</i>
-------------------	--

Faz parte do contrato que temos consigo

Este *Comprovativo de Cobertura* faz parte do contrato que temos consigo, sobre a forma como o BlueCHiP for Medicare Plus cobre os seus cuidados. Outras partes deste contrato incluem o seu formulário de inscrição, a *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)*, e quaisquer notificações que receba da nossa parte sobre alterações à sua cobertura ou condições que afetem a sua cobertura. Estas notificações são por vezes denominadas de "cláusula adicional" ou "alterações".

O contrato fica em vigor nos meses em que estiver inscrito no BlueCHiP for Medicare Plus, entre 1 de janeiro de 2021 e 31 de dezembro de 2021.

A cada ano civil, a Medicare permite-nos fazer alterações aos planos que oferecemos. Isto significa que podemos alterar os custos e benefícios do BlueCHiP for Medicare Plus após 31 de dezembro de 2021. Podemos também optar por deixar de oferecer o plano, ou oferecê-lo numa área de serviço diferente, após 31 de dezembro de 2021.

A Medicare tem de aprovar o nosso plano todos os anos

A Medicare (a Centers for Medicare & Medicaid Services) tem de aprovar anualmente o BlueCHiP for Medicare Plus. Pode continuar a obter cobertura Medicare enquanto membro do nosso plano, desde que optemos por continuar a oferecer o plano e a Medicare renove a sua aprovação do plano.

SECÇÃO 2 O que o torna elegível para membro do plano?

Secção 2.1 Os seus requisitos de elegibilidade

É elegível para ser membro do nosso plano, desde que:

- Possua tanto o Medicare Parte A como o Medicare Parte B (a Secção 2.2 fala-lhe do Medicare Parte A e do Medicare Parte B)
- -- e -- resida na nossa área geográfica de serviço (a Secção 2.3 abaixo descreve a nossa área de serviço).
- -- e -- seja cidadão dos Estados Unidos ou esteja legalmente presente nos Estados Unidos

Secção 2.2 O que são o Medicare Parte A e o Medicare Parte B?

Quando se inscreveu pela primeira vez na Medicare, recebeu informações sobre quais os serviços abrangidos pelo Medicare Parte A e pelo Medicare Parte B. Lembre-se:

- O Medicare Parte A ajuda, geralmente, a cobrir serviços prestados por hospitais (para serviços de internamento, cuidados em centro de enfermagem especializada ou agências de saúde domiciliária).
- O Medicare Parte B destina-se à maioria dos outros serviços médicos (tais como serviços médicos, terapia de infusão domiciliária, e outros serviços ambulatoriais) e a certos artigos (tais como equipamento médico duradouro (DME) e suprimentos).

Secção 2.3 Aqui está a área de serviço do plano para o BlueCHiP for Medicare Plus

Embora a Medicare seja um programa Federal, o BlueCHiP for Medicare Plus está disponível apenas para indivíduos que vivem na nossa área de serviço do plano. Para permanecer como membro do nosso plano, deve continuar a residir na área de serviço do plano. A área de serviço é descrita abaixo.

A área de serviço inclui: Bristol, Kent, Newport, Providence e os municípios de Washington em Rhode Island.

Se planeia sair da área de serviço, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Quando se mudar, terá um Período Especial de Inscrição que lhe permitirá mudar para o Original Medicare ou inscrever-se num plano de saúde ou de medicamentos Medicare disponível na sua nova localidade.

É também importante que contacte a Segurança Social se mudar de residência ou de endereço postal. Pode encontrar números de telefone e informações de contacto da Segurança Social no Capítulo 2, Secção 5.

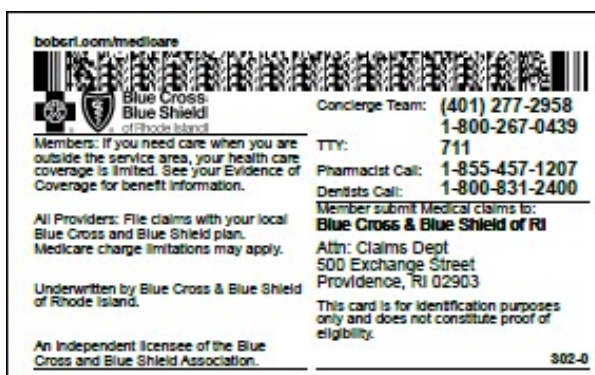
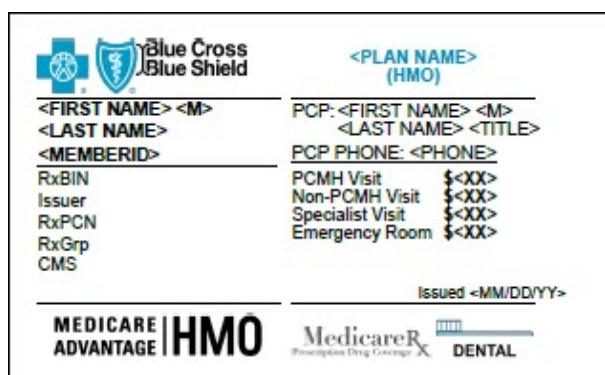
Secção 2.4 Cidadão dos EUA ou Presença Legal

Um membro de um plano de saúde Medicare deve ser um cidadão dos EUA ou estar legalmente presente nos Estados Unidos da América. A Medicare (a Centers for Medicare & Medicaid Services) notificará o BlueCHiP for Medicare Plus se não for elegível para continuar a ser membro nesta base. O BlueCHiP for Medicare Plus deve ser cancelado se não cumprir este requisito.

SECÇÃO 3 Que outros materiais irá obter da nossa parte?

Secção 3.1 O seu cartão de membro do plano – Utilize-o para obter todos os cuidados cobertos e medicamentos prescritos

Enquanto for membro do nosso plano, deverá utilizar o seu cartão de membro do nosso plano sempre que obtiver serviços cobertos por este plano e para medicamentos prescritos que obtiver nas farmácias da rede. Deve também mostrar ao prestador o seu cartão Medicaid, se aplicável. Aqui está um exemplo de cartão de membro, para lhe mostrar como será o seu:



NÃO utilize o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul para serviços médicos cobertos enquanto for membro deste plano. Se utilizar o seu cartão Medicare em vez do seu cartão de membro BlueCHiP for Medicare Plus, poderá ter de arcar com os custos totais dos serviços médicos. Guarde o seu cartão

Medicare num local seguro. Poderá ser-lhe pedido que o mostre se necessitar de serviços hospitalares, serviços de casas de repouso, ou se participar em estudos de investigação de rotina.

Eis porque isto é tão importante: Se obtiver serviços cobertos com o seu cartão Medicare vermelho, branco e azul em vez de utilizar o seu cartão BlueCHiP for Medicare Plus enquanto for membro do plano, poderá ter de arcar com os custos totais.

Se o seu cartão de membro do plano se danificar, perder ou se for roubado, contacte imediatamente a Equipa de Concierge Medicare e enviar-lhe-emos um novo cartão. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

Secção 3.2 O Diretório de Prestadores: O seu guia para todos os prestadores da rede do plano

O *Directório de Prestadores* lista os nossos prestadores da rede e fornecedores de equipamento médico duradouro.

O que são "prestadores de rede"?

Prestadores de rede são os médicos e outros profissionais de saúde, grupos médicos, fornecedores de equipamento médico duradouro, hospitais e outras instalações de cuidados de saúde que têm conosco um acordo para aceitar o nosso pagamento e qualquer plano de repartição de custos como pagamento na totalidade. No nosso plano, providenciámos a prestação de serviços cobertos aos membros por parte destes prestadores. A lista mais recente de prestadores e fornecedores está disponível no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare.

Porque precisa de saber quais são os prestadores que fazem parte da nossa rede?

É importante saber que prestadores fazem parte da nossa rede porque, com exceções limitadas, enquanto for membro do nosso plano deverá utilizar prestadores de rede para obter os seus cuidados e serviços médicos. As únicas exceções são emergências, serviços necessários com urgência quando a rede não está disponível (geralmente, quando se está fora da área), serviços de diálise fora da área, e casos em que o BlueCHiP for Medicare Plus autoriza a utilização de prestadores fora da rede. Consulte o Capítulo 3 (*Utilização da cobertura do plano para os seus serviços médicos*) para obter informações mais específicas sobre a cobertura de emergência, fora da rede, e fora da área.

Se não tiver o seu exemplar do *Directório de Prestadores*, pode solicitar uma cópia à Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Pode pedir mais informações à equipa Concierge da Medicare sobre os nossos prestadores da rede, incluindo as suas qualificações. Pode utilizar a ferramenta *Encontrar um Médico*, em www.BCBSRI.com/Medicare para obter a lista mais atualizada de prestadores e localizar um prestador perto de si.

Secção 3.3 O Diretório de Farmácias: O seu guia para as farmácias da nossa rede

O que são "farmácias da rede"?

As farmácias da rede são todas as farmácias que concordaram em preencher receitas cobertas para os membros do nosso plano.

Porque precisa de saber sobre as farmácias da rede?

Pode utilizar o *Diretório de Farmácias* para encontrar a farmácia da rede que pretende utilizar. Há alterações na nossa rede de farmácias para o próximo ano. Um Diretório de Farmácias atualizado está localizado no nosso site, em www.BCBSRI.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. **Por favor analise o Diretório de Farmácias de 2021 para ver que farmácias estão na nossa rede.**

O *Diretório de Farmácias* dir-lhe-á também que farmácias da nossa rede preferiram a repartição de custos, que pode ser inferior à repartição de custos padrão oferecida por outras farmácias da rede para alguns medicamentos.

Se não tiver o exemplar do *Diretório de Farmácias*, pode obter uma cópia da Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). A qualquer altura, pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare para obter informações atualizadas sobre alterações na rede de farmácias. Também encontrar esta informação no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare.

Secção 3.4 Lista de Medicamentos Cobertos do plano (*Formulário*)

O plano tem uma *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)*. Chamamos-lhe a "Lista de Medicamentos", para abreviar. Indica quais os medicamentos prescritos da Parte D que estão abrangidos pelo benefício da Parte D incluído no BlueCHiP for Medicare Plus. Os medicamentos que constam desta lista são selecionados pelo plano com a ajuda de uma equipa de médicos e farmacêuticos. A lista deve cumprir os requisitos estabelecidos pela Medicare. A Medicare aprovou a Lista de Medicamentos BlueCHiP for Medicare Plus.

A Lista de Medicamentos também lhe diz se existem algumas regras que restrinjam a cobertura dos seus medicamentos.

Fornecer-lhe-emos uma cópia da Lista de Medicamentos. Para obter as informações mais completas e atuais sobre quais os medicamentos abrangidos, pode visitar o site do plano (www.BCBSRI.com/Medicare) ou contactar a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 3.5	<i>A Parte D Explicação dos Benefícios (a "Parte D EOB"): Relatórios com um resumo dos pagamentos efetuados para os seus medicamentos prescritos da Parte D</i>
-------------------	--

Quando utilizar os seus benefícios de medicamentos prescritos da Parte D, enviar-lhe-emos um relatório de síntese para o ajudar a compreender e acompanhar os pagamentos dos seus medicamentos prescritos da Parte D. Este relatório de síntese é denominado de *Parte D Explicação dos Benefícios* (a "Parte D EOB"):

A *Explicação dos Benefícios da Parte D* diz-lhe qual o montante total que você, ou outros em seu nome, gastaram com os seus medicamentos da Parte D e o montante total que pagámos por cada um dos seus medicamentos prescritos da Parte D durante o mês. A Parte D EOB fornece mais informações sobre os medicamentos que toma, tais como aumentos no preço e outros medicamentos com repartição mais baixa de custos que possam estar disponíveis. Deve consultar o seu prescritor sobre estas opções de baixo custo. O Capítulo 6 (*O que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D*) fornece mais informações sobre a *Explicação dos Benefícios da Parte D* e como pode ajudá-lo a acompanhar a cobertura dos seus medicamentos.

Está também disponível um resumo da *Explicação dos Benefícios da Parte D*, mediante pedido. Para obter uma cópia, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Pode agora deixar de usar papel e ter a sua declaração da Parte D EOB enviada apenas para a sua conta segura. Visite BCBSRI.com/Medicare para se registar.

SECÇÃO 4 **O seu prémio mensal do BlueCHiP for Medicare Plus**

Secção 4.1	Quanto custa o prémio do seu plano?
-------------------	--

Enquanto membro do nosso plano, paga um prémio mensal do plano. Para 2021, o prémio mensal para o BlueChip for Medicare Plus é de \$161. Além disso, deve continuar a pagar o seu prémio Medicare Parte B (a não ser que o seu prémio da Parte B seja pago por si pela Medicaid ou um outro terceiro).

Em algumas situações, o prémio do seu plano poderia ser menos

Existem programas para ajudar as pessoas com recursos limitados a pagar os seus medicamentos. Estes incluem "Ajuda Extra" e Programas Estatais de Assistência Farmacêutica. O Capítulo 2, Secção 7 fornece mais informações sobre estes programas. Se se qualificar, a inscrição no programa poderá baixar o seu prémio mensal do plano.

Se já *estiver inscrito* e a obter ajuda de um destes programas, **a informação sobre prémios neste Comprovativo de Cobertura** poderá **não se aplicar a si**. Incluímos um anexo em separado, chamado "Comprovativo de Cobertura Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra no Pagamento de Medicamentos Prescritos" (também conhecido como "Subsídio Adicional de Baixo Rendimento" ou "LIS Adicional"), que lhe fala sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este anexo, por favor

ligue para os Serviços para Membros e solicite o "LIS Adicional". (Os números de telefone dos Serviços para Membros estão impressos na contracapa deste folheto).

Em algumas situações, o prémio do seu plano poderia ser mais

Em algumas situações, o prémio do seu plano poderia ser superior ao montante acima indicado na Secção 4.1. Esta situação é descrita abaixo.

- Alguns membros são obrigados a pagar uma **penalização de inscrição tardia** na Parte D porque não aderiram a um plano de medicamentos Medicare quando se tornaram elegíveis pela primeira vez ou porque tiveram um período contínuo de 63 dias ou mais quando não tinham uma cobertura "credível" de medicamentos prescritos. ("Credível" significa que a cobertura de medicamentos deve pagar, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare.). Para estes membros, a penalização de inscrição tardia da Parte D é acrescentada ao prémio mensal do plano. O seu montante de prémio será o prémio mensal do plano mais o montante da sua penalização de inscrição tardia na Parte D.
 - Se for obrigado a pagar a penalização de inscrição tardia da Parte D, o custo da penalização de inscrição tardia depende de quanto tempo esteve sem cobertura de medicamentos prescritos da Parte D ou outra cobertura credível. O Capítulo 1, Secção 5 explica a penalização de inscrição tardia da Parte D.
 - Se tiver uma penalização de inscrição tardia da Parte D e não a pagar, poderá ser removido do plano.
- Alguns membros podem ser obrigados a pagar um custo adicional, conhecido como o Montante de Ajuste Mensal Relativo ao Rendimento da Parte D, também conhecido como IRMAA, porque, há 2 anos atrás, tinham um rendimento bruto ajustado modificado, acima de um certo montante, na sua declaração de IRS. Os membros sujeitos a um IRMAA terão de pagar o montante padrão do prémio e este encargo adicional, que será adicionado ao seu prémio. O Capítulo 1, Secção 6 explica o IRMAA de forma mais detalhada.

SECÇÃO 5 Tem de pagar "penalização de inscrição tardia" da Parte D?

Secção 5.1 Qual é a "penalização de inscrição tardia" da Parte D?

Nota: Se receber "Ajuda Extra" da Medicare para pagar os seus medicamentos prescritos, não pagará uma penalização de inscrição tardia.

A penalização de inscrição tardia é um montante que é acrescentado ao seu prémio da Parte D. Pode dever uma penalização de inscrição tardia da Parte D se, a qualquer altura após o seu período de inscrição inicial ter terminado, existir um período de 63 dias ou mais seguidos em que não tenha tido cobertura de medicamentos prescritos da Parte D ou outra cobertura de medicamentos prescritos credível. A "cobertura credível de medicamentos prescritos" é uma cobertura que cumpre os padrões mínimos da Medicare, uma vez que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare. O custo da penalização de inscrição tardia depende de

quanto tempo esteve sem cobertura de medicamentos prescritos da Parte D ou outra cobertura credível. Terá de pagar esta penalização enquanto tiver cobertura da Parte D.

A penalização de inscrição tardia da Parte D é adicionada ao seu prémio mensal. Os membros que optarem por pagar o seu prémio a cada três meses terão a penalização adicionada ao seu prémio de três meses. Quando se inscrever pela primeira vez no BlueCHiP for Medicare Plus, informá-lo-emos do montante da penalização.

A sua penalização de inscrição tardia da Parte D é considerada parte do prémio do seu plano.

Secção 5.2 Quanto é a penalização de inscrição tardia da Parte D?

A Medicare determina o montante da penalização. Eis como funciona:

- Conte primeiro o número de meses completos em que atrasou a inscrição num plano de medicamentos Medicare, depois de ter sido elegível para se inscrever. Ou conte o número de meses completos em que não teve uma cobertura credível de medicamentos prescritos, se a pausa na cobertura foi de 63 dias ou mais. A penalização é de 1 % por cada mês em que não teve cobertura credível. Por exemplo, se passar 14 meses sem cobertura, a penalização será de 14 %.
- Depois a Medicare determina o montante do prémio mensal médio do ano anterior para planos de medicamentos Medicare na nação. Para 2021, este montante médio de prémio é de \$33,06.
- Para calcular a sua penalização mensal, multiplique a percentagem de penalização e o prémio mensal médio e depois arredonde-a para os 10 cêntimos mais próximos. No exemplo aqui seria 14 % vezes \$33,06, o que equivale a \$4,63. Isso é arredondado para \$4,60. Este montante seria adicionado **ao prémio mensal para alguém com uma penalização de inscrição tardia da Parte D.**

Existem três coisas importantes a assinalar sobre esta penalização mensal de inscrição tardia da Parte D:

- Em primeiro lugar, **a penalização pode mudar todos os anos**, porque o prémio mensal médio pode mudar todos os anos. Se o prémio médio nacional (conforme determinado pela Medicare) aumentar, a sua penalização aumentará.
- Em segundo lugar, **continuará a pagar uma penalização** todos os meses enquanto estiver inscrito num plano que tenha benefícios de medicamentos Medicare Parte D, mesmo que mude de plano.
- Em terceiro lugar, se tiver menos de 65 anos e estiver atualmente a receber benefícios da Medicare, a penalização de inscrição tardia da Parte D será reiniciada quando fizer 65 anos. Após os 65 anos de idade, a sua inscrição tardia na Parte D será baseada apenas nos meses em que não tiver cobertura após o seu período inicial de inscrição por envelhecimento no Medicare.

Secção 5.3 Em algumas situações, pode inscrever-se tardiamente e não ter de pagar a penalização

Mesmo que tenha atrasado a inscrição num plano que oferece cobertura da Medicare Parte D quando foi elegível pela primeira vez, por vezes não tem de pagar a penalização de inscrição tardia da Parte D.

Não terá de pagar uma penalização, por inscrição tardia, caso se aplique qualquer uma destas situações:

- Se já tiver uma cobertura de medicamentos prescritos que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare. A Medicare chama a isto "**cobertura de medicamentos credível.**" Por favor, tenha em atenção que:
 - A cobertura credível poderia incluir a cobertura de medicamentos de um antigo empregador ou sindicato, TRICARE, ou o Departamento de Assuntos de Veteranos. A sua seguradora ou o seu departamento de recursos humanos dir-lhe-ão todos os anos se a sua cobertura de medicamentos é credível. Esta informação pode ser enviada para si numa carta ou incluída num boletim informativo do plano. Guarde esta informação, pois poderá precisar dela se mais tarde aderir a um plano de medicamentos Medicare.
 - Por favor, tenha em atenção que: Se receber um "certificado de cobertura credível" quando a sua cobertura de saúde terminar, isso pode não significar que a sua cobertura de medicamentos prescritos tenha sido credível. A notificação deve indicar que tinha uma cobertura "credível" de medicamentos prescritos que esperava pagar tanto quanto o plano de medicamentos prescritos padrão da Medicare paga.
 - Os seguintes itens são de cobertura *não* credível de medicamentos prescritos: cartões de desconto em medicamentos prescritos, clínicas gratuitas e sites de descontos em medicamentos.
 - Para informações adicionais sobre cobertura credível, por favor consulte o seu Manual *Medicare e Você 2021* ou telefone para a Medicare, pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar gratuitamente para estes números, 24 horas por dia, 7 dias por semana.
- Se esteve sem cobertura credível, mas ficou sem ela durante menos de 63 dias seguidos.
- Se estiver a receber "Ajuda Extra" da Medicare.

Secção 5.4	O que pode fazer se não concordar com a sua penalização de inscrição tardia da Parte D?
-------------------	--

Se não concordar com a sua penalização de inscrição tardia da Parte D, você ou o seu representante pode solicitar uma análise da decisão acerca da sua penalização de inscrição tardia. Geralmente, deve solicitar esta análise **no prazo de 60 dias** a partir da data da primeira carta que recebe a declarar que tem de pagar uma penalização de inscrição tardia. Se estava a pagar uma penalização antes de aderir ao nosso plano, poderá não ter outra oportunidade de solicitar uma análise dessa penalização de inscrição tardia. Telefone à equipa do Medicare Concierge para saber mais sobre como fazer isto (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

SECÇÃO 6	Tem de pagar um montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos?
-----------------	---

SECÇÃO 6.1	Quem paga um montante extra da Parte D devido aos rendimentos?
-------------------	---

Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, tal como consta na sua declaração de IRS de há 2 anos atrás, estiver acima de um determinado montante, pagará o montante padrão do prémio e um montante

de ajuste mensal relacionado com os rendimentos, também conhecido como IRMAA. IRMAA é um encargo adicional acrescentado ao seu prémio.

Se tiver de pagar um montante adicional, a Segurança Social, e não o seu plano Medicare, enviar-lhe-á uma carta a dizer-lhe qual será esse montante adicional e como o pagar. O montante adicional será retido da sua Segurança Social, Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro, ou cheque-benefício do Gabinete de Gestão de Pessoal, independentemente da forma como normalmente paga o prémio do seu plano, a menos que o seu subsídio mensal não seja suficiente para cobrir o montante adicional devido. Se o seu cheque-benefício não for suficiente para cobrir o montante adicional, receberá uma fatura da Medicare. **Deve pagar o montante adicional ao governo. Não pode ser pago com o seu prémio mensal do plano.**

Secção 6.2 Quanto é o montante adicional da Parte D?

Se o seu rendimento bruto ajustado modificado (MAGI), tal como consta na sua declaração de IRS, for superior a um determinado montante, pagará um montante adicional para além do prémio mensal do seu plano. Para mais informações sobre o montante adicional que poderá ter de pagar com base nos seus rendimentos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Secção 6.3 O que pode fazer se não concordar em pagar um montante adicional da Parte D?

Se não concordar em pagar um montante adicional devido aos seus rendimentos, pode pedir à Segurança Social para analisar a decisão. Para saber mais sobre como fazer isto, contacte a Segurança Social pelo número 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Secção 6.4 O que acontece se não pagar o montante adicional da Parte D?

O montante adicional é pago diretamente ao governo (não ao seu plano Medicare) pela sua cobertura Medicare Parte D. Se for obrigado por lei a pagar o montante adicional e não o pagar, será removido do plano e perderá a cobertura dos medicamentos prescritos.

SECÇÃO 7 Mais informações sobre o seu prémio mensal

Muitos membros são obrigados a pagar outros prémios Medicare

Para além do pagamento do prémio mensal do plano, muitos membros são obrigados a pagar outros prémios Medicare. Como explicado na Secção 2 acima, para ser elegível para o nosso plano, deve possuir o Medicare Parte A e o Medicare Parte B. Alguns membros do plano (aqueles que não são elegíveis para o Medicare Parte A sem prémios) pagam um prémio pelo Medicare Parte A. A maioria dos membros do plano paga um prémio pelo Medicare Parte B. **Deve continuar a pagar os seus prémios de Medicare para continuar a ser membro do plano.**

Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, tal como consta na sua declaração de IRS de há 2 anos atrás, estiver acima de um determinado montante, pagará o montante padrão do prémio e um montante de ajuste mensal relacionado com os rendimentos, também conhecido como IRMAA. IRMAA é um encargo adicional acrescentado ao seu prémio.

- **Se for obrigado a pagar o montante adicional e não o pagar, será removido do plano e perderá a cobertura dos medicamentos prescritos.**
- Se tiver de pagar um montante adicional, a Segurança Social, e **não o seu plano Medicare**, enviar-lhe-á uma carta a dizer-lhe qual será esse montante adicional.
- Para mais informações sobre os prémios da Parte D baseados nos rendimentos, consulte o Capítulo 1, Secção 6 deste folheto. Também pode visitar o site www.medicare.gov ou 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. Ou pode ligar para a Segurança Social, pelo número 1-800-772-1213. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-800-325-0778.

A sua cópia do *Medicare e Você 2021* fornece informações sobre os prémios do Medicare na secção denominada "Custos Medicare 2021". Isto explica como os prémios Medicare Parte B e Parte D diferem para pessoas com rendimentos diferentes. Todas as pessoas com Medicare recebem uma cópia de *Medicare e Você* todos os anos no Outono. Os novos membros da Medicare recebem-no no prazo de um mês após a primeira inscrição. Também pode descarregar uma cópia de *Medicare e Você 2021* a partir do site da Medicare (www.medicare.gov). Ou pode pedir uma cópia impressa por telefone, pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Secção 7.1 Existem várias formas para pagar o prémio do seu plano

Existem *seis* formas de pagar o prémio do seu plano. Se, a qualquer altura, desejar alterar o seu método de pagamento, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare através do número indicado na contracapa deste folheto.

Se decidir alterar a forma de pagamento do seu prémio, pode demorar até três meses para que o seu novo método de pagamento entre em vigor. Enquanto estamos a processar o seu pedido de um novo método de pagamento, é responsável por assegurar que o prémio do seu plano é pago a tempo.

Opção 1: Pode pagar com cheque

O cheque deve ser endossado a "Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island" ou "BCBSRI" e não a CMS ou HHS. Por favor certifique-se de que inclui o seu Número de Identificação de Subscritor no cheque. Este número pode ser encontrado no seu cartão de membro. Por favor certifique-se de que inclui a secção destacável da sua fatura juntamente com o seu cheque. A faturação será mensal ou trimestral, dependendo da sua seleção no momento da inscrição. O seu cheque deve ser recebido por nós até ao primeiro dia do mês. Pode fazer o seu pagamento por correio ou pessoalmente, numa Your Blue StoreSM

Envio de cheque por correio

Pode enviar o cheque por correio para:
Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

PO Box 1057
Providence, RI 02901

Entrega de dinheiro ou cheque numa Your Blue StoreSM

Para localizar uma loja perto de si, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Opção 2: Transferência eletrónica de fundos (EFT) da sua conta bancária todos os meses

Pode autorizar a Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island a retirar automaticamente da sua conta bancária a penalização de inscrição tardia na primeira semana de cada mês. Para saber mais ou para solicitar instruções de inscrição e um formulário de autorização EFT, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Opção 3: Cartão de crédito e cartão de débito

A cobrança do prémio do seu plano pode ser feita diretamente pelo seu cartão de crédito ou débito. Nota: Os pagamentos com cartão de crédito ou de débito não podem ser efetuados numa base recorrente. Deve iniciar um pagamento mensal se pagar com cartão de crédito ou débito. Para criar esta opção de pagamento, terá de iniciar sessão no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare.

Opção 4: Money Gram

Pode pagar o prémio do seu plano através do Money Gram disponível nos revendedores participantes.

Opção 5: Pode fazer com que o prémio do seu plano seja retirado do seu cheque do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro (RRB)

Dedução automática do seu cheque mensal do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro (RRB). A dedução do RRB pode demorar dois meses ou mais a começar depois de o RRB aprovar a dedução. Na maioria dos casos, se o RRB aceitar o seu pedido de dedução automática, a primeira dedução do seu cheque RRB incluirá todos os prémios devidos desde a data efetiva da sua inscrição até ao início da retenção pontual. Pode autorizar uma dedução automática do prémio do seu plano a partir do seu cheque mensal do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro (RRB).

Opção 6: Pode fazer com que o prémio do seu plano seja retirado do seu cheque mensal da Segurança Social

Pode fazer com que o prémio do seu plano seja retirado do seu cheque mensal da Segurança Social. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare para mais informações sobre como pagar o prémio do seu plano desta forma. Teremos todo o prazer em ajudá-lo a configurar isso. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

O que fazer se tiver dificuldades em pagar o prémio do seu plano

O prémio do seu plano vence, no nosso escritório, no primeiro dia do mês.

Se tiver dificuldades em pagar a tempo o prémio do seu plano, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare para ver se podemos direcioná-lo para programas que o ajudem com o prémio do seu plano. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

Secção 7.2 Podemos alterar o seu prémio mensal do plano durante o ano?

Não. Não estamos autorizados a alterar o montante que cobramos pelo prémio de plano mensal do plano durante o ano. Se o prémio mensal do plano mudar para o próximo ano, dir-lhe-emos em setembro e a alteração entrará em vigor a 1 de janeiro.

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

SECÇÃO 8 Por favor mantenha o seu registo de membro do plano atualizado

Secção 8.1 Como ajudar a garantir que temos informações precisas sobre si

O seu registo de membro tem informações da sua ficha de inscrição, incluindo o seu endereço e número de telefone. Mostra a cobertura específica do seu plano, incluindo o seu Prestador de Cuidados Primários/Grupo Médico/IPA (Associação Independente de clínicas).

Os médicos, hospitais, farmacêuticos, e outros prestadores da rede do plano precisam de ter informações corretas sobre si. **Estes prestadores da rede utilizam o seu registo de membros para saber que serviços e medicamentos estão cobertos e os montantes de repartição de custos para si.** Por este motivo, é muito importante que nos ajude a manter as suas informações atualizadas.

Informe-nos sobre estas mudanças:

- Alterações no seu nome, morada ou número de telefone
- Alterações em qualquer outra cobertura de seguro de saúde que tenha (por exemplo, da sua entidade patronal, da entidade patronal do seu cônjuge, da remuneração dos trabalhadores, ou da Medicaid)
- Se tiver quaisquer reclamações de responsabilidade, tais como reclamações de um acidente automóvel
- Se tiver sido admitido num lar de idosos
- Se receber cuidados num hospital ou numa sala de urgências fora da rede ou fora da área de trabalho
- Se a parte responsável designada (como um cuidador) mudar
- Se estiver a participar num estudo de investigação clínica

Se alguma destas informações mudar, por favor informe-nos, contactando a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Os membros podem também iniciar sessão em www.BCBSRI.com/Medicare para atualizar o seu endereço online.

É também importante contactar a Segurança Social se mudar de residência ou de endereço postal. Pode encontrar números de telefone e informações de contacto da Segurança Social no Capítulo 2, Secção 5.

Leia a informação que lhe enviamos sobre qualquer outra cobertura de seguro que possua

A Medicare exige que recolhemos informações sobre qualquer outra cobertura médica ou de seguro de medicamentos que possua. Isto porque temos de coordenar qualquer outra cobertura que tenha com os seus benefícios ao abrigo do nosso plano. (Para mais informações sobre como funciona a nossa cobertura quando se possui outro seguro, consulte a Secção 10 neste capítulo).

Uma vez por ano, enviar-lhe-emos uma carta que enumera qualquer outra cobertura de seguro médico ou de medicamentos de que tenhamos conhecimento. Por favor leia com atenção esta informação. Se estiver correta, não precisa de fazer nada. Se a informação estiver incorreta, ou se tiver outra cobertura que não esteja listada, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

SECÇÃO 9 Protegemos a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde

Secção 9.1	Certificamo-nos de que a sua informação sobre a saúde é protegida
-------------------	--

As leis federais e estaduais protegem a privacidade dos seus registos médicos e informações pessoais sobre a saúde. Protegemos a sua informação pessoal sobre a saúde, conforme exigido por estas leis.

Para mais informações sobre como protegemos a sua informação pessoal sobre a saúde, por favor consulte o Capítulo 8, Secção 1.3 deste folheto.

SECÇÃO 10 Como funcionam outros seguros com o nosso plano

Secção 10.1	Que plano paga primeiro quando se possui outro seguro?
--------------------	---

Quando possui outros seguros (como a cobertura de saúde do grupo empregador), existem regras estabelecidas pela Medicare que decidem se o nosso plano ou o seu outro seguro paga primeiro. O seguro que paga primeiro é denominado de "pagador primário" e paga até aos limites da sua cobertura. Aquele que paga em segundo lugar, denominado de "pagador secundário", só paga se existirem custos deixados por cobrir pela cobertura primária. O pagador secundário poderá não pagar todos os custos não cobertos.

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

- Se possuir cobertura de aposentado, a Medicare paga primeiro.
- Se a cobertura do seu plano de saúde de grupo for baseada no seu emprego atual ou no de um membro da família, quem paga primeiro depende da sua idade, do número de pessoas empregadas

pelo seu empregador, e do facto de possuir Medicare com base na idade, incapacidade, ou Doença Renal em Fase Terminal (ESRD):

- Se tiver menos de 65 anos e for portador de uma incapacidade e se você ou um membro da família ainda estiver a trabalhar, o seu plano de saúde de grupo paga primeiro se o empregador tiver 100 ou mais empregados ou se pelo menos um empregador num plano de múltiplos empregadores tiver mais de 100 empregados.
- Se tiver mais de 65 anos e se você ou o seu cônjuge ainda estiver a trabalhar, o seu plano de saúde de grupo paga primeiro se o empregador tiver 20 ou mais empregados ou se pelo menos um empregador num plano de múltiplos empregadores tiver mais de 20 empregados.
- Se tiver o Medicare por causa de Doença Renal em Fase Terminal (ESRD), o seu plano de saúde de grupo pagará primeiro durante os primeiros 30 meses após se tornar elegível para a Medicare.

Estes tipos de cobertura normalmente pagam primeiro pelos serviços relacionados com cada tipo:

- Seguro sem culpa imputável (incluindo seguro automóvel)
- Responsabilidade (incluindo seguro automóvel)
- Benefícios do Pulmão Negro (lei federal dos EUA)
- Compensação de trabalhadores

A Medicaid e a TRICARE nunca pagam primeiro por serviços cobertos pela Medicaid. Só pagam depois da Medicare, dos planos de saúde do grupo empregador, e/ou da Medigap terem pago.

Se possuir outro seguro, informe o seu médico, hospital e farmácia. Se tiver dúvidas sobre quem paga primeiro, ou se precisar de atualizar as suas outras informações sobre seguros, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Poderá ter de fornecer o seu número de identificação de membro do plano às suas outras seguradoras (uma vez confirmada a sua identidade) para que as suas contas sejam pagas corretamente e a tempo.

CAPÍTULO 2

*Números de telefone e
recursos importantes*

Capítulo 2. Números de telefone e recursos importantes

SECÇÃO 1	Contactos BlueCHiP for Medicare Plus (como entrar em contacto connosco, incluindo como contactar a Equipa de Concierge da Medicare no plano).....	23
SECÇÃO 2	Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Federal Medicare)	32
SECÇÃO 3	Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) (ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas sobre A Medicare).....	33
SECÇÃO 4	Organização para a Melhoria da Qualidade (pago pela Medicare para verificar a qualidade dos cuidados de saúde das pessoas com Medicare).....	35
SECÇÃO 5	Segurança Social	36
SECÇÃO 6	Medicaid (um programa federal e estadual conjunto que ajuda com custos médicos para algumas pessoas com rendimentos e recursos limitados).....	37
SECÇÃO 7	Informação sobre programas para ajudar as pessoas a pagarem os seus medicamentos prescritos	38
SECÇÃO 8	Como contactar o Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro	41
SECÇÃO 9	Possui "seguro coletivo" ou outro seguro de saúde de um empregador?	42

SECÇÃO 1 Contactos BlueCHiP for Medicare Plus (como entrar em contacto connosco, incluindo como contactar a Equipa de Concierge da Medicare no plano)

Como entrar em contacto com a nossa Equipa de Concierge da Medicare

Para assistência com reclamações, faturação ou perguntas sobre cartões de membro, por favor contacte ou escreva para a Equipa de Concierge da Medicare. Teremos todo o prazer em ajudá-lo.

Método	A Equipa de Concierge da Medicare – Informação de contacto
TELEFONE	<p>401-277-2958 ou 1-800-267-0439 quando se telefona de fora do estado de Rhode Island</p> <p>As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.</p> <p>A Equipa de Concierge da Medicare também dispõe de serviços gratuitos de intérpretes de línguas para quem não fala inglês.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.</p> <p>As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.</p>
FAX	401-459-5089
CARTA	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Medicare Concierge Team (Equipa de Concierge da Medicare) 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITE	www.BCBSRI.com/Medicare

Como entrar em contacto connosco quando solicita uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados médicos

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o montante que iremos pagar pelos seus serviços médicos. Para mais informações sobre como pedir decisões de cobertura sobre os seus cuidados médicos, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Poderá entrar em contacto connosco se tiver dúvidas sobre o nosso processo de decisão de cobertura.

Método	Decisões de cobertura para cuidados médicos – Informação de contacto
TELEFONE	401-277-2958 ou 1-800-267-0439 quando se telefona de fora do estado de Rhode Island As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
FAX	401-459-2006
CARTA	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Medicare Concierge Team (Equipa de Concierge da Medicare) 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITE	www.BCBSRI.com/Medicare

Como entrar em contacto connosco quando fizer um recurso sobre os seus cuidados médicos

Um recurso é um modo formal de nos pedir que façamos a análise e alteração de uma decisão de cobertura tomada. Para mais informações sobre como fazer um recurso sobre os seus cuidados médicos, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Método	Recursos para cuidados médicos – Informação de contacto
TELEFONE	401-277-2958 ou 1-800-267-0439 quando se telefona de fora do estado de Rhode Island As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
FAX	401-459-5668
CARTA	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Grievances and Appeals Unit (Unidade de Reclamações e Recursos): Medicare Advantage 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITE	www.BCBSRI.com/Medicare

Como entrar em contacto connosco ao fazer uma reclamação sobre os seus cuidados médicos ou medicamentos prescritos da Parte D

Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou sobre um dos nossos prestadores ou farmácias da rede, incluindo uma reclamação sobre a qualidade dos seus cuidados. Este tipo de reclamação não envolve disputas de cobertura ou de pagamento. (Se o seu problema se refere a cobertura ou pagamento do plano, deve consultar a secção acima sobre a apresentação de um recurso). Para mais informações sobre como fazer uma reclamação sobre os seus cuidados médicos, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Método	Reclamações sobre cuidados médicos – Informação de contacto Reclamações sobre medicamentos prescritos da Parte D – Informação de contacto
TELEFONE	<p>401-277-2958 ou 1-800-267-0439 quando se telefona de fora do estado de Rhode Island</p> <p>As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.</p> <p>A Equipa de Concierge da Medicare também dispõe de serviços gratuitos de intérpretes de línguas para quem não fala inglês.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.</p> <p>As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.</p>
FAX	401-459-5668
CARTA	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Grievances and Appeals Unit (Unidade de Reclamações e Recursos): Medicare Advantage 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITE MEDICARE	Pode apresentar uma reclamação sobre o BlueCHiP for Medicare Plus diretamente à Medicare. Para apresentar uma reclamação online à Medicare, consulte a página www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Como entrar em contacto connosco quando solicita uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o montante que iremos pagar pelos seus medicamentos prescritos abrangidos pelo benefício da Parte D incluída no seu plano. Para mais informações sobre como pedir decisões de cobertura sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Método	Decisões de cobertura para medicamentos prescritos da Parte D – Informação de contacto
TELEFONE	1-800-693-6651 As chamadas para este número são gratuitas. Os horários são: 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. Os horários são: 24 horas por dia, 7 dias por semana.
FAX	1-800-693-6703
CARTA	Prime Therapeutics Attn: Medicare D Clinical Review (Avaliação Médica D Medicare) 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITE	www.myprime.com

Método	Avaliação médica de medicamentos para medicamentos da Parte B – Informação de Contacto
TELEFONE	1-800-693-6651 As chamadas para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
FAX	1-855-212-8110
CARTA	<u>Part B Benefit requests (Pedidos de benefícios da Parte B):</u> Prime Therapeutics 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121 <u>Pharmacy Part B Reimbursement requests (Pedidos de reembolso de farmácia da Parte B):</u> Prime Therapeutics P.O Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITE	www.myprime.com

Como entrar em contacto connosco quando fizer um recurso sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D

Um recurso é um modo formal de nos pedir que façamos a análise e alteração de uma decisão de cobertura tomada. Para mais informações sobre como fazer um recurso sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Método	Recursos para medicamentos prescritos da Parte D – Informação de contacto
TELEFONE	1-800-693-6651 As chamadas para este número são gratuitas. Os horários são: 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. Os horários são: 24 horas por dia, 7 dias por semana.
FAX	1-800-693-6703
CARTA	Prime Therapeutics Attn: Medicare D Clinical Review (Avaliação Médica D Medicare) 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITE	www.myprime.com

Para onde enviar um pedido solicitando-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos cuidados médicos ou de um medicamento que tenha recebido

Para obter mais informações sobre situações em que poderá ter de nos pedir um reembolso ou pagar uma conta que tenha recebido de um prestador, consulte o Capítulo 7 (*Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos*).

Por favor, tenha em atenção que: Se nos enviar um pedido de pagamento e se negarmos qualquer parte do seu pedido, pode recorrer da nossa decisão. Consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*) para mais informações.

Método	Pedidos de pagamento para cuidados médicos – Informação de contacto
TELEFONE	401-277-2958 ou 1-800-267-0439 quando se telefona de fora do estado de Rhode Island As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
FAX	401-459-2006
CARTA	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Medicare Concierge Team (Equipa de Concierge da Medicare)/GA 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITE	www.BCBSRI.com/Medicare

Método	Pedidos de pagamento para medicamentos da Parte D – Informação de contacto
TELEFONE	1-800-693-6651 As chamadas para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	711 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
FAX	1-877-684-7715
CARTA	BlueCHiP for Medicare Plus Attn: Paper Claims (Reclamações em papel) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITE	www.myprime.com

SECÇÃO 2 Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Federal Medicare)

Medicare é o programa federal de seguros de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com incapacidades e pessoas com Doença Renal em Fase Terminal (insuficiência renal permanente que requer diálise ou um transplante renal).

A agência Federal responsável pela Medicare é a Centers for Medicare & Medicaid Services (por vezes denominado de "CMS"). Esta agência possui contrato com as organizações Medicare Advantage, incluindo nós.

Método	Medicare – Informação de Contacto
TELEFONE	1-800-MEDICARE ou 1-800-633-4227 As chamadas para este número são gratuitas. 24 horas por dia, 7 dias por semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas.

Método	Medicare – Informação de Contacto
SITE	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este é o site oficial do governo para a Medicare. Fornece-lhe informação atualizada sobre a Medicare e questões atuais sobre a Medicare. Possui também informação sobre hospitais, lares de idosos, médicos, agências de saúde domiciliária, e instalações de diálise. Inclui folhetos que pode imprimir diretamente do seu computador. Também pode encontrar contactos Medicare no seu estado.</p> <p>O site da Medicare também possui informações detalhadas sobre a sua elegibilidade e opções de inscrição na Medicare com as seguintes ferramentas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ferramenta de Elegibilidade Medicare: Fornece informação sobre o estado de elegibilidade da Medicare.• Localizador de Planos da Medicare: Fornece informação personalizada sobre os planos de medicamentos prescritos Medicare disponíveis, planos de saúde Medicare, e apólices Medigap (Seguro adicional da Medicare) na sua área. Estas ferramentas fornecem uma <i>estimativa</i> de quais poderão ser os seus custos por inteiro em diferentes planos da Medicare. <p>Também pode utilizar o site para informar a Medicare sobre quaisquer reclamações que tenha sobre a BlueCHiP for Medicare Plus:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre a sua reclamação: Pode apresentar uma reclamação sobre o BlueCHiP for Medicare Plus diretamente à Medicare. Para apresentar uma reclamação à Medicare, consulte a página www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. A Medicare leva as suas reclamações a sério e utilizará esta informação para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.• Se não tiver um computador, a sua biblioteca local ou centro de dia poderá ajudá-lo a visitar este site usando o computador do local. Ou pode contactar a Medicare e dizer que informação procura. A Medicare encontra a informação no site, imprime e envia para si. (Pode contactar a Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.)

SECÇÃO 3 Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) (ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas 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 Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) é denominado de Programa de Seguro de Saúde Sénior de Rhode Island (Rhode Island Senior Health Insurance Program).

O Programa de Seguro de Saúde Sénior de Rhode Island 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 Sênior de Rhode Island podem ajudá-lo com as suas perguntas ou problemas sobre a Medicare. Podem ajudá-lo a compreender os seus direitos Medicare, ajudá-lo a fazer reclamações sobre os seus cuidados ou tratamentos médicos e ajudá-lo a resolver problemas com as suas faturas da Medicare. Os conselheiros do Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island podem também ajudá-lo a compreender as suas escolhas de planos Medicare e a responder a perguntas sobre mudanças de planos.

Método	The Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island)
TELEFONE	401-462-3000 Disponível das 08h30 às 16h00, de segunda a sexta-feira.
TTY	401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.
CARTA	The Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island) 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITE	www.oha.ri.gov/

SECÇÃO 4 **Organização para a Melhoria da Qualidade** (pago pela Medicare para verificar a qualidade dos cuidados de saúde das pessoas com Medicare)

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

A KEPRO possui um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que são pagos pelo governo federal. Esta organização é paga pela Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde das pessoas com Medicare. A KEPRO é uma organização independente. Não está ligada ao nosso plano.

Deve contactar a KEPRO em qualquer uma destas situações:

- Tem uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados de saúde que recebeu.
- Pensa que a cobertura da sua estadia hospitalar está a terminar demasiado cedo.
- Pensa que a cobertura dos seus cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de enfermagem especializada ou Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) estão a terminar demasiado cedo.

Método	KEPRO: Organização para a Melhoria da Qualidade de Rhode Island – Informação de Contacto
TELEFONE	1-888-319-8452 Disponível das 09h00 às 17h00, de segunda a sexta-feira e de sábado a domingo, das 11h00 às 15h00
TTY	1-855-843-4776 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.
CARTA	KEPRO BFCC-QIO Program (Programa BFCC-QIO) 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100, Seven Hills, OH 44131
SITE	www.keproqio.com

SECÇÃO 5 Segurança Social

A Segurança Social é responsável por determinar a elegibilidade e o tratamento da inscrição na Medicare. Os cidadãos dos EUA e os residentes permanentes legais com 65 anos ou mais, ou que tenham uma incapacidade ou doença renal em fase terminal e que preencham determinados requisitos são elegíveis para a Medicare. Se já estiver a receber cheques da Segurança Social, a inscrição na Medicare é automática. Se não estiver a receber cheques da Segurança Social, tem de se inscrever na Medicare. A Segurança Social trata do processo de inscrição na Medicare. Para se candidatar à Medicare, pode telefonar para a Segurança Social ou visitar o seu gabinete local da Segurança Social.

A Segurança Social também é responsável por determinar quem tem de pagar um montante extra pela sua cobertura de medicamentos da Parte D, porque possuem um rendimento mais elevado. Se recebeu uma carta da Segurança Social dizendo-lhe que tem de pagar o montante extra e se tiver dúvidas sobre o montante ou se os seus rendimentos diminuíram devido a um acontecimento que mudou a sua vida, pode ligar para a Segurança Social para pedir uma reconsideração.

Se mudar de residência ou de endereço, é importante que contacte a Segurança Social para informar sobre isso.

Método	Segurança Social– Informação de contacto
TELEFONE	1-800-772-1213 As chamadas para este número são gratuitas. Disponível das 07h00 às 19h00, de segunda a sexta-feira. Pode utilizar os serviços telefónicos automatizados da Segurança Social para obter informações gravadas e realizar alguns negócios 24 horas por dia.
TTY	1-800-325-0778 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. Disponível das 07h00 às 19h00, de segunda a sexta-feira.
SITE	www.ssa.gov

SECÇÃO 6 Medicaid (um programa federal e estadual conjunto que ajuda com custos médicos para algumas pessoas com rendimentos e recursos limitados)

O Medicaid é um programa conjunto do governo federal e estadual que ajuda com custos médicos para determinadas pessoas com rendimentos e recursos limitados. Algumas pessoas com Medicare são também elegíveis para o Medicaid.

Além disso, existem programas oferecidos através do Medicaid que ajudam as pessoas com Medicare a pagar os seus custos da Medicare, tais como os seus prémios Medicare. Estes "Programas de Poupança Medicare" ajudam as pessoas com rendimentos e recursos limitados a poupar dinheiro todos os anos:

- **Beneficiário Qualificado Medicare (QMB):** Ajuda a pagar os prémios Medicare Parte A e Parte B, e outras repartições de custos (como franquias, comparticipação e copagamentos). (Algumas pessoas com QMB são também elegíveis para benefícios Medicaid completos (QMB+))
- **Beneficiário Especificado Medicare de Baixos Rendimentos (SLMB):** Ajuda a pagar os prémios da Parte B. (Algumas pessoas com SLMB são também elegíveis para benefícios Medicaid completos (SLMB+).)
- **Indivíduo Qualificado (QI):** Ajuda a pagar os prémios da Parte B.
- **Indivíduos Qualificados com Incapacidade e Trabalhadores (QDWI):** Ajuda a pagar os prémios da Parte A.

Para saber mais sobre o Medicaid e os seus programas, contacte o Departamento de Serviços Sociais de Rhode Island.

Método	Departamento de Serviços Sociais de Rhode Island – Informação de contacto
TELEFONE	1-855-697-4347 Disponível das 08h30 às 15h30, de segunda a sexta-feira.
TTY	401-462-3363 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.
CARTA	RI Department of Human Services (Departamento de Serviços Sociais de RI) 57 Howard Avenue Cranston, RI 02920
SITE	www.dhs.ri.gov

SECÇÃO 7 Informação sobre programas para ajudar as pessoas a pagarem os seus medicamentos prescritos

Programa "Ajuda Extra" da Medicare

A Medicare fornece "Ajuda Extra" para pagar custos de medicamentos prescritos para pessoas com rendimentos e recursos limitados. Os recursos incluem as suas poupanças e inventários, mas não a sua casa ou carro. Se se qualificar, recebe ajuda para pagar o prémio mensal de qualquer plano de medicamentos Medicare, dedutível anualmente, e copagamentos de receitas médicas. Esta "Ajuda Extra" também conta para os seus custos por inteiro.

As pessoas com rendimentos e recursos limitados podem qualificar-se para a "Ajuda Extra". Algumas pessoas qualificam-se automaticamente para a "Ajuda Extra" e não precisam de se candidatar. A Medicare envia uma carta às pessoas que se qualificam automaticamente para a "Ajuda Extra".

Poderá obter "Ajuda Extra" para pagar os seus prémios e custos de medicamentos prescritos. Para ver se se qualifica para receber a "Ajuda Extra", contacte:

- 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 07h00 e as 19h00, 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) (Consulte a Secção 6 deste capítulo para informações de contacto).

Se acha que se qualificou para a "Ajuda Extra" e que está a pagar um montante incorreto de repartições de custos quando recebe os seus medicamentos prescritos numa farmácia, o nosso plano estabeleceu um processo que lhe permite solicitar assistência na obtenção de comprovativos do seu nível de copagamento adequado ou, se já tiver os comprovativos, fornecer-nos esses mesmos comprovativos.

- Reconhecemos uma carta de confirmação da inscrição na Medicaid do Departamento de Serviços Sociais de Rhode Island (DHS), ou uma carta de confirmação da Administração da Segurança Social (SSA) indicando a elegibilidade para ajuda extra, como documentação comprovativa. Para solicitar assistência na obtenção dos melhores comprovativos disponíveis, e para fornecer estes comprovativos, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- Quando recebermos os comprovativos que atestam o seu nível de copagamento, atualizaremos o nosso sistema para que possa pagar o copagamento correto quando receber os seus próximos medicamentos prescritos na farmácia. Se pagar em excesso o seu copagamento, nós faremos o reembolso do excedente. Enviar-lhe-emos um cheque no valor do seu pagamento em excesso ou compensaremos os pagamentos futuros. Se a farmácia não lhe tiver cobrado um copagamento e estiver a executar o seu copagamento como uma dívida sua, poderemos fazer o pagamento diretamente à farmácia. Se um estado tiver pago em seu nome, podemos fazer o pagamento

diretamente ao estado. Por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare se tiver dúvidas (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Programa de Desconto para Intervalo de Cobertura da Medicare

O Programa de Desconto para Intervalo de Cobertura da Medicare proporciona descontos de fabricantes em medicamentos de marca aos membros da Parte D que tenham atingido a diferença de cobertura e não estejam a receber "Ajuda Extra". Para medicamentos de marca, o desconto de 70 % fornecido por fabricantes exclui qualquer taxa de dispensa de custos no intervalo. Os membros pagam 25 % do preço negociado e uma parte da taxa de dispensa para medicamentos de marca.

Se atingir o intervalo de cobertura, aplicaremos automaticamente o desconto quando a sua farmácia lhe faturar a receita médica e a sua Explicação dos Benefícios da Parte D (Parte D EOB) mostrará qualquer desconto fornecido. Para os seus custos por inteiro, tanto o montante que paga como o montante descontado pelo fabricante contam como se os tivesse pago, permitindo que transite pelo intervalo de cobertura. O montante pago pelo plano (5 %) não conta para os seus custos por inteiro.

Recebe também alguma cobertura para medicamentos genéricos. Se atingir o intervalo de cobertura, o plano paga 75 % do preço dos medicamentos genéricos e você paga os restantes 25 % do preço. Para medicamentos genéricos, o montante pago pelo plano (75 %) não conta para os seus custos por inteiro. Apenas o montante que paga conta e fá-lo transitar pelo intervalo de cobertura. Além disso, a taxa de dispensa está incluída como parte do custo do medicamento.

Se tiver alguma dúvida sobre a disponibilidade de descontos para os medicamentos que está a tomar ou sobre o Programa de Desconto para Intervalo de Cobertura da Medicare em geral, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

O BlueCHiP for Medicare Plus oferece cobertura adicional para insulinas selecionadas. Durante a Fase de Intervalo de Cobertura, os seus custos por inteiro de certas insulinas serão de \$35. Para mais informações sobre a sua cobertura durante a fase de Intervalo de Cobertura, por favor consulte o Capítulo 6, Secção 2.1. Nota: Esta repartição de custos aplica-se apenas aos beneficiários que não se qualificam para um programa que ajude a pagar os seus medicamentos ("Ajuda Extra"). Para saber quais medicamentos são insulinas selecionadas, analise a Lista de Medicamentos mais recente que fornecemos eletronicamente. Se tiver dúvidas sobre a Lista de Medicamentos, pode também contactar a Equipa de Concierge da Medicare. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

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

Se estiver inscrito num Programa Estatal de Assistência Farmacêutica (SPAP), ou em qualquer outro programa que forneça cobertura para medicamentos da Parte D (que não a "Ajuda Extra"), ainda obtém o desconto de 70 % em medicamentos de marca cobertos. Além disso, o plano paga 5 % dos custos dos medicamentos de marca na diferença de cobertura. O desconto de 70 % e os 5 % pagos pelo plano são ambos aplicados ao preço do medicamento antes de qualquer Programa Estatal de Assistência Farmacêutica (SPAP) ou outra cobertura.

E se tiver cobertura de um Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP)? O que é o Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP)?

O Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP) ajuda a garantir que os indivíduos elegíveis para a ADAP que vivem com VIH/SIDA têm acesso a medicamentos para o VIH que salvam vidas. Os medicamentos prescritos da Parte D da Medicare que também são abrangidos pelo Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP) qualificam-se para assistência na repartição de custos de receitas médicas com o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Sociais de RI. Nota: Para serem elegíveis para o Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP) a operar no seu Estado, os indivíduos devem satisfazer determinados critérios, incluindo o comprovativo de residência do Estado e o estatuto de VIH, baixos rendimentos tal como definido pelo Estado e estatuto de não segurado/subseguro.

Se estiver atualmente inscrito num Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP), este pode continuar a fornecer-lhe assistência para a repartição de custos de medicamentos da Medicare Parte D no formulário do Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP). A fim de ter a certeza de que continua a receber esta assistência, por favor notifique o seu trabalhador local de inscrição no Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP) de quaisquer alterações no seu nome ou número da apólice do seu plano Medicare Parte D. Por favor entre em contacto com o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Sociais de RI, pelo número 401-462-3295.

Para obter informações sobre os critérios de elegibilidade, medicamentos cobertos ou como se inscrever no programa, por favor entre em contacto com o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Sociais de RI, pelo número 401-462-3295.

E se receber "Ajuda Extra" da Medicare para ajudar a pagar os custos dos medicamentos que lhe são receitados? Pode obter os descontos?

Não. Se receber "Ajuda Extra", já obtém cobertura para os custos dos medicamentos prescritos durante o intervalo de cobertura.

E se não tiver um desconto e considerar que o deveria ter?

Se pensa que atingiu o intervalo de cobertura e não obteve um desconto quando pagou o seu medicamento de marca, deve analisar a sua próxima notificação da Parte D *Explicação dos Benefícios da Parte D* (Parte D EOB). Se o desconto não aparecer na sua *Explicação dos Benefícios da Parte D*, deve contactar-nos para se certificar de que os seus registos de receitas médicas estão corretos e atualizados. Se não chegarmos a acordo sobre se lhe é devido um desconto, pode recorrer. Pode obter ajuda para apresentar um recurso do seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) (os números de telefone estão na Secção 3 deste Capítulo) ou ligando 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.

Programas Estatais de Assistência Farmacêutica

Muitos estados possuem Programas Estatais de Assistência Farmacêutica que ajudam algumas pessoas a pagar medicamentos prescritos com base na necessidade financeira, idade, condição médica ou incapacidades. Cada estado possui regras diferentes para fornecer cobertura de medicamentos aos seus membros.

Em Rhode Island, o Programa Estatal de Assistência Farmacêutica é a Assistência Farmacêutica para Idosos de Rhode Island (RIPAE).

Método	A Assistência Farmacêutica para Idosos de Rhode Island (RIPAE) – Informação de contacto
TELEFONE	401-462-3000 Disponível das 08h30 às 16h00, de segunda a sexta-feira.
TTY	401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.
CARTA	Rhode Island Pharmaceutical Assistance Programs (Programas de Assistência Farmacêutica de Rhode Island) 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITE	http://www.oha.ri.gov/programs/prescription_assist.php

SECÇÃO 8 Como contactar o Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro

O Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro é uma agência federal independente que administra programas de benefícios abrangentes para os trabalhadores ferroviários do país e as suas famílias. Se tiver dúvidas sobre os seus benefícios do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro, contacte a agência.

Se receber o seu Medicare através do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro, é importante que os informe se mudar de residência ou alterar o seu endereço postal.

Método	Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro – Informação de contacto
TELEFONE	1-877-772-5772 As chamadas para este número são gratuitas. Se premir "0", pode falar com um representante do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro (RRB) das 09h00 às 15h30, segunda, terça-feira, quinta-feira e sexta-feira, e das 09h00 às 12h00 na quarta-feira. Se premir "1", poderá aceder à Linha de Apoio automatizada do Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro (RRB) e à informação registada 24 horas por dia, incluindo fins-de-semana e feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número <i>não</i> são gratuitas.
SITE	rrb.gov/

SECÇÃO 9 Possui "seguro coletivo" ou outro seguro de saúde de um empregador?

Se você (ou o seu cônjuge) receber benefícios do seu empregador (ou do empregador do seu cônjuge) ou grupo de aposentados como parte deste plano, pode contactar o administrador de benefícios do empregador/sindicato ou a Equipa de Concierge da Medicare se tiver alguma dúvida. Pode perguntar sobre o seu empregador (ou do empregador do seu cônjuge) ou sobre os benefícios de saúde, prémios ou período de inscrição para aposentados. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.) Também pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) com questões relacionadas com a sua cobertura Medicare ao abrigo deste plano.

Se tiver outra cobertura de medicamentos prescritos através do seu empregador (ou do empregador do seu cônjuge) ou grupo de aposentados, por favor contacte o **administrador de benefícios desse grupo**. O administrador de benefícios pode ajudá-lo a determinar a forma como a sua cobertura atual de medicamentos prescritos irá funcionar com o nosso plano.

CAPÍTULO 3

*Usar a cobertura do plano
para os seus serviços médicos*

Capítulo 3. Usar a cobertura do plano para os seus serviços médicos

SECÇÃO 1	Coisas a saber sobre como obter os seus cuidados médicos enquanto membro do nosso plano	46
Secção 1.1	O que são "prestadores de rede" e "serviços cobertos"?	46
Secção 1.2	Regras básicas para a cobertura dos seus cuidados médicos pelo plano.....	46
SECÇÃO 2	Utilize os prestadores na rede do plano para obter os seus cuidados médicos.....	48
Secção 2.1	Deve escolher um Prestador de Cuidados Primários (PCP) para prestar e supervisionar os seus cuidados médicos	48
Secção 2.2	Que tipos de cuidados médicos pode obter sem receber a aprovação prévia do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP)?.....	48
Secção 2.3	Como obter cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	49
Secção 2.4	Como obter cuidados de prestadores fora da rede.....	50
SECÇÃO 3	Como obter serviços cobertos quando se tem uma emergência, necessidade urgente de cuidados ou durante uma catástrofe.....	51
Secção 3.1	Obtenção de cuidados se tiver uma emergência médica	51
Secção 3.2	Obter cuidados quando tem uma necessidade urgente de serviços	52
Secção 3.3	Obtenção de cuidados durante uma catástrofe	53
SECÇÃO 4	E se lhe for cobrado diretamente o custo total dos seus serviços cobertos?.....	53
Secção 4.1	Pode pedir-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos serviços cobertos	53
Secção 4.2	Se os serviços não estiverem cobertos pelo nosso plano, deverá pagar o custo total	54
SECÇÃO 5	Como são cobertos os seus serviços médicos quando se encontrar num "estudo de investigação clínica"?	54
Secção 5.1	O que é um "estudo de investigação clínica"?.....	54
Secção 5.2	Quando se participa num estudo de investigação clínica, quem paga o quê?	55
SECÇÃO 6	Regras para obter cuidados cobertos numa "instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos".	56
Secção 6.1	O que é uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos?	56
Secção 6.2	Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos.....	57

SECÇÃO 7	Regras para a propriedade de equipamento médico duradouro.....	57
Secção 7.1	Será proprietário do equipamento médico duradouro após ter efetuado um determinado número de pagamentos ao abrigo do nosso plano?	57

SECÇÃO 1 Coisas a saber sobre como obter os seus cuidados médicos enquanto membro do nosso plano

Este capítulo explica o que precisa de saber sobre a utilização do plano para ter os seus cuidados médicos cobertos. Fornece definições de termos e explica as regras que terá de seguir para obter os tratamentos médicos, serviços e outros cuidados médicos que são abrangidos pelo plano.

Para obter detalhes sobre os cuidados médicos abrangidos pelo nosso plano e quanto paga quando recebe esses cuidados, utilize a tabela de benefícios no próximo capítulo, Capítulo 4 (*Tabela de benefícios médicos, o que está coberto e o que paga*).

Secção 1.1	O que são "prestadores de rede" e "serviços cobertos"?
-------------------	---

Aqui estão disponíveis algumas definições que podem ajudá-lo a compreender como obter os cuidados e serviços, que fazem parte da cobertura, enquanto membro do nosso plano:

- **"Prestadores"** são médicos e outros profissionais de saúde licenciados pelo Estado para prestarem serviços e cuidados médicos. O termo "prestadores" inclui também hospitais e outras instalações de cuidados de saúde.
- **"Prestadores de rede"** são os médicos e outros profissionais de saúde, grupos médicos, hospitais e outras instalações de cuidados de saúde que tenham conosco um acordo para aceitar o nosso pagamento e o seu montante de repartição de custos como pagamento na totalidade. No nosso plano, providenciámos a prestação de serviços cobertos aos membros por parte destes prestadores. Os prestadores da nossa rede faturam-nos diretamente pelos cuidados que lhe prestam. Quando vê um prestador da rede, paga apenas a sua parte do custo dos seus serviços.
- **"Serviços cobertos"** incluem todos os cuidados médicos, serviços de cuidados de saúde, suprimentos e equipamento que são abrangidos pelo nosso plano. Os seus serviços cobertos para cuidados médicos estão listados na tabela de benefícios no Capítulo 4.

Secção 1.2	Regras básicas para a cobertura dos seus cuidados médicos pelo plano
-------------------	---

Enquanto plano de saúde da Medicare, o BlueCHiP for Medicare Plus deve cobrir todos os serviços cobertos pelo Original Medicare e deve seguir as regras de cobertura do Original Medicare.

Por norma, o BlueCHiP for Medicare Plus cobrirá os seus cuidados médicos durante o período de tempo que:

- **Os cuidados que recebe estão incluídos na Tabela de benefícios médicos do plano** (esta tabela encontra-se no Capítulo 4 deste folheto).
- **Os cuidados que recebe são considerados clinicamente necessários.** "Clinicamente necessário" significa que os serviços, suprimentos ou medicamentos são necessários para a

prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e cumprem as normas aceites de prática médica.

- **Tem um prestador de cuidados primários da rede (um PCP) que está a prestar e a supervisionar os seus cuidados.** Enquanto membro do nosso plano, deve escolher uma rede de Prestadores de Cuidados Primários (PCP) (para mais informações sobre isto, consulte a Secção 2.1 neste capítulo).
 - Na maioria das situações, a sua rede de Prestadores de Cuidados Primários (PCP) deve dar-lhe aprovação prévia antes de poder utilizar outros prestadores da rede do plano, como especialistas, hospitais, centros de enfermagem especializada ou agências de cuidados de saúde ao domicílio. A isto chamamos "encaminhamento". Para mais informações sobre isto, consulte a Secção 2.3 deste capítulo.
 - Os encaminhamentos dos seus Prestadores de Cuidados Primários (PCP) não são necessários para cuidados de emergência ou serviços necessários com urgência. Também existem alguns outros tipos de cuidados que pode obter sem ter a aprovação prévia dos seus Prestadores de Cuidados Primários (PCP) (para mais informações sobre isto, consulte a Secção 2.2 deste capítulo).
- **Deve receber os seus cuidados de um prestador da rede** (para mais informações sobre isto, consulte a Secção 2 neste capítulo). Na maioria dos casos, os cuidados que receber de um prestador fora da rede (um prestador que não faz parte da rede do nosso plano) não estarão cobertos. *Aqui estão três exceções:*
 - O plano cobre os cuidados de emergência ou serviços necessários com urgência que se obtêm de um prestador de serviços fora da rede. Para mais informações sobre isto, e para ver o significado de serviços de emergência ou necessários com urgência, consulte a Secção 3 neste capítulo.
 - Se necessitar de cuidados médicos que a Medicare exige que sejam cobertos pelo nosso plano e os prestadores da nossa rede não puderem prestar estes cuidados, pode obtê-los de um prestador fora da rede. Deve ser obtida autorização do Plano e/ou de um Responsável pelo Plano antes de se procurar cuidados. Nesta situação, pagará o mesmo que pagaria se recebesse os cuidados de um prestador da rede. Para informações sobre como obter aprovação para consultar um médico fora da rede, consulte a Secção 2.4 neste capítulo.
 - O plano cobre os serviços de diálise renal que se obtêm num centro de diálise certificado pela Medicare quando se está temporariamente fora da área de serviço do plano.

SECÇÃO 2 Utilize os prestadores na rede do plano para obter os seus cuidados médicos

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

O que é um "PCP" (Prestador de Cuidados Primários) e o que é que este faz por si?

Um Prestador de Cuidados Primários (PCP) é um médico de rede que irá prestar e coordenar os seus serviços cobertos. Os Prestadores de Cuidados Primários (PCP) são geralmente médicos especializados em medicina interna ou familiar, que satisfazem os requisitos do estado e são formados para lhe prestar cuidados médicos básicos. Se necessitar de cuidados de um especialista da rede, deve obter um encaminhamento do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP).

Como escolher o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP)?

Deve selecionar um Prestador de Cuidados Primários (PCP) no momento da sua inscrição a partir do Diretório de Prestadores. Se não tiver selecionado um Prestador de Cuidados Primários (PCP) no momento da inscrição, podemos atribuir-lhe um. O nome do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) está impresso no seu cartão de membro do plano. Se esta informação estiver incorreta, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare.

Alterar o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP)

Pode alterar o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) por qualquer razão, a qualquer altura. Além disso, é possível que o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) possa sair da rede de prestadores do nosso plano e teria de encontrar um novo PCP. Para alterar o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP), contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). As alterações ao seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) entrarão em vigor imediatamente após a receção do pedido.

Secção 2.2	Que tipos de cuidados médicos pode obter sem receber a aprovação prévia do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP)?
-------------------	--

Pode obter os serviços listados abaixo sem receber a aprovação prévia do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP).

- Os cuidados de saúde de rotina das mulheres, que incluem exames mamários, mamografias de rastreio (radiografias da mama), testes de Papanicolau e exames pélvicos, desde que os obtenha de um prestador da rede.
- Vacinações contra a gripe, hepatite B e pneumonia, desde que sejam fornecidas por um prestador da rede.
- Serviços de emergência de prestadores da rede ou de prestadores fora da rede.

- Serviços necessários com urgência de prestadores da rede ou de prestadores fora da rede quando os prestadores da rede estão temporariamente indisponíveis ou inacessíveis (p.ex., quando se está temporariamente fora da área de serviço do plano).
- Os serviços de diálise renal que se obtêm num centro de diálise certificado pela Medicare quando se está temporariamente fora da área de serviço do plano. (Se possível, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare antes de deixar a área de serviço para que possamos ajudá-lo a receber uma diálise de manutenção enquanto estiver fora. Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)
- Visitas e exames do gabinete de audição
- Visitas e exames do gabinete de visão
- Serviços ambulatoriais de saúde mental
- Serviços de utilização ambulatoria de substâncias
- Consulte a grelha de benefícios no Capítulo 4 para ver que serviços podem ou não exigir um encaminhamento

Secção 2.3	Como obter cuidados de especialistas e outros prestadores da rede
-------------------	--

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

- Os oncologistas cuidam de doentes com cancro.
- Os cardiologistas cuidam de doentes com problemas cardíacos.
- Os ortopedistas cuidam de pacientes com determinadas doenças ósseas, articulares ou musculares.
- Necessitará de um encaminhamento do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) para ver um especialista da rede BlueCHiP for Medicare. Por favor consulte o Capítulo 4, Secção 2.1 para verificar que serviços necessitam de um encaminhamento.
- Se o seu médico desejar enviá-lo para determinados serviços ou benefícios médicos que requerem autorização prévia, tais como: uma hospitalização em regime de internamento, centros de enfermagem especializada ou outros serviços determinados pela BCBSRI, devem contactar a BCBSRI ou o seu responsável para aprovação prévia, ligando para a Equipa de Gestão de Utilização pelo número 401-272-5670. Estes serviços podem ser analisados pelo Plano antes de se determinar se os serviços serão cobertos. A análise poderá incluir, mas não está limitada a autorização prévia e/ou análise do tratamento continuado pelo Plano e/ou um responsável pelo Plano. Note que embora um especialista possa admiti-lo no hospital sem envolver o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP), deve informar o seu PCP do seu internamento o mais cedo possível para que possam atualizar os seus registos. Geralmente, se receber serviços de um hospital em rede, eles notificarão o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) por si, contudo, contactar o seu PCP após um internamento é sempre uma boa prática. Por favor consulte o Capítulo 4, Secção 2.1 para verificar que serviços necessitam de autorização prévia.

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

Poderemos 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, tem determinados direitos e proteções que estão resumidos abaixo:

- Mesmo que a nossa rede de prestadores possa mudar durante o ano, a Medicare exige que lhe proporcionemos 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 seleccionar 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.

Se necessitar de assistência para encontrar um prestador, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (as informações de contacto estão na contracapa deste folheto).

Secção 2.4	Como obter cuidados de prestadores fora da rede
-------------------	--

Se receber serviços de prestadores não pertencentes ao plano, os serviços não são cobertos a menos que sejam urgentes ou emergentes, serviços de diálise fora da área, serviços autorizados do plano ou os serviços não possam ser prestados dentro da rede da BCBSRI e o plano tenha aprovado a cobertura destes serviços fora da rede. Se o cliente ou o seu prestador acreditar que é clinicamente necessário que o serviço seja prestado por um prestador não planeado, você ou o seu prestador pode contactar a Equipa de Gestão de Utilização pelo número 401-272-5670 ou por fax, para 401-272-8885, para solicitar autorização prévia para serviços fora da rede. Também pode solicitar autorização prévia por escrito, enviando o seu pedido para:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Attn: Gestão de Utilização
500 Exchange Street
Providence, RI 02903

SECÇÃO 3 Como obter serviços cobertos quando se tem uma emergência, necessidade urgente de cuidados ou durante uma catástrofe

Secção 3.1 Obtenção de cuidados se tiver uma emergência médica
--

O que é uma "emergência médica" e o que deve fazer se a tiver?

Uma "**emergência médica**" é quando você ou qualquer outro leigo prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vidas, perda de um membro ou perda de função de um membro. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que se está a agravar rapidamente.

Se tiver uma emergência médica:

- **Procure ajuda o mais rapidamente possível.** Ligue para o 911 para obter ajuda ou dirija-se ao serviço de urgências ou hospital mais próximo. Chame uma ambulância se precisar dela. *Não* é necessário obter primeiro a aprovação ou um encaminhamento do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP).

O que está coberto se tiver uma emergência médica?

Pode obter cuidados médicos de emergência cobertos sempre que precisar, em qualquer parte dos Estados Unidos ou do mundo. O nosso plano abrange serviços de ambulância em situações em que chegar à sala de urgências de qualquer outra forma poderia pôr em risco a sua saúde. Para mais informações, consulte a Tabela de benefícios médicos no Capítulo 4 deste folheto.

O plano oferece um benefício suplementar que abrange a cobertura mundial de emergência/urgente e serviços de ambulância fora dos EUA e dos seus territórios para o hospital ou centro de cuidados urgentes. Consulte a Tabela de benefícios médicos no Capítulo 4 para obter mais informações.

Se tiver uma emergência, falaremos com os médicos que lhe estão a prestar cuidados de emergência para ajudarem a gerir e acompanhar os seus cuidados. Os médicos que lhe prestam cuidados de emergência decidirão quando o seu quadro fica estável e a emergência médica termina.

Depois de a emergência ter terminado, tem direito a cuidados de acompanhamento para se certificar de que o seu quadro continua estável. Os seus cuidados de acompanhamento serão cobertos pelo nosso plano. Se os seus cuidados de emergência forem prestados por prestadores fora da rede, tentaremos fazer com que prestadores da rede assumam os seus cuidados assim que a sua condição médica e as circunstâncias o permitirem.

E se não tiver sido uma emergência médica?

Por vezes, pode ser difícil saber se se tem uma emergência médica. Por exemplo, poderá ser admitido para cuidados de emergência – pensando que a sua saúde está em sério risco – e o médico poderá dizer que afinal não se tratava de uma emergência médica. Se se verificar que não foi uma emergência, desde que pensasse razoavelmente que a sua saúde estava em sério risco, cobriremos os seus cuidados.

Contudo, após o médico ter dito que *não* era uma emergência, cobriremos os cuidados adicionais *apenas* se receber os cuidados adicionais de uma destas duas formas:

- Se for a um prestador da rede para obter os cuidados adicionais.
- – *ou* – Se os cuidados adicionais que receber forem considerados "serviços necessários com urgência" e seguirem as regras para obter estes serviços necessários com urgência (para obter mais informações sobre isto, consulte a Secção 3.2 abaixo).

Secção 3.2	Obter cuidados quando tem uma necessidade urgente de serviços
-------------------	--

O que são "serviços necessários com urgência"?

Os "serviços necessários com urgência" são doenças médicas não urgentes, imprevistas, enfermidades ou condições que requerem cuidados médicos imediatos. Os serviços necessários com urgência podem ser fornecidos por prestadores da rede ou por prestadores fora da rede quando os prestadores da rede estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis. A doença imprevista pode, por exemplo, ser um surto imprevisto de uma doença conhecida que se tenha.

E se estiver na área de serviço do plano quando tiver uma necessidade urgente de cuidados?

Deve sempre tentar obter serviços urgentemente necessários da parte dos prestadores da rede. No entanto, se os prestadores estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis e não for razoável esperar para obter cuidados do seu prestador da rede quando a rede estiver disponível, cobriremos os serviços necessários com urgência que lhe forem prestados por um prestador fora da rede.

Para localizar um centro de cuidados urgentes enquanto estiver na área de serviço do plano, por favor consulte o seu Diretório de Prestadores do BlueCHiP for Medicare. Pode também utilizar a nossa ferramenta online *Encontrar um Médico*. Tanto o diretório como a ferramenta *Encontrar um Médico* estão disponíveis no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare. Também pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) para obter assistência na localização de um centro de cuidados urgentes da rede.

E se estiver fora da área de serviço do plano quando tiver uma necessidade urgente de cuidados?

Quando estiver fora da área de serviço e não conseguir obter cuidados de um prestador da rede, o nosso plano cobrirá os serviços necessários com urgência que obtenha de qualquer prestador.

O nosso plano cobre os serviços mundiais de emergência e de cuidados urgentes fora dos Estados Unidos, nas seguintes circunstâncias:

- Emergência médica – sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vidas, perda de um membro ou perda de função de um membro.
- Serviços de cuidados urgentes - doença médica não urgente, imprevista, ferimentos ou doença que requeira cuidados médicos imediatos.

Secção 3.3	Obtenção de cuidados durante uma catástrofe
-------------------	--

Se o Governador do seu estado, o Secretário de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, ou o Presidente dos Estados Unidos declarar um estado de catástrofe ou emergência na sua área geográfica, ainda tem direito a receber cuidados do seu plano.

Por favor visite o seguinte site: www.riema.ri.gov para obter informações sobre como receber os cuidados necessários durante uma catástrofe.

Geralmente, se não puder utilizar um prestador da rede durante uma catástrofe, o seu plano permitir-lhe-á obter cuidados de prestadores fora da rede com repartição de custos na rede. Se não puder utilizar uma farmácia da rede durante uma catástrofe, poderá conseguir preencher os seus medicamentos prescritos numa farmácia fora da rede. Para obter mais informações, por favor consulte o Capítulo 5, Secção 2.5.

SECÇÃO 4

E se lhe for cobrado diretamente o custo total dos seus serviços cobertos?

Secção 4.1	Pode pedir-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos serviços cobertos
-------------------	---

Se tiver pago mais do que a sua parte por serviços cobertos, ou se tiver recebido uma conta pelo custo total dos serviços médicos cobertos, consulte o Capítulo 7 (*Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos*) para obter informações sobre o que fazer.

Secção 4.2	Se os serviços não estiverem cobertos pelo nosso plano, deverá pagar o custo total
-------------------	---

O BlueCHiP for Medicare Plus cobre todos os serviços médicos medicamente necessários; estes serviços estão listados na Tabela de benefícios médicos do plano (esta tabela encontra-se no Capítulo 4 deste folheto), e são obtidos de acordo com as regras do plano. É responsável pelo pagamento do custo total dos serviços que não são cobertos pelo nosso plano, seja porque não são serviços cobertos pelo plano ou porque foram obtidos fora da rede e não foram autorizados.

Se tiver alguma dúvida sobre se pagaremos por qualquer serviço ou cuidados médicos que esteja a considerar, tem o direito de nos perguntar se os iremos cobrir antes de os obter. Também tem o direito de pedir isto por escrito. Se dissermos que não cobriremos os seus serviços, tem o direito de recorrer da nossa decisão de não cobrir os seus cuidados.

O Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*) tem mais informações sobre o que fazer se quiser uma decisão de cobertura da nossa parte ou se quiser recorrer de uma decisão que já tenhamos tomado. Também pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare para obter mais informações (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Para serviços cobertos que têm uma limitação de benefícios, paga o custo total de quaisquer serviços que obtenha depois de ter esgotado o seu benefício para esse tipo de serviço coberto. Estes custos não se aplicarão ao seu máximo por inteiro.

Pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare quando quiser saber quanto do seu limite de benefícios já utilizou.

SECÇÃO 5 **Como são cobertos os seus serviços médicos quando se encontrar num "estudo de investigação clínica"?**

Secção 5.1	O que é um "estudo de investigação clínica"?
-------------------	---

Um estudo de investigação clínica (também denominado de "ensaio clínico") é uma forma de médicos e cientistas testarem novos tipos de cuidados médicos, como por exemplo, quão bem funciona um novo medicamento contra o cancro. Testam novos procedimentos de cuidados médicos ou medicamentos solicitando a ajuda de voluntários para o estudo. Este tipo de estudo é uma das fases finais de um processo de investigação que ajuda médicos e cientistas a verificar se uma nova abordagem funciona e se é segura.

Nem todos os estudos de investigação clínica estão abertos aos membros do nosso plano. A Medicare necessita primeiro de aprovar o estudo de investigação. Se participar num estudo que a Medicare *não* tenha aprovado, *será responsável pelo pagamento de todos os custos da sua participação no estudo.*

Assim que a Medicare aprovar o estudo, alguém que trabalha no estudo entrará em contacto consigo para lhe explicar mais sobre o estudo e ver se cumpre os requisitos estabelecidos pelos cientistas que estão a realizar o estudo. Pode participar no estudo, desde que cumpra os requisitos

para o estudo e tenha uma compreensão e aceitação total do que está envolvido se participar no estudo.

Se participar num estudo aprovado pela Medicare, o Original Medicare paga a maior parte dos custos dos serviços cobertos que recebe enquanto parte do estudo. Quando estiver num estudo de investigação clínica, poderá permanecer inscrito no nosso plano e continuar a receber o resto dos seus cuidados (os cuidados que não estão relacionados com o estudo) através do nosso plano.

Se desejar participar num estudo de investigação clínica aprovado por um médico, *não* necessita de obter aprovação da nossa parte ou do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP). Os prestadores que prestam os seus cuidados como parte do estudo de investigação clínica *não* precisam de fazer parte da rede de prestadores do nosso plano.

Embora não precise de obter a permissão do nosso plano para estar num estudo de investigação clínica, **precisa de nos informar antes de começar a participar num estudo de investigação clínica.**

Se planeia participar num estudo de investigação clínica, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) para os informar de que irá participar num ensaio clínico e para saber mais detalhes específicos sobre o que o seu plano irá pagar.

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

Assim que participar num estudo de investigação clínica aprovado pela Medicare, fica coberto para artigos e serviços de rotina que recebe como parte do estudo, inclusive:

- Quarto e alimentação para uma hospitalização que a Medicare pagaria mesmo que não estivesse num estudo.
- Uma cirurgia ou outro procedimento médico, se fizer parte do estudo de investigação.
- Tratamento de efeitos secundários e das complicações dos novos cuidados.

O Original Medicare paga a maior parte dos custos dos serviços cobertos que recebe enquanto parte do estudo. Depois de a Medicare ter pago a sua parte dos custos destes serviços, o nosso plano pagará também uma parte dos custos. Pagaremos a diferença entre a repartição de custos no Original Medicare e a sua repartição de custos enquanto membro do nosso plano. Isto significa que pagará pelos serviços que recebe enquanto parte do estudo o mesmo montante que pagaria se recebesse esses serviços do nosso plano.

Aqui está um exemplo de como funciona a repartição de custos: Digamos que tem um teste de laboratório que custa \$100 como parte do estudo de investigação. Digamos também que a sua parte dos custos deste teste é de \$20 ao abrigo do Original Medicare, mas o teste seria de \$10 ao abrigo dos benefícios do nosso plano. Neste caso, o Original

Medicare pagaria \$80 pelo teste e nós pagaríamos outros \$10. Isto significa que pagaria \$10, que é o mesmo montante que pagaria ao abrigo dos benefícios do nosso plano.

Para que possamos pagar a nossa parte dos custos, terá de apresentar um pedido de pagamento. Com o seu pedido, terá de nos enviar uma cópia das suas Notas Sumárias da Medicare ou outra documentação que mostre que serviços recebeu enquanto parte do estudo e quanto deve. Para mais informações sobre a apresentação de pedidos de pagamento, por favor consulte o Capítulo 7.

Quando faz parte de um estudo de investigação clínica, **nem a Medicare nem o nosso plano pagarão por qualquer um dos seguintes:**

- Geralmente, a Medicare *não* pagará pelo novo artigo ou serviço que o estudo está a testar, a não ser que a Medicare cubra o artigo ou serviço, mesmo que *não* estivesse num estudo.
- Artigos e serviços que o estudo lhe oferece a si ou a qualquer participante gratuitamente.
- Artigos ou serviços fornecidos apenas para recolher dados e não utilizados nos seus cuidados de saúde diretos. Por exemplo, a Medicare não pagaria por tomografias computadorizadas mensais feitas como parte do estudo se a sua condição médica normalmente exigisse apenas uma tomografia computadorizada.

Quer saber mais?

Pode obter mais informações sobre como aderir a um estudo de investigação clínica lendo a publicação "A Medicare e estudos de investigação clínica" no site da Medicare (www.medicare.gov).

Também 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.

SECÇÃO 6 Regras para obter cuidados cobertos numa "instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos".

Secção 6.1	O que é uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos?
-------------------	--

Uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos é uma instituição que presta cuidados por uma doença que normalmente seria tratada num hospital ou num centro de enfermagem especializada. Se receber cuidados num hospital ou num centro de enfermagem especializado for contra as crenças religiosas de um membro, providenciaremos, em vez disso, cobertura para cuidados numa instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos. Pode optar por prosseguir com os cuidados médicos a qualquer altura e por qualquer razão. Este benefício é fornecido apenas para serviços de internamento da Parte A (serviços de cuidados de saúde não-médicos). A Medicare pagará apenas os serviços de saúde não-médicos prestados por instituições religiosas de cuidados de saúde não-médicos.

Secção 6.2	Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos
-------------------	---

Para obter cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos, deve assinar um documento legal que diga que se opõe conscienciosamente à obtenção de tratamento médico que seja "não isento".

- Os cuidados ou tratamentos médicos "não isentos" são quaisquer cuidados ou tratamentos médicos *voluntários e não exigidos* por qualquer lei federal, estadual ou local.
- O tratamento médico "isento" refere-se a cuidados ou tratamentos médicos que recebe e que *não* são voluntários ou *exigidos* pela lei federal, estadual ou local.

Para serem cobertos pelo nosso plano, os cuidados que recebe de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos devem satisfazer as seguintes condições:

- O centro que presta os cuidados deve ser certificado pela Medicare.
- A cobertura dos serviços do plano que recebe limita-se aos aspetos *não-religiosos* dos cuidados.
- Se receber serviços desta instituição que lhe sejam prestados num centro, aplicam-se as seguintes condições:
 - Deve ser portador de uma condição médica que lhe permita receber serviços cobertos para cuidados hospitalares em regime de internamento ou cuidados de enfermagem especializados.
 - – e – deve obter a aprovação prévia do nosso plano antes de ser admitido no centro ou a sua estadia não ficará coberta.

Este benefício aplicará a mesma cobertura e limites que o seu benefício hospitalar em regime de internamento. Para obter detalhes sobre os cuidados médicos abrangidos pelo nosso plano e quanto paga quando faz a repartição dos custos quando recebe estes cuidados, utilize a tabela de benefícios no Capítulo 4 (*Tabela de benefícios médicos, o que está coberto e o que paga*).

SECÇÃO 7 **Regras para a propriedade de equipamento médico duradouro**

Secção 7.1	Será proprietário do equipamento médico duradouro após ter efetuado um determinado número de pagamentos ao abrigo do nosso plano?
-------------------	--

O equipamento médico duradouro (DME) inclui artigos como equipamento e suprimentos de oxigénio, cadeiras de rodas, andarilhos, sistemas de colchões motorizados, muletas, suprimentos para diabéticos, dispositivos geradores de fala, bombas de infusão IV, nebulizadores e camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização em casa. O membro é sempre

proprietário de determinados artigos, tais como próteses. Nesta secção, falamos de outros tipos de Equipamento Médico Duradouro (DME) que devem ser alugados.

No Original Medicare, as pessoas que alugam determinados tipos de Equipamento Médico Duradouro (DME) ficam com a propriedade do equipamento depois de pagarem copagamentos pelo artigo durante 13 meses. Enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Plus, no entanto, por norma não ficará com a propriedade de artigos de Equipamento Médico Duradouro (DME) alugados, independentemente de quantos copagamentos fizer para o artigo enquanto membro do nosso Plano. Em determinadas circunstâncias limitadas, transferiremos a propriedade do artigo de Equipamento Médico Duradouro (DME) para si. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) para se informar sobre os requisitos que deve cumprir e a documentação que deve fornecer.

O que acontece aos pagamentos que efetuou por equipamento médico duradouro se mudar para o Original Medicare?

Se não tiver adquirido a propriedade do artigo de Equipamento Médico Duradouro (DME) enquanto estiver no nosso plano, terá de fazer 13 novos pagamentos consecutivos depois de mudar para o Original Medicare a fim de ser proprietário do artigo. Os pagamentos que fez enquanto estava no nosso plano não contam para estes 13 pagamentos consecutivos.

Se efetuou menos de 13 pagamentos para o artigo de Equipamento Médico Duradouro (DME) ao abrigo do Original Medicare *antes* de aderir ao nosso plano, os seus pagamentos anteriores também não contam para os 13 pagamentos consecutivos. Terá de efetuar 13 novos pagamentos consecutivos depois de regressar ao Original Medicare para ser proprietário do artigo. Não existem exceções a este caso quando se regressa ao Original Medicare.

SECÇÃO 8 Regras para Equipamento de Oxigénio, Suprimentos e Manutenção

Secção 8.1	A que benefícios de oxigénio tem direito?
-------------------	--

Se se qualificar para a cobertura de equipamento de oxigénio Medicare, então, enquanto estiver inscrito, o BlueCHiP for Medicare Plus cobrirá:

- Aluguer de equipamento de oxigénio
- Entrega de oxigénio e conteúdos de oxigénio
- Tubagem e acessórios de oxigénio relacionados para o fornecimento de oxigénio e conteúdos de oxigénio
- Manutenção e reparação de equipamento de oxigénio

Se deixar o BlueCHiP for Medicare Plus ou se já não necessitar, a nível médico, de equipamento de oxigénio, então o equipamento de oxigénio deve ser devolvido ao proprietário.

Secção 8.2	Qual é a sua repartição de custos? Irá mudar ao fim de 36 meses?
-------------------	---

A sua repartição de custos para a cobertura do equipamento de oxigénio Medicare é de 20 % de comparticipação, todos os meses.

A sua repartição de custos não mudará depois de estar inscrito durante 36 meses no BlueCHiP for Medicare Plus.

Secção 8.3	O que acontece se deixar o seu plano e regressar ao Original Medicare?
-------------------	---

Se regressar ao Original Medicare, então inicia um novo ciclo de 36 meses que se renova de cinco em cinco anos. Por exemplo, se tiver pago o aluguer do equipamento de oxigénio durante 36 meses antes de aderir ao BlueCHiP for Medicare Plus, aderir ao BlueCHiP for Medicare Plus durante 12 meses e depois regressar ao Original Medicare, pagará a repartição total dos custos da cobertura do equipamento de oxigénio.

Da mesma forma, se efetuou pagamentos durante 36 meses enquanto esteve inscrito no BlueCHiP for Medicare Plus e depois regressar ao Original Medicare, pagará a repartição total dos custos da cobertura do equipamento de oxigénio.

CAPÍTULO 4

*Tabela de benefícios médicos
(o que está coberto e
o que paga)*

Capítulo 4. Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)

SECÇÃO 1	Compreender os seus custos por inteiro de serviços cobertos	62
Secção 1.1	Tipos de custos por inteiro que poderá pagar pelos seus serviços cobertos..	62
Secção 1.2	Qual é o valor máximo que pagará por serviços médicos cobertos?.....	62
Secção 1.3	O nosso plano não permite que lhe seja exigida uma "faturação de saldo" pelos prestadores.....	63
SECÇÃO 2	Utilize a <i>Tabela de benefícios médicos</i> para saber o que está coberto para si e quanto irá pagar	63
Secção 2.1	Os seus benefícios e custos médicos enquanto membro do plano	63
SECÇÃO 3	Que serviços não estão cobertos pelo plano?	108
Secção 3.1	Serviços que <i>não</i> cobrimos (exclusões)	108

SECÇÃO 1 Compreender os seus custos por inteiro de serviços cobertos

Este capítulo centra-se nos seus serviços cobertos e no que paga pelos seus benefícios médicos. Inclui uma Tabela de benefícios médicos que lista os seus serviços cobertos e mostra quanto pagará por cada serviço coberto enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Plus. Mais adiante, neste capítulo, poderá encontrar informações sobre serviços médicos que não são cobertos. Explica também os limites em determinados serviços.

Secção 1.1 Tipos de custos por inteiro que poderá pagar pelos seus serviços cobertos

Para compreender as informações de pagamento que lhe damos neste capítulo, precisa de saber sobre os tipos de custos por inteiro que poderá pagar pelos seus serviços cobertos.

- Um "**copagamento**" é o montante fixo que paga de cada vez que recebe determinados serviços médicos. Paga um copagamento no momento em que recebe o serviço médico. (A Tabela de benefícios médicos na Secção 2 diz-lhe mais sobre os seus copagamentos).
- "**Comparticipação**" é a percentagem que paga do custo total de determinados serviços médicos. Paga uma participação no momento em que recebe o serviço médico. (A Tabela de benefícios médicos na Secção 2 diz-lhe mais sobre a sua participação).

A maioria das pessoas que se qualificam para o Medicaid ou para o programa de Beneficiário Qualificado Medicare (QMB) nunca devem pagar franquias, copagamentos ou participações. Não se esqueça de mostrar ao seu prestador a sua prova de elegibilidade Medicaid ou Beneficiário Qualificado Medicare (QMB), se aplicável. Se achar que lhe está a ser pedido que pague indevidamente, contacte a Equipa de Concierge da Medicare.

Secção 1.2 Qual é o valor máximo que pagará por serviços médicos cobertos?

Como está inscrito num Plano Medicare Advantage, existe um limite de quanto tem de pagar por inteiro todos os anos por serviços médicos na rede que são cobertos pelo plano (consulte a Tabela de benefícios médicos na Secção 2, abaixo). Este limite é chamado de montante máximo por inteiro por serviços médicos.

Enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Plus, o máximo que terá de pagar por inteiro por serviços na rede cobertos pela Parte A e Parte B em 2021 é de \$2,800. Os montantes pagos por copagamentos e a participação por serviços cobertos na rede contam para este montante máximo por inteiro. (Os montantes que paga pelos prémios do seu plano e pelos seus medicamentos prescritos da Parte D não contam para o seu montante máximo de custos por inteiro.) Além disso, os montantes que paga por alguns serviços não contam para o seu montante máximo de custos por inteiro. Estes serviços estão marcados em *itálico* na Tabela de benefícios médicos. Se atingir o montante máximo por inteiro de \$2,800, não terá de pagar quaisquer custos por inteiro durante o resto do ano para serviços na rede cobertos pela Parte A e Parte B. No entanto, deve continuar a pagar o seu prémio do plano e o prémio Medicare Parte B (a não ser que o seu prémio da Parte B seja pago por si pela Medicaid ou por um outro terceiro).

Secção 1.3 O nosso plano não permite que lhe seja exigida uma "faturação de saldo" pelos prestadores

Enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Plus, uma proteção importante para si é que só tem de pagar o seu montante de repartição de custos quando obtém serviços cobertos pelo nosso plano. Não permitimos que os prestadores adicionem encargos adicionais separados, denominados de "faturação de saldo". Esta proteção (que nunca pague mais do que o seu montante de repartição de custos) aplica-se mesmo que paguemos ao prestador menos, do que este cobra, por um serviço e mesmo que exista um litígio e não paguemos determinados encargos do prestador.

Eis como funciona esta proteção:

- Se a sua repartição de custos for um copagamento (um montante fixo de dólares, por exemplo, \$15,00), então paga apenas esse montante por quaisquer serviços cobertos de um prestador da rede.
- Se a sua repartição de custos for uma comparticipação (uma percentagem dos encargos totais), então nunca pagará mais do que essa percentagem. No entanto, o seu custo depende do tipo de prestador que consulta:
 - Se receber os serviços cobertos de um prestador da rede, paga a percentagem da comparticipação multiplicada pela taxa de reembolso do plano (conforme determinado no contrato entre o prestador e o plano).
 - Se receber os serviços cobertos de um prestador fora da rede que participa com a Medicare, pagará a percentagem de comparticipação multiplicada pela taxa de pagamento Medicare para os prestadores participantes. (Lembre-se, o plano cobre serviços de prestadores fora da rede apenas em determinadas situações, como quando recebe um encaminhamento).
 - Se receber os serviços cobertos de um prestador fora da rede que não participa com a Medicare, pagará a percentagem de comparticipação multiplicada pela taxa de pagamento Medicare para os prestadores não-participantes. (Lembre-se, o plano cobre serviços de prestadores fora da rede apenas em determinadas situações, como quando recebe um encaminhamento).
- Se achar que um prestador lhe fez uma "faturação de saldo", contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

SECÇÃO 2 Utilize a *Tabela de benefícios médicos* para saber o que está coberto para si e quanto irá pagar

Secção 2.1 Os seus benefícios e custos médicos enquanto membro do plano

A Tabela de benefícios médicos nas páginas seguintes lista os serviços que o BlueCHiP for Medicare Plus cobre e o que se paga por inteiro por cada serviço. Os serviços listados na Tabela de benefícios médicos são cobertos apenas quando os seguintes requisitos de cobertura são cumpridos:

- Os seus serviços cobertos pela Medicare devem ser prestados de acordo com as diretrizes de cobertura estabelecidas pela Medicare.

- Os seus serviços (incluindo cuidados médicos, serviços, suprimentos e equipamento) *devem* ser clinicamente necessários. "Clinicamente necessário" significa que os serviços, suprimentos ou medicamentos são necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e cumprem as normas aceites de prática médica.
- Recebe os seus cuidados de um prestador da rede. Na maioria dos casos, os cuidados que receber de um prestador fora da rede não estarão cobertos. O Capítulo 3 fornece mais informações sobre os requisitos para a utilização de prestadores da rede e as situações em que iremos cobrir serviços de um prestador fora da rede.
- Tem um prestador de cuidados primários (um PCP) que está a prestar e a supervisionar os seus cuidados. Na maioria das situações, o seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) deve dar-lhe aprovação prévia antes de poder consultar outros prestadores na rede do plano. A isto chamamos "encaminhamento". O Capítulo 3 fornece mais informações sobre a obtenção de um encaminhamento e as situações em que não é necessário um encaminhamento.
- Alguns dos serviços listados na Tabela de benefícios médicos *só* são cobertos se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver aprovação prévia (por vezes denominada de "autorização prévia") da nossa parte. Os serviços cobertos que necessitam de aprovação prévia estão marcados na Tabela de benefícios médicos com uma nota de rodapé (1).
- Alguns dos montantes que paga por alguns serviços não contam para o seu montante máximo de custos por inteiro. Os serviços que não vão de encontro ao seu montante máximo por inteiro estão marcados na Tabela de benefícios médicos a itálico.

Outras coisas importantes a saber sobre a nossa cobertura:

- Como todos os planos de saúde da Medicare, cobrimos tudo o que o Original Medicare cobre. Por alguns destes benefícios, paga *mais* no nosso plano do que pagaria no Original Medicare. Por outros, paga *menos*. (Se quiser saber mais sobre a cobertura e custos do Original Medicare, consulte o seu manual *Medicare e Você 2021*. Consulte o manual online em www.medicare.gov ou peça uma cópia ligando 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.)
- Para todos os serviços preventivos que são cobertos sem custos ao abrigo do Original Medicare, também cobrimos o serviço sem quaisquer custos para si. No entanto, se também for tratado ou monitorizado por uma condição médica existente durante a visita quando receber o serviço preventivo, será aplicado um copagamento para os cuidados recebidos para a condição médica existente.
- Por vezes, a Medicare acrescenta cobertura ao abrigo do Original Medicare para novos serviços durante o ano. Se a Medicare acrescentar cobertura para quaisquer serviços durante 2021, tanto a Medicare como o nosso plano cobrirão esses serviços.

Informação importante de benefícios para inscritos com determinadas doenças crónicas

- Se lhe for(em) diagnosticada(s) a(s) seguinte(s) doença(s) crónica(s) identificada(s) abaixo e cumprir determinados critérios, poderá ser elegível para outros benefícios suplementares específicos e/ou repartição reduzida de custos específicos:


Capítulo 4. Tabela de benefícios médicos (**o que está coberto e o que paga**)

- Diabetes e/ou Doença Coronária (CAD)
- Os membros poderão receber serviços dentários adicionais delineados na tabela correspondente. Será notificado pelo plano
- Por favor consulte a linha "Benefícios Especiais Suplementares para Doentes Crónicos" na Tabela de Prestações Médicas correspondente para obter mais detalhes.









Verá esta maçã ao lado dos serviços de prevenção na tabela de benefícios.


Tabela de benefícios médicos

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHIP For Medicare Plus
 Rastreo de aneurisma da aorta abdominal Um ultrassom de rastreio único para pessoas em risco. O plano cobre apenas este rastreio se tiver determinados fatores de risco e se receber um encaminhamento do seu médico, assistente médico, enfermeiro clínico ou enfermeiro especialista em enfermagem clínica.	Não existe comparticipação, copagamento ou franquias para os membros elegíveis para este rastreio preventivo.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Acupuntura para dor lombar crónica</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <p>Até 12 visitas em 90 dias são cobertas para os beneficiários da Medicare nas seguintes circunstâncias:</p> <p>Para efeitos deste benefício, a dor lombar crónica é definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duração de 12 semanas ou mais; • não específica, na medida em que não tem causa sistémica identificável (ou seja, não associada a doença metastática, inflamatória, infecciosa, etc.); • não associada a cirurgia; e • não associada a gravidez. <p>Serão cobertas oito sessões adicionais para os doentes que demonstrem uma melhoria. Não podem ser administrados mais de 20 tratamentos de acupuntura anualmente.</p> <p>O tratamento deve ser interrompido se o paciente não estiver a melhorar ou se estiver a regredir.</p> <p>A avaliação inicial (para um novo paciente) é coberta quando efetuada somente por um médico licenciado em Acupuntura (D.Acu.) ou por um médico (Doutor em Medicina (MD) ou Doutor em Medicina Osteopática (DO) licenciado pelo estado de Rhode Island)*.</p>	<p>\$15 copagamento por visita.</p>
<p>Serviços de ambulância⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os serviços de ambulância cobertos incluem serviços de asa fixa, asa rotativa e ambulância terrestre, para o centro apropriado mais próximo que possa prestar cuidados se forem fornecidos a um membro cujo estado de saúde seja tal que outros meios de transporte possam pôr em risco a saúde da pessoa ou se forem autorizados pelo plano. • O transporte não urgente de ambulância é apropriado se for documentado que o estado do membro é tal que outros meios de transporte podem colocar em risco a saúde da pessoa e que o transporte de ambulância é clinicamente necessário. • Os serviços de ambulância de emergência estão cobertos em todo o mundo. <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>\$75 copagamento por viagem de ida.</p>




Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Exame físico anual Coberto uma vez por ano.</p> <p>Um exame realizado por um prestador de cuidados primários, enfermeiro clínico ou assistente médico que analisa o seu historial médico e medicamentoso e inclui um exame físico abrangente. Os Exames Físicos Anuais incluem um exame mais abrangente do que uma visita anual de bem-estar.</p>	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia para exame físico anual.</p>
<p> Visita anual de bem-estar Se tiver a Parte B há mais de 12 meses, pode receber uma visita anual de bem-estar para desenvolver ou atualizar um plano de prevenção personalizado com base no seu estado de saúde atual e fatores de risco. Esta é coberta uma vez a cada 12 meses.</p> <p>Nota: A sua primeira visita anual de bem-estar não pode ter lugar nos 12 meses seguintes à sua visita preventiva "Bem-vindo à Medicare". No entanto, não é necessário ter tido uma visita "Bem-vindo à Medicare" para estar coberto para visitas anuais de bem-estar depois de ter tido a Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia para a visita anual de bem-estar.</p>
<p> Medição de massa óssea Para indivíduos qualificados (geralmente, isto significa pessoas em risco de perder massa óssea ou em risco de osteoporose), os serviços que se seguem são cobertos de 24 em 24 meses ou com maior frequência se for clinicamente necessário: procedimentos para identificar massa óssea, detetar perda óssea ou determinar a qualidade óssea, incluindo a interpretação dos resultados por parte de um médico.</p>	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia para a medição da massa óssea coberta pela Medicare.</p>
<p> Rastreio do cancro da mama (mamografias) Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma mamografia de base com idades compreendidas entre os 35 e 39 anos • Uma mamografia de rastreio a cada 12 meses para mulheres com 40 anos ou mais • Exames clínicos mamários uma vez a cada 24 meses (anualmente, se efetuados como parte do exame físico anual pelo seu prestador de cuidados primários) 	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia para mamografias de rastreio cobertas.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Serviços de reabilitação cardíaca⁽¹⁾ Programas abrangentes de serviços de reabilitação cardíaca que incluem exercício, educação e aconselhamento estão cobertos para os membros que satisfazem determinadas condições com uma ordem médica. O plano abrange também programas de reabilitação cardíaca intensiva que são tipicamente mais rigorosos ou mais intensos do que os programas de reabilitação cardíaca.</p> <p>O benefício inclui até um máximo de duas (2) sessões de uma hora por dia de serviços de reabilitação cardíaca (coração) por curso de tratamento, não excedendo as 36 semanas.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>\$0 copagamento por tratamento.</p>
<p> Visita de redução do risco de doenças cardiovasculares (terapia para doenças cardiovasculares) Cobrimos uma visita por ano com o seu médico de cuidados primários para ajudar a diminuir o seu risco de doença cardiovascular. Durante esta visita, o seu médico pode discutir o uso de aspirinas (se apropriado), verificar a sua tensão arterial e dar-lhe dicas para se certificar de que se está a alimentar de forma saudável.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o benefício preventivo de doenças cardiovasculares de terapia comportamental intensiva.</p>
<p> Testes de doenças cardiovasculares Testes sanguíneos para a deteção de doenças cardiovasculares (ou anomalias associadas a um risco elevado de doença cardiovascular) uma vez a cada 5 anos (60 meses).</p>	<p>Não existe qualquer comparticipação, copagamento ou franquia que seja coberto/a uma vez a cada 5 anos para testes de doenças cardiovasculares.</p>
<p> Rastreio de cancro do colo do útero e vaginal Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas as mulheres: Os testes de Papanicolau e os exames pélvicos estão cobertos uma vez a cada 24 meses • Se estiver em risco elevado de cancro do colo do útero ou vaginal ou se estiver em idade fértil e tiver feito um teste de Papanicolau anormal nos últimos 3 anos: um teste de Papanicolau a cada 12 meses 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para testes de Papanicolau e exames pélvicos cobertos pela Medicare.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Serviços quiropráticos* Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobrimos apenas a manipulação manual da coluna vertebral para corrigir a subluxação <p>*É necessário um encaminhamento para que os serviços sejam cobertos por este plano.</p>	<p>\$20 copagamento por visita.</p>
<p> Rastreo de cancro colorretal Para pessoas com 50 anos ou mais, estão cobertos os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexível (ou rastreo de clister de bário como alternativa) a cada 48 meses <p>Um dos seguintes a cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teste de sangue oculto fecal à base de guaiaco (gFOBT) • Teste imunoquímico fecal (FIT) <p>Rastreo colorretal baseado em ADN a cada 3 anos</p> <p>Para pessoas com elevado risco de cancro colorretal, cobrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de rastreo (ou rastreo de clister de bário como alternativa) a cada 24 meses <p>Para pessoas que não correm um risco elevado de cancro colorretal, cobrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de rastreo a cada 10 anos (120 meses), mas não no espaço de 48 meses após uma sigmoidoscopia de rastreo 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para um exame de rastreo do cancro colorretal coberto pela Medicare.</p> <p>Se uma colonoscopia de rastreo resultar em biopsia ou remoção de qualquer crescimento durante o procedimento, a repartição de custos para cirurgia ambulatoria não será aplicada.</p> <p>As colonoscopias diagnósticas aplicarão o copagamento de teste diagnóstico ambulatorio. Os rastreios de colonoscopia que excederem a permissão preventiva aplicarão o copagamento do teste diagnóstico.</p>
<p>Próteses Cranianas (Perucas) <i>O plano fornecerá uma cobertura de até \$350 a cada três anos para a compra de uma peruca com um diagnóstico de cancro. As reclamações devem ser apresentadas pelo prestador.</i></p>	<p><i>O plano fornecerá até \$350 a cada três (3) anos.</i></p> <p><i>Pagará qualquer saldo remanescente. Os montantes pagos não atingem os montantes máximos por inteiro.</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Serviços de medicina dentária⁽¹⁾ Em geral, os serviços preventivos de medicina dentária (tais como limpeza, exames dentários de rotina e radiografias dentárias) não são cobertos pelo Original Medicare.</p> <p>Cobrimos: Cuidados dentários não rotineiros cobertos pela Medicare (os serviços cobertos limitam-se à cirurgia do maxilar ou estruturas afins, ajuste de fraturas do maxilar ou ossos faciais, extração de dentes para preparar o maxilar para tratamentos de radiação de doenças neoplásicas cancerosas ou serviços que estariam cobertos quando prestados por um médico)</p>	20 % participação para serviços dentários cobertos
<p>Serviços Preventivos: Exames de Serviços Preventivos/Diagnósticos <i>Um (1) exame oral de rotina inicial ou periódico por ano civil, incluindo o diagnóstico e o mapeamento. (Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D0120, D0140, D0150 estarão cobertos para os serviços acima referidos).</i></p> <p>Limpezas (profilaxia) <i>Duas (2) limpezas por ano civil, incluindo pequenas escamações e polimento. (Apenas o código dentário da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D1110 estará coberto para os serviços acima referidos).</i></p>	\$0 copagamento.
<p>Radiografias dentárias</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Um (1) conjunto de radiografias de flanco de mordida por ano civil.</i> • <i>Conjunto de radiografias de boca inteira ou radiografia panorâmica uma vez a cada cinco anos.</i> • <i>Radiografias periapicais individuais, conforme necessário, até um máximo de quatro (4) por ano.</i> <p><i>(Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D0210, D0220, D0230, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0330 estarão cobertos para os serviços acima referidos).</i></p>	\$0 copagamento.
<p>Serviços Dentários Abrangentes: Enchimentos – <i>Este benefício abrange enchimentos de amálgama (enchimentos de prata) e enchimentos compostos (enchimentos brancos) em todos os dentes. Os enchimentos estão cobertos uma vez por dente por período de 12 meses. (Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D2140, D2150, D2160,</i></p>	\$0 copagamento.


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><i>D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2951 estarão cobertos para os serviços acima referidos).</i></p> <p>Pequeno tratamento para remover dor aguda (tratamento paliativo) – Coberto apenas quando não é efetuado qualquer outro tratamento definitivo. (Apenas o código dentário da Terminologia Dentária Atual (CPT) D9110 estará coberto para os serviços acima referidos).</p> <p>Extrações simples – A remoção de um dente irrompido que não requer procedimentos cirúrgicos. (Apenas o código dentário da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D7140 estará coberto para os serviços acima referidos).</p> <p>Reparação de próteses – Serviços de reparação de próteses (total ou parcial). A rebasagem ou o realinhamento de uma prótese total ou parcial é limitada/o a uma vez em cada cinco anos. (Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D5410, D5411, 5421, D5422, D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761 estarão cobertos para os serviços acima referidos).</p>	
<p>Endodontia Oral – Terapia de canal radicular. (Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D3310, D3320, D3330 estarão cobertos para os serviços acima referidos).</p> <p>Cirurgia Oral – Inclui extrações cirúrgicas, remoção de dentes inclusos e biópsia do tecido oral duro ou mole. (Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) de D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250, D7251, D7285, D7286, D7510, D7511, D7520, D7521 estarão cobertos para os serviços acima referidos. Os códigos seguintes, D9222, D9223, D9239, D9243, são cobertos em conjunto com procedimentos cirúrgicos orais cobertos).</p>	\$0 copagamento.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Benefício dentário máximo anual: <i>\$1,500 máximo por ano civil para serviços dentários cobertos. Os serviços devem ser prestados por um dentista contratado para o plano. Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) listados acima estarão cobertos pelo plano. Por favor consulte o seu dentista antes de obter os serviços, para ter a certeza de que o procedimento a que vai ser sujeito está coberto.</i></p> <p><i>(1) Poderá ser necessária uma autorização prévia.</i></p>	
<p> Rastreio de depressão Cobrimos um rastreio de depressão por ano. O rastreio deve ser feito num ambiente de cuidados primários que possa proporcionar tratamento de acompanhamento e/ou encaminhamentos.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para uma visita anual de rastreio de depressão.</p>
<p> Rastreio de diabetes Cobrimos este rastreio (inclui testes de glicose em jejum) se tiver algum dos seguintes fatores de risco: tensão arterial elevada (hipertensão), histórico de níveis anormais de colesterol e triglicéridos (dislipidemia), obesidade ou um histórico de glicemia elevada (glucose). Os testes também podem ser cobertos se cumprir outros requisitos, como estar acima do peso e ter um historial familiar de diabetes.</p> <p>Com base nos resultados destes testes, poderá ser elegível para um máximo de dois rastreios de diabetes de 12 em 12 meses.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para os testes de rastreio de diabetes cobertos pela Medicare.</p>
<p> Formação em autogestão de diabetes, serviços e suprimentos de diabéticos⁽¹⁾ Para todas as pessoas que têm diabetes (utilizadores de insulina e não utilizadores de insulina). Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suprimentos para monitorizar a sua glicose no sangue: Monitor de glicose no sangue, tiras de teste de glicose no sangue, dispositivos de lancetas e lancetas e soluções de controlo de glicose para verificar a precisão das tiras de teste e dos monitores. 	<p>Não existe copagamento para os suprimentos de automonitorização de diabetes cobertos pelo OneTouch.</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> • Cobrimos apenas monitores e sensores contínuos de glicose para os seguintes produtos <ul style="list-style-type: none"> ○ Dexcom G5 ○ Dexcom G6 ○ Freestyle Libre ○ Freestyle Libre 2 • Cobrimos apenas medidores de glicose no sangue e tiras de teste para os seguintes produtos da marca OneTouch. <p><u>Monitor OneTouch</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medidor Flex OneTouch Verio® ○ Medidor OneTouch Verio® Meter ○ Medidor de QI OneTouch Verio® ○ Medidor de Sincronização OneTouch Verio® ○ Medidor OneTouch Ultra® 2 ○ Mini Medidor OneTouch Ultra® ○ Medidor Reflect OneTouch Verio® <p><u>Tiras de teste OneTouch</u></p> <p>Tiras de teste OneTouch Ultra® - caixas de tiras de 25, 50 ou 100 unidades</p> <p>Tiras de teste OneTouch Verio® - caixas de tiras de 25, 50 ou 100 unidades</p> • Outros produtos de todos os outros fabricantes serão cobertos apenas quando o seu prestador e o plano determinarem que produtos alternativos são clinicamente necessários, exceto os produtos de todos os outros fabricantes não cobertos. • Durante o ano do plano, o plano pode alterar os produtos da marca OneTouch aqui listados se os produtos forem descontinuados ou se ficarem disponíveis novos produtos. 	

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> Para pessoas com diabetes que têm uma doença grave do pé diabético: Um par, por ano civil, de sapatos terapêuticos moldados à medida (incluindo as inserções fornecidas com tais sapatos) e dois pares adicionais de inserções ou um par de sapatos de profundidade e três pares de inserções (não incluindo as inserções amovíveis não personalizadas fornecidas com tais sapatos). A cobertura inclui o ajuste. 	20 % comparticipação por cada par de sapatos terapêuticos cobertos pela Medicare.
<ul style="list-style-type: none"> A formação em autogestão de diabetes é coberta sob determinadas condições. <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para aulas de autogestão de diabetes cobertas pela Medicare.
<p>Equipamento médico duradouro (DME) e suprimentos relacionados⁽¹⁾ (Para uma definição de "equipamento médico duradouro", consulte o Capítulo 12 deste folheto). Os artigos cobertos incluem (mas não estão limitados a): cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, suprimentos para diabéticos, camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização em casa, bombas de infusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamento de oxigénio, nebulizadores e andarilhos.</p> <p>Cobrimos todos os equipamentos médicos duradouros (DME) clinicamente necessários cobertos pelo Original Medicare. Se o nosso fornecedor na sua área não tiver disponível uma marca ou fabricante em particular, poderá questionar o fornecedor sobre a possibilidade de fazer um pedido especial. A lista mais recente de fornecedores está disponível no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare.</p> <p>Se você (ou o seu prestador) não concordar com a decisão de cobertura do plano, você ou o seu prestador pode apresentar um recurso. Também pode apresentar um recurso se não concordar com a decisão do seu prestador sobre que marca ou produto é apropriado para a sua condição médica. (Para mais informações sobre recursos, consulte o Capítulo 9, <i>O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações).</i>)</p> <p>Os membros são obrigados a utilizar o(s) prestador(es) da rede de equipamento médico duradouro.</p>	20 % comparticipação para cada equipamento médico duradouro coberto pela Medicare e suprimentos afins.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
(1) Poderá ser necessária uma autorização prévia.	
<p>Cuidados de emergência</p> <p>Os cuidados de emergência referem-se aos serviços que são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência, e • necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência. <p>Uma emergência médica é quando você ou qualquer outro leigo prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vidas, perda de um membro ou perda de função de um membro. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que se está a agravar rapidamente.</p> <p>A repartição de custos para serviços de emergência necessários fornecidos fora da rede é a mesma que para tais serviços fornecidos na rede.</p> <p>Os cuidados médicos de emergência estão cobertos em todo o mundo.</p>	<p>\$75 copagamento por visita.</p> <p>Se a visita à sala de urgências resultar na admissão a um internamento hospitalar no prazo de um dia pela mesma condição, o copagamento da sala de urgências será dispensado.</p> <p>Se a entrada na sala de urgências resultar numa estadia de observação, o copagamento da sala de urgências será dispensado.</p> <p>A repartição de custos adicionais pode aplicar-se a determinados serviços recebidos durante uma entrada na sala de urgências (p.ex., Equipamento Médico Duradouro, Testes de Diagnóstico Ambulatórios).</p> <p>Se receber cuidados de emergência num hospital de fora da rede e precisar de cuidados de internamento após o seu estado de emergência ficar estabilizado, deve fazer com que os seus cuidados de internamento no hospital fora da rede sejam</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
	autorizados pelo plano e a seu encargo fica a repartição de custos que pagaria num hospital da rede.
<p> Programas de educação para a saúde e o bem-estar</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Frequência de ginásio. Inclui uma inscrição na academia "Silver & Fit" contratada pelo plano e uma orientação para a academia e o equipamento.</i> <p><i>Para aceder à sua adesão ao "Silver & Fit", basta inscrever-se numa academia de fitness participante. Pode alterar a sua inscrição na academia de fitness mensalmente, descontinuando a sua inscrição na academia anterior e ativando uma nova inscrição. Por favor apresente o seu cartão de identificação quando fizer uma inscrição numa academia de fitness. Encontra uma lista das academias participantes na internet, em www.BCBSRI.com/Medicare. A inscrição "Silver & Fit" também inclui o acesso a kits de fitness doméstico para aqueles que preferem fazer exercício a partir de casa. Para obter mais informações, pode ligar para 1-877-427-4788 (TTY/TTD: 711) de segunda a sexta feira, das 08h00 às 21h00.</i></p>	<p><i>\$0 copagamento para inscrição num centro de aptidão física contratado no âmbito de um plano.</i></p> <p><i>Os custos adicionais podem aplicar-se a aulas de fitness em grupo.</i></p>
<p>Serviços de audição</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>As avaliações diagnósticas de audição e equilíbrio realizadas pelo seu provedor para determinar se necessita de tratamento médico são cobertas como cuidados ambulatoriais quando fornecidas por um médico, audiologista ou outro provedor qualificado.</i> 	<p><i>\$25 copagamento por visita.</i></p> <p><i>Um copagamento separado do teste de diagnóstico pode ser aplicado para os serviços de teste fornecidos em conjunto com a visita de avaliação.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <i>Teste(s) auditivo(s) de rotina cobertos uma vez por ano quando fornecidos por um provedor de planos.</i> 	<p><i>\$0 copagamento pelo teste de audição</i></p>
<p>Cobertura de aparelho auditivo</p> <p><i>O nosso plano também cobre os seguintes benefícios suplementares não cobertos pela Medicare:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Aparelho(s) auditivo(s): até 2 aparelhos auditivos (um por ouvido) a cada 3 anos</i> <i>Colocação de aparelhos auditivo e avaliação: 1 a cada 3 anos por ouvido.</i> 	<p><i>\$0 copagamento para a colocação do aparelho auditivo e avaliação (1 a cada 3 anos por ouvido):</i></p> <p><i>Aparelho auditivo (paga):</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><i>As compras de aparelhos auditivos incluem:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 visitas de acompanhamento no primeiro ano após a data de colocação inicial • Período experimental de 60 dias a partir da data de colocação • 60 pilhas por ano por aparelho (suprimento para 3 anos) • 3 anos de garantia de reparação do fabricante • 1 cobertura de substituição por aparelho auditivo perdido, roubado ou danificado (poderá aplicar-se uma franquia por aparelho) <p><i>*Nota: Os serviços acima referidos fazem parte do seu benefício através do NationsHearing e não são considerados benefícios cobertos por outros provedores.</i></p> <p><i>Deve obter os seus aparelhos auditivos de um provedor da NationsHearing. Por favor contacte a NationsHearing pelo telefone (866)-708-1234 ou pela internet, em nationshearing.com/BCBSRI para agendar uma consulta. Os aparelhos auditivos e outros serviços relacionados com aparelhos auditivos fornecidos por um provedor que não a NationsHearing não estão cobertos.</i></p>	<p><i>\$200 por aparelho para Nível tecnológico de entrada</i></p> <p><i>\$375 por aparelho para Nível tecnológico básico</i></p> <p><i>\$675 por aparelho para Nível tecnológico principal</i></p> <p><i>\$1,275 por aparelho para Nível tecnológico avançado</i></p> <p><i>\$1,675 por aparelho para Nível tecnológico superior</i></p> <p><i>A determinação do nível em que um determinado aparelho auditivo se enquadra fica ao critério exclusivo do Plano e do seu provedor de aparelhos auditivos e pode mudar de tempos a tempos durante o ano do plano.</i></p>
<p><i>Ajuda com determinadas condições crónicas</i></p> <p><i><u>Programa de Coordenação de Cuidados de Demência</u></i></p> <p><i>Os membros que tenham sido diagnosticados com Demência podem ser elegíveis para o Programa de Coordenação de Cuidados de Demência do plano. Este programa fornece recursos e informações destinados a:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumentar a segurança doméstica</i> • <i>Diminuir o "fardo" do prestador de cuidados</i> • <i>Apoiar os prestadores de cuidados na gestão de comportamentos</i> • <i>Diminuir a necessidade de visitas aos departamentos de emergência</i> 	<p><i>\$0 copagamento por serviços cobertos.</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><i>Para aceder ao programa, ligue para a BCBSRI pelo número 401-459 CARE ou contacte o gestor de cuidados de enfermagem no seu consultório do médico de cuidados primários. Eles prestarão apoio na ligação ao programa.</i></p>	
<p> Despistagem de VIH</p> <p>Para as pessoas que solicitam um teste de despistagem de VIH ou que se encontram em risco acrescido de infeção pelo VIH, cobrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um exame de despistagem a cada 12 meses <p>Para mulheres grávidas, cobrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até três exames de despistagem durante uma gravidez 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquias para os membros elegíveis para despistagem preventiva de VIH coberta pela Medicare</p>
<p>Cuidados de saúde ao domicílio⁽¹⁾</p> <p>Antes de receber os serviços de saúde ao domicílio, um médico deve certificar que necessita de serviços de saúde ao domicílio e ordenará que os serviços de saúde ao domicílio sejam prestados por uma agência de saúde ao domicílio. Deve estar confinado a casa, o que significa que sair de casa representa um grande esforço.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de enfermagem especializados e de cuidados de saúde domiciliários a tempo parcial ou intermitente (para serem cobertos pelo benefício cuidados de saúde ao domicílio, os seus serviços de enfermagem especializados e de cuidados de saúde domiciliários combinados devem totalizar menos de 8 horas por dia e 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços médicos e sociais • Equipamento médico e suprimentos <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquias para visitas de agências de saúde ao domicílio cobertas pelo Original Medicare.</p> <p>A repartição de custos adicionais pode aplicar-se a determinados serviços recebidos durante uma visita de uma agência de saúde ao domicílio (p.ex., Equipamento Médico Duradouro).</p>
<p><i>Cuidados de saúde ao domicílio não especializados⁽¹⁾</i></p> <p><i>Serviços de apoio no domicílio para apoiar indivíduos na realização de atividades da vida diária (ADLs) e/ou para apoiar os prestadores de cuidados quando fornecidos por um prestador da rede. O plano possui uma rede limitada de prestadores de serviços de saúde ao domicílio não especializados e essa rede NÃO é a mesma que a rede de cuidados de saúde ao domicílio especializados listados acima.</i></p>	<p><i>\$0 copagamento por visita</i></p> <p><i>A repartição de custos adicionais pode aplicar-se a determinados serviços recebidos durante a visita</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><i>Os serviços não especializados de uma agência de saúde ao domicílio prestados por um prestador que não é da rede não estão cobertos.</i></p> <p><i>Os serviços de saúde ao domicílio podem incluir (mas não se limitam à) assistência doméstica básica, como por exemplo, limpeza doméstica ligeira ou preparação de refeições ligeiras. Os membros têm um máximo de 10 visitas de agências de saúde ao domicílio não especializadas.</i></p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p><i>(p.ex., Equipamento Médico Duradouro).</i></p>
<p>Terapia de infusão domiciliar</p> <p>A terapia de infusão domiciliar envolve a admissão intravenosa ou subcutânea de medicamentos ou produtos biológicos a um indivíduo em casa. Os componentes necessários para realizar a infusão domiciliar incluem o medicamento (por exemplo, medicamentos antivirais, imunoglobulina), equipamento (por exemplo, uma bomba) e suprimentos (por exemplo, tubagem e cateteres).</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços profissionais, incluindo serviços de enfermagem, fornecidos de acordo com o plano de cuidados • A formação e educação dos pacientes não considerados de outra forma no benefício de equipamento médico duradouro • Monitorização remota • Serviços de monitorização para o fornecimento de terapia de infusão domiciliar e medicamentos de infusão domiciliar fornecidos por um fornecedor qualificado de terapia de infusão domiciliar 	<p>20 % comparticipação para terapia de infusão domiciliar</p>
<p>Cuidados paliativos</p>	

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Pode receber cuidados de qualquer programa paliativo certificado pela Medicare. É elegível para o benefício de cuidados paliativos quando o seu médico e o diretor médico de cuidados paliativos lhe tiverem dado um prognóstico terminal a certificar que é doente terminal e que tem 6 meses ou menos de vida se a sua doença seguir o seu curso normal. O seu médico de cuidados paliativos pode ser um prestador da rede ou um prestador fora da rede.</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para controlo dos sintomas e alívio da dor • Cuidados temporários de curto prazo • Cuidados domiciliários <p><u>Para serviços de cuidados paliativos e para serviços cobertos pela Medicare Parte A ou B e que estão relacionados com o seu prognóstico terminal:</u> O Original Medicare (em vez do nosso plano) pagará os seus serviços de cuidados paliativos e quaisquer serviços da Parte A e da Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal. Enquanto se encontrar no programa de cuidados paliativos, o seu prestador de cuidados paliativos cobrará ao Original Medicare pelos serviços prestados e assumidos pelo mesmo.</p> <p><u>Para serviços que estão cobertos pela Medicare Parte A ou B e não estão relacionados com o seu prognóstico terminal:</u> Se necessitar de serviços não urgentes que estejam cobertos pela Medicare Parte A ou B e que não estejam relacionados com o seu prognóstico terminal, o seu custo para estes serviços depende da utilização ou não de um prestador na rede do nosso plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se obtiver os serviços cobertos de um prestador da rede, só paga o montante da repartição de custos do plano para serviços na rede • Se obtiver os serviços cobertos de um prestador fora da rede, pagará a repartição de custos ao abrigo da Taxa de Serviço Medicare (Original Medicare) <p><u>Para serviços que são cobertos pelo BlueCHiP for Medicare Plus, mas que não são cobertos pela Medicare Parte A ou B:</u> O BlueCHiP for Medicare Plus continuará a cobrir serviços cobertos pelo plano que não estejam cobertos pela Parte A ou B, quer estejam ou não relacionados com o seu prognóstico terminal. Paga o montante de repartição de custos do seu plano por estes serviços.</p> <p><u>Para medicamentos que possam ser cobertos pelo benefício da Parte D do plano:</u> Os medicamentos nunca são cobertos tanto pelos cuidados paliativos como pelo nosso plano ao mesmo tempo. Para obter mais informações, por favor consulte o Capítulo 5, Secção 9.4</p>	<p>Quando se inscreve num programa de cuidados paliativos certificado pela Medicare, os seus serviços de cuidados paliativos e os seus serviços da Parte A e Parte B relacionados com o seu prognóstico terminal são pagos pelo Original Medicare e não pelo BlueCHiP for Medicare Plus.</p>



Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><i>(E se se encontrar em cuidados paliativos certificados pela Medicare).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nota: Se necessitar de cuidados não paliativos (cuidados que não estejam relacionados com o seu prognóstico terminal), deve contactar-nos para que os serviços sejam providenciados. 	
<p> Imunizações</p> <p>Os serviços cobertos da Medicare Parte B incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacina contra a pneumonia • Vacinas contra a gripe, uma vez em cada época de gripe no outono e no inverno, com vacinas adicionais contra a gripe, se clinicamente necessário • Vacina contra a hepatite B se se encontrar em risco elevado ou intermédio de contrair hepatite B • Outras vacinas se se encontrar em risco e aquelas cumprirem as regras de cobertura da Medicare Parte B <p>Cobrimos também algumas vacinas ao abrigo do nosso benefício de medicamentos prescritos da Parte D.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para as vacinas contra a pneumonia, gripe e hepatite B.</p> <p>20 % comparticipação para outras vacinas da Medicare Parte B.</p>

<p>Cuidados hospitalares em regime de internamento⁽¹⁾</p> <p>Inclui internamento hospitalar agudo, reabilitação de pacientes internados, hospitais de cuidados prolongados 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.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quarto semiprivado (ou um quarto privado se for clinicamente necessário) • Refeições que incluem dietas especiais • Serviços regulares de enfermagem • Custos de unidades de cuidados especiais (tais como unidades de cuidados intensivos ou de cuidados coronários) • Medicamentos e medicações • Testes de laboratório • Radiografias e outros serviços de radiologia • Suprimentos cirúrgicos e médicos necessários • Utilização de equipamentos, tais como cadeiras de rodas • Custos com blocos operatórios e salas de recuperação • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Serviços de abuso de substâncias em regime de internamento • Em determinadas condições, estão cobertos os seguintes tipos de transplantes: córnea, rim, rim-pancreático, coração, fígado, pulmão, coração/pulmão, medula óssea, células estaminais e intestinal/multivisceral. Se necessitar de um transplante, providenciaremos a análise do seu caso por parte de um centro de transplantes aprovado pela Medicare que decidirá se é candidato a um transplante. Os prestadores de serviços de transplante podem ser locais ou de fora da área de serviço. Se os nossos serviços de transplante na rede estiverem fora do padrão de cuidados da comunidade, poderá optar por uma situação a nível local, desde que os prestadores locais de transplante estejam dispostos a aceitar a taxa do Original Medicare. Se o BlueCHiP for Medicare Plus fornecer serviços de transplante num local fora do padrão de cuidados para transplantes na sua comunidade e optar por obter transplantes neste local distante, providenciaremos ou pagaremos os custos de alojamento e transporte adequados para si e para um acompanhante. O plano determinará o custo razoável de alojamento e transporte adequado, tendo em consideração a dinâmica do mercado e as orientações publicadas para as permissões de alojamento e transporte. 	<p>\$190 copagamento por dia pelos dias 1 a 5.</p> <p>\$0 copagamento pelos dias 6 e seguintes.</p> <p>Está coberto por dias ilimitados na rede em cada período de benefício.</p> <p>Um "período de benefício" começa no primeiro dia em que se dirige a um hospital em regime de internamento coberto pela Medicare e termina quando não se recebe qualquer tratamento hospitalar durante 60 dias seguidos. Se for para o hospital depois de um período de benefício ter terminado, começa um novo período de benefício. Não existe limite para o número de períodos de benefício que pode ter.</p> <p>Se receber cuidados de internamento autorizados num hospital fora da rede após o seu estado de emergência ficar estabilizado, o seu custo é a repartição de custos que pagaria num hospital da rede.</p>
---	--

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue - incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e de concentrado de hemácias começa com a primeira quantidade de sangue de que necessita. • Serviços médicos <p>Nota: Para ser um paciente em regime de internamento, o seu prestador deve escrever uma ordem para o internar formalmente enquanto paciente em regime de internamento do hospital. Mesmo que fique no hospital durante a noite, pode ainda ser considerado um "paciente em regime ambulatorio". Se não tiver a certeza se é um paciente em regime de internamento ou um paciente em regime ambulatorio, deve perguntar ao pessoal do hospital.</p> <p>Pode também encontrar mais informações numa ficha informativa da Medicare denominada de "É paciente em regime de internamento ou em regime ambulatorio? Se tiver Medicare – Pergunte!" Esta ficha informativa está disponível na internet, em www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou se ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar gratuitamente para estes números, 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	
<p>Cuidados de saúde mental em regime de internamento⁽¹⁾</p> <p>Os serviços cobertos incluem serviços de saúde mental que requerem um internamento hospitalar. É elegível para até 190 dias num Hospital Psiquiátrico por período de vida. O limite de 190 dias não se aplica aos serviços de saúde mental em regime de internamento prestados numa unidade psiquiátrica de um hospital geral.</p> <p>Os serviços cobertos incluem serviços de distúrbios de uso de substâncias em regime de internamento.</p> <p>O nosso plano cobre 90 dias para um hospital de internamento por período de benefício. Um "período de benefício" começa no primeiro dia em que se dirige a um hospital em regime de internamento coberto pela Medicare e termina quando não se recebe qualquer tratamento hospitalar durante 60 dias seguidos. Se for para o hospital</p>	<p>\$190 copagamento por dia pelos dias 1 a 4.</p> <p>\$0 copagamento pelos dias 5 a 90.</p> <p>Um "período de benefício" começa no primeiro dia em que se dirige a um hospital em regime de internamento coberto pela Medicare e termina quando não se recebe qualquer tratamento hospitalar durante 60 dias</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>depois de um período de benefício ter terminado, começa um novo período de benefício. Não existe limite para o número de períodos de benefício que pode ter.</p> <p>O nosso plano também cobre 60 "dias de reserva vitalícios". Estes são dias "extra" que cobrimos. Se o seu internamento hospitalar for superior a 90 dias, pode utilizar estes dias extra. Mas uma vez esgotados estes 60 dias extra, a sua cobertura hospitalar em regime de internamento ficará limitada a 90 dias.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>seguidos. Se for para o hospital depois de um período de benefício ter terminado, começa um novo período de benefício. Não existe limite para o número de períodos de benefício que pode ter.</p>
<p>Internamento: Serviços cobertos recebidos num hospital ou centro de enfermagem especializado (SNF) durante um internamento não coberto⁽¹⁾</p> <p>Se tiver esgotado os seus benefícios de internamento ou se o internamento não for razoável e necessário, não cobriremos o seu internamento. No entanto, em alguns casos, cobriremos determinados serviços que recebe enquanto está no hospital ou no centro de enfermagem especializado (SNF).</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços médicos 	<p>Por favor consulte os serviços médicos/clínicos, incluindo visitas aos consultórios médicos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Testes de diagnóstico (como testes de laboratório) • Radiografia, radioterapia e terapia isotópica, incluindo materiais e serviços técnicos • Pensos cirúrgicos • Talas, gesso e outros dispositivos utilizados para reduzir fraturas e luxações 	<p>Consulte, por favor, Testes de Diagnóstico Ambulatórios e Serviços e Suprimentos Terapêuticos.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> • Próteses e dispositivos ortopédicos (que não dentários) que substituem a totalidade ou parte de um órgão interno do corpo (incluindo tecido contíguo), ou a totalidade ou parte da função de um órgão interno do corpo permanentemente inoperante ou com mau funcionamento, incluindo a substituição ou reparação de tais dispositivos • Aparelhos para pernas, braços, costas e pescoço; armações e pernas, braços e olhos artificiais, incluindo ajustes, reparações e substituições necessárias devido a quebra, desgaste, perda ou devido a uma alteração da condição física do paciente 	<p>Por favor consulte Dispositivos Protéticos e Suprimentos Relacionados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>Consulte, por favor, os Serviços de Reabilitação em Ambulatório.</p>
<p><i>Benefício de refeições</i> <i>O benefício cobre 2 refeições nutricionais pré-cozinhadas congeladas por dia durante sete dias para um total de 14 refeições entregues à sua porta. O nosso plano estabeleceu uma parceria com a Independent Living Systems (ILS) para lhe proporcionar o benefício das suas refeições. É necessário um internamento hospitalar para receber as refeições. Isto não inclui uma estadia de observação. A ILS entrará em contacto com os membros após a alta hospitalar. Os membros podem também contactar diretamente a ILS para coordenar as refeições no momento da alta, pelo número 833-853-8946.</i></p> <p><i>O benefício de refeições é limitado a 4 vezes por ano de benefício.</i></p>	<p><i>\$0 copagamento pelo benefício de refeições</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p> Terapia nutricional médica⁽¹⁾</p> <p>Este benefício aplica-se a pessoas com diabetes, doença renal (rim) (mas não em diálise) ou após um transplante de rim quando solicitado pelo seu médico.</p> <p>Cobrimos 3 horas de serviços de aconselhamento individual durante o primeiro ano em que recebe serviços de terapia nutricional médica ao abrigo da Medicare (isto inclui o nosso plano, qualquer outro plano da Medicare Advantage ou Original Medicare), e 2 horas por ano depois disso. Se a sua doença, tratamento ou diagnóstico mudar, poderá receber mais horas de tratamento mediante solicitação de um médico. Um médico deve prescrever estes serviços e renovar o seu pedido anualmente se o seu tratamento for necessário para o ano civil seguinte. A cobertura não é limitada pelo diagnóstico.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquias para os membros elegíveis para serviços de terapia nutricional médica cobertos pela Medicare.</p>
<p> Programa de Prevenção de Diabetes Medicare (MDPP)</p> <p>Os serviços do Programa de Prevenção de Diabetes Medicare (MDPP) serão cobertos para beneficiários elegíveis da Medicare ao abrigo de todos os planos de saúde da Medicare.</p> <p>O Programa de Prevenção de Diabetes Medicare (MDPP) é uma intervenção estruturada de mudança de comportamentos de saúde que proporciona formação prática em mudança alimentar a longo prazo, aumento da atividade física e estratégias de resolução de problemas para superar os desafios de sustentar a perda de peso e um estilo de vida saudável.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o benefício do Programa de Prevenção de Diabetes Medicare (MDPP).</p>

Medicamentos prescritos da Medicare Parte B⁽¹⁾

Estes medicamentos estão cobertos ao abrigo da Parte B do Original Medicare. Os membros do nosso plano recebem cobertura para estes medicamentos através do nosso plano. Os medicamentos cobertos que podem ser sujeitos a terapia por fases incluem:

- Medicamentos que normalmente não são auto-administrados pelo paciente e que são injetados ou administrados através de infusão enquanto recebe serviços médicos, ambulatórios hospitalares ou de um centro cirúrgico ambulatório
- Medicamentos que toma usando equipamento médico duradouro (como nebulizadores) que foram autorizados pelo plano
- Fatores de coagulação que administra a si próprio por injeção se tiver hemofilia
- Medicamentos imunossupressores, se estava inscrito na Medicare Parte A no momento do transplante de órgãos
- Medicamentos injetáveis para a osteoporose, se estiver confinado a casa, se tiver uma fratura óssea que um médico certifica estar relacionada com a osteoporose pós-menopausa e se não puder autoadministrar o medicamento
- Antigénios
- Determinados medicamentos orais contra o cancro antináuseas
- Determinados medicamentos para diálise domiciliar, incluindo a heparina, o antídoto para a heparina quando clinicamente necessário, anestésicos tópicos e agentes estimulantes da eritropoiese
- Imunoglobulina intravenosa para o tratamento domiciliar de doenças imunodeficientes primárias

A seguinte hiperligação irá levá-lo a uma lista de Medicamentos da Parte B que podem estar sujeitos a Protocolo por Etapas e Avaliação Médica de Medicamentos:


<https://www.bcbsri.com/medicare/planmaterials>

Cobrimos também algumas vacinas ao abrigo do nosso benefício de medicamentos prescritos da Parte B e da Parte D.

O Capítulo 5 explica o benefício de medicamentos prescritos da Parte D, incluindo as regras que deve seguir para ter as prescrições cobertas. O que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D através do nosso plano é explicado no Capítulo 6.

⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.

20 % participação para cada medicamento da Parte B coberto pela Medicare.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Conciliação de medicamentos <i>Imediatamente após a alta de um hospital ou de um internamento num centro de enfermagem especializado (SNF), um prestador de cuidados de saúde qualificado, em cooperação com o seu médico, iria analisar o seu regime médico completo que estava em vigor antes do internamento e iria comparar e conciliar com o regime prescrito para si no momento da alta, para assegurar a obtenção de novas receitas médicas e a eliminação de medicamentos descontinuados.</i></p>	<p>\$0 copagamento para conciliação de medicamentos.</p>
<p> Rastreio e terapia da obesidade para promover a perda de peso sustentada Se tiver um índice de massa corporal de 30 ou mais, cobrimos um aconselhamento intensivo para o ajudar a perder peso. Este aconselhamento é coberto se o receber num ambiente de cuidados primários, onde pode ser coordenado com o seu plano de prevenção abrangente. Fale com o seu médico de cuidados primários ou clínico para saber mais.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o rastreio e terapia preventiva da obesidade.</p>
<p>Serviços de programa de tratamento de opiáceos Os serviços de tratamento para distúrbios de uso de opiáceos estão cobertos ao abrigo da Parte B do Original Medicare. Os membros do nosso plano recebem cobertura para estes serviços através do nosso plano. Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratamento de agonistas e antagonistas opiáceos aprovados pela FDA e a aplicação e administração de tais medicamentos, se aplicável • Aconselhamento sobre o uso de substâncias • Terapia individual e de grupo • Testes toxicológicos <p>Nota: O seu plano também cobre os serviços de tratamento de opiáceos referidos como tratamento com metadona. O tratamento com metadona é coberto apenas quando prestado pelo que se chama um programa de Tratamento de Opiáceos (OTP). O seu copagamento pode cobrir um período de tratamento de 7 dias.</p>	<p>\$25 copagamento para cada visita coberta</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Testes de diagnóstico ambulatorio e serviços e suprimentos terapêuticos⁽¹⁾ Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografias 	<p>\$0 copagamento.</p> <p>Se os serviços forem recebidos num centro ou visita a um consultório, a repartição de custos aplicável pode também aplicar-se.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia por radiação (radioterapia e terapia isotópica), incluindo materiais e suprimentos técnicos 	<p>\$0 copagamento.</p> <p>Se os serviços forem recebidos num centro ou visita a um consultório, a repartição de custos aplicável pode também aplicar-se.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suprimentos cirúrgicos, tais como pensos • Talas, gesso e outros dispositivos utilizados para reduzir fraturas e luxações 	<p>20 % de participação para suprimentos cobertos pela Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório, incluindo testes genéticos (o rastreio genético está excluído da cobertura). <p>Deve utilizar um prestador de laboratório na rede. O(s) nosso(s) prestador(es) de rede de laboratório contratado(s), que incluía(m) laboratórios independentes e laboratórios de propriedade hospitalar, oferecem múltiplos locais onde se podem obter os serviços. Alguns serviços laboratoriais podem ser realizados por consultórios médicos, hospitais e/ou centros de cuidados urgentes que sejam prestadores da rede do plano. Se receber serviços de recolha de sangue em casa, estes serviços devem cumprir as diretrizes de confinamento em casa do Federal Medicare, ser solicitados por um prestador do BlueCHiP for Medicare e realizados por um prestador de laboratório na rede.</p>	<p>\$0 copagamento.</p> <p>Se os serviços forem recebidos num centro ou visita a um consultório, a repartição de custos aplicável pode também aplicar-se.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue - incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e de concentrado de hemácias 	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>começa com a primeira quantidade de sangue de que necessita.</p>	<p>para sangue, armazenamento ou administração de sangue.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Outros testes de diagnóstico ambulatorio (p.ex., eletrocardiograma) 	<p>\$0 copagamento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços de radiologia de alta tecnologia (ressonâncias magnéticas/angiografias por ressonância magnética, serviços de cardiologia nuclear, tomografias computadorizadas ou tomografias por emissão de positrões) <p>(1) Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>\$150 copagamento.</p> <p>Um copagamento por data de serviço, por prestador.</p>
<p>Observação hospitalar ambulatoria⁽¹⁾</p> <p>Os serviços de observação são serviços hospitalares ambulatorios prestados para determinar se precisa de ser internado ou se pode ter alta.</p> <p>Para que os serviços de observação hospitalar ambulatorios sejam cobertos, devem cumprir os critérios da Medicare e ser considerados razoáveis e necessários. Os serviços de observação são cobertos apenas quando prestados por ordem de um médico ou outro indivíduo autorizado pela lei de licenciamento do Estado e pelas leis estatutárias do pessoal hospitalar para admitir pacientes no hospital ou pedir testes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que o prestador tenha escrito uma ordem para o admitir em regime de internamento no hospital, você é um paciente em regime de ambulatorio e paga os montantes de repartição de custos dos serviços hospitalares externos. Mesmo que fique no hospital durante a noite, pode ainda ser considerado um "paciente em regime ambulatorio". Se não tiver a certeza se é um paciente em regime de ambulatorio, deve perguntar ao pessoal do hospital.</p> <p>Pode também encontrar mais informações numa ficha informativa da Medicare denominada de "É paciente em regime de internamento ou em regime ambulatorio? Se tiver Medicare – Pergunte!" Esta ficha informativa está disponível na internet, em www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou se ligar para 1-800-MEDICARE (1-</p>	<p>\$150 copagamento por visita</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar gratuitamente para estes números, 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	
<p>Serviços hospitalares ambulatoriais⁽¹⁾ Cobrimos os serviços clinicamente necessários que recebe no departamento ambulatorio de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a: Os serviços num departamento de emergência ou clínica em regime de ambulatorio, tais como serviços de observação ou cirurgia ambulatoria</p>	<p>Por favor consulte os Cuidados de Emergência, Observação, Clínica em Regime de Ambulatorio ou Cirurgia Ambulatoria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório e de diagnóstico cobrados pelo hospital 	<p>Por favor consulte o Laboratório Ambulatorio e Testes de Diagnóstico</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de saúde mental, incluindo cuidados num programa de hospitalização parcial, se um médico atestar que seria necessário um tratamento hospitalar sem isso 	<p>Por favor consulte os Cuidados de Saúde Mental em Regime de Internamento e Serviços de Hospitalização Parcial.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografias e outros serviços de radiologia cobrados pelo hospital • Suprimentos médicos, tais como talas e gesso 	<p>Consulte, por favor, Testes de Diagnóstico Ambulatorios e Serviços e Suprimentos Terapêuticos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados rastreios e serviços preventivos 	<p>Por favor consulte o rastreio ou serviço específico de prevenção.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> Determinados medicamentos e produtos biológicos que não pode administrar a si próprio <p>Nota: A menos que o prestador tenha escrito uma ordem para o admitir em regime de internamento no hospital, você é um paciente em regime de ambulatório e paga os montantes de repartição de custos dos serviços hospitalares externos. Mesmo que fique no hospital durante a noite, pode ainda ser considerado um "paciente em regime ambulatório". Se não tiver a certeza se é um paciente em regime de ambulatório, deve perguntar ao pessoal do hospital.</p> <p>Pode também encontrar mais informações numa ficha informativa da Medicare denominada de "É paciente em regime de internamento ou em regime ambulatório? Se tiver Medicare – Pergunte!" Esta ficha informativa está disponível na internet, em www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf ou se ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar gratuitamente para estes números, 24 horas por dia, 7 dias por semana.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>Por favor consulte os medicamentos prescritos da Medicare Parte B.</p>
<p>Cuidados de saúde mental em regime de ambulatório⁽¹⁾ Os serviços cobertos incluem: Serviços de saúde mental prestados por um psiquiatra ou médico licenciado pelo Estado, psicólogo clínico, assistente social clínico, especialista em enfermagem clínica, enfermeiro clínico, assistente médico ou outro profissional de cuidados de saúde mental qualificado pela Medicare, conforme permitido pela legislação estatal aplicável.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia</p>	<p>\$25 copagamento para cada visita coberta pela Medicare.</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Serviços de reabilitação em regime de ambulatório* Os serviços cobertos incluem: fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala.</p> <p>Os serviços de reabilitação em regime de ambulatório são prestados em vários locais de ambulatório, tais como departamentos hospitalares de ambulatório, consultórios terapêuticos independentes e Centros Abrangentes de Reabilitação em Ambulatório (CORFs).</p> <p>*É necessário um encaminhamento para que os serviços sejam cobertos por este plano.</p>	<p>\$15 copagamento por visita.</p> <p>Um copagamento por data de serviço, por prestador, para cada tipo de serviço.</p>
<p>Serviços de abuso de substâncias em regime de ambulatório⁽¹⁾ Exclui a cobertura de serviços por qualquer prestador ou centro que não seja reconhecido pelo Federal Medicare.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>\$25 copagamento para cada visita coberta pela Medicare.</p>
<p>Cirurgia ambulatória, incluindo serviços prestados em centros hospitalares ambulatórios e centros cirúrgicos ambulatórios⁽¹⁾ Nota: Se for operado num centro hospitalar, deve verificar com o seu prestador se vai ser um paciente em regime de internamento ou em regime de ambulatório. A menos que o prestador escreva uma ordem para o admitir em regime de internamento no hospital, você é um paciente em regime de ambulatório e paga os montantes de repartição de custos da cirurgia ambulatória. Mesmo que fique no hospital durante a noite, pode ainda ser considerado um "paciente em regime ambulatório".</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>\$150 copagamento para cirurgia coberta pela Medicare, prestada num hospital ambulatório ou num centro cirúrgico ambulatório.</p>
<p>Benefício de Venda Livre (OTC) <i>O plano fornecerá um cartão de débito no final de dezembro com crédito trimestral (janeiro, abril, julho e outubro) que permitirá aos membros adquirir artigos de saúde pessoais. Os cartões perdidos podem ser substituídos, ao contactar a NationsOTC pelo número 866-304-2138. Os membros podem verificar a elegibilidade dos produtos descarregando a aplicação "Rede de Venda Livre (OTC)" na App Store a partir do seu telemóvel, ou ao contactar a NationsOTC pelo número 866-304-2138.</i></p> <p><i>Tem três formas de adquirir os seus artigos de Venda Livre (OTC):</i></p>	<p><i>O plano irá fornecer até \$100 de crédito por trimestre.</i></p> <p><i>O crédito trimestral ou o subsídio não utilizado não transitará de trimestre para trimestre.</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>1. ONLINE: Visite nationsotc.com/bcbsri, onde lhe será pedido que introduza o número do seu cartão de 19 dígitos. Selecione os seus produtos desejados, adicione ao cesto e finalize a compra. Os artigos serão enviados para si gratuitamente</p> <p>2. TELEFONE: 866-304-2138</p> <p>3. VISITE: Faça a sua compra na loja nos seguintes locais participantes: Family Dollar, CVS, Rite Aid, Walgreens, Dollar General e Walmart. Para sua conveniência, pode utilizar a aplicação Rede de Venda Livre (OTC) para digitalizar produtos nas lojas, para determinar a elegibilidade do produto.</p> <p><i>Limites: Os benefícios não utilizados não passam para o próximo período de benefícios. Não pode exceder o montante do seu subsídio trimestral.</i></p>	
<p>Serviços de hospitalização parcial⁽¹⁾ A "hospitalização parcial" é um programa estruturado de tratamento psiquiátrico ativo prestado como serviço hospitalar ambulatorio ou por um centro de saúde mental comunitário, que é mais intenso do que os cuidados recebidos no consultório do seu médico ou terapeuta e é uma alternativa à hospitalização em regime de internamento.</p> <p>Como não existem centros comunitários de saúde mental na nossa rede para hospitalização parcial, cobrimos a hospitalização parcial apenas enquanto serviço hospitalar ambulatorio.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	\$40 copagamento por dia
<p>Serviços de recuperação de pares⁽¹⁾ Os serviços cobertos incluem apoio aos membros, educação e recursos para facilitar a recuperação da saúde mental e distúrbios de uso de substâncias. Especialistas Certificados em Recuperação de Pares trabalham com os membros para compreender a(s) sua(s) condição(/ões) de saúde comportamental(/ais), para se moverem eficazmente no sistema de cuidados de saúde e para abordarem as barreiras ao envolvimento e à recuperação. Por favor consulte o seu diretório de prestadores para encontrar um prestador participante.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	\$0 copagamento por visita.



Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Serviços médicos/clínicos, incluindo visitas aos consultórios médicos^{(1)*}</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados clinicamente necessários ou serviços de cirurgia fornecidos num consultório médico, centro cirúrgico ambulatório certificado, departamento hospitalar ambulatório ou qualquer outro local • Consulta, diagnóstico e tratamento por um especialista • Exames básicos de audição e equilíbrio realizados pelo seu Prestador de Cuidados Primários (PCP) ou especialista, se o seu médico lhe pedir para ver se necessita de tratamento médico • Determinados serviços de telessaúde adicionais, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> Serviços médicos de cuidados primários e sessões individuais para serviços de especialidade de saúde mental. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tem a opção de obter estes serviços através de uma visita presencial ou por telessaúde. Se optar por obter um destes serviços por telessaúde, deve utilizar um prestador da rede que ofereça o serviço por telessaúde. ○ Também pode aceder aos serviços de telessaúde através da ferramenta Doctors Online da BCBSRI, visitando www.dr-s-online.com ou descarregando a aplicação Drs Online da BCBSRI na App Store ou Google Play. ○ <i>Nota:</i> Nem todas as doenças podem ser tratadas através de uma visita de telemedicina. O prestador virtual identificará se necessita de ver um prestador presencial para tratamento. ○ Serviços de telessaúde para visitas mensais relacionadas com doenças renais em fase terminal para membros de diálise domiciliar num centro de diálise renal hospitalar ou de acesso crítico, num centro de diálise renal ou na residência do membro ○ Serviços de telessaúde para diagnosticar, avaliar ou tratar os sintomas de um AVC (acidente vascular cerebral) • Verificações virtuais (por exemplo, por telefone ou conversação por vídeo) com o seu médico durante 5-10 minutos se: <ul style="list-style-type: none"> ○ Não for um paciente novo e ○ A verificação não estiver relacionada com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ A verificação não conduzir a uma visita ao consultório no espaço de 24 horas ou o mais rapidamente possível 	<p>Cuidados primários: \$0 copagamento de visita ao consultório se os serviços forem prestados por um Lar Médico Centrado no Paciente (PCMH).</p> <p>\$5 copagamento de visita ao consultório se os serviços forem prestados por uma entidade que não um Lar Médico não Centrado no Paciente (PCMH).</p> <p>Especialista: \$25 copagamento de visita ao consultório se os serviços forem prestados por especialista.</p> <p>O copagamento não se aplica aos serviços de cirurgia cobertos prestados num ambiente de consultório ambulatório.</p> <p>Visitas de médicos virtuais (Telemedicina): \$0 copagamento por visitas de telemedicina</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação de vídeo e/ou imagens enviadas ao seu médico, e interpretação e acompanhamento pelo seu médico no prazo de 24 horas se: <ul style="list-style-type: none"> ○ Não for um paciente novo e ○ A avaliação não estiver relacionada com uma visita ao consultório nos últimos 7 dias e ○ A avaliação não conduzir a uma visita ao consultório no prazo de 24 horas ou à consulta disponível mais cedo • Consulta do seu médico com outros médicos por telefone, internet ou registo de saúde eletrónico, se não for um paciente novo • Segunda opinião de outro prestador da rede antes de uma cirurgia <p>*É necessário um encaminhamento para que as visitas a consultórios de especialistas sejam cobertas por este plano.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas médicas no domicílio cobertas pelo Medicare Parte B⁽¹⁾ <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia para visitas médicas no domicílio cobertas pelo Medicare Parte B.</p> <p>As quotas de custos aplicáveis aplicar-se-ão a outros serviços, tais como testes de diagnóstico e suprimentos médicos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados dentários não rotineiros (os serviços cobertos limitam-se à cirurgia do maxilar ou estruturas afins, ajuste de fraturas do maxilar ou ossos faciais, extração de dentes para preparar o maxilar para tratamentos de radiação de doenças neoplásicas cancerosas ou serviços que estariam cobertos quando prestados por um médico) 	<p>20 % do custo total dos serviços dentários cobertos pela Medicare (cuidados dentários não rotineiros).</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Serviços de podologia*</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico e o tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças dos pés (tais como dedo do pé em martelo ou esporão calcâneo). • Cuidados de rotina com os pés para membros com certas condições médicas que afetam os membros inferiores. <p>*É necessário um encaminhamento para que os serviços sejam cobertos por este plano.</p>	<p>\$25 copagamento por visita.</p> <p>O copagamento não se aplica aos serviços de cirurgia cobertos prestados num ambiente de consultório ambulatorio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cuidados de rotina com os pés (os cuidados de rotina com os pés são o corte ou remoção de calos, o corte de unhas dos pés, e outros cuidados de manutenção preventiva higiénica incluídos no autocuidado. O nível do benefício é determinado com base no serviço prestado e se existe uma doença localizada, como problemas circulatórios devidos a diabetes, lesões ou sintomas que envolvem o pé. Os procedimentos de corte como o corte de unhas são cobertos no benefício da cirurgia ambulatoria quando existe uma indicação coberta. Todos os outros serviços são cobertos no benefício da visita de rotina aos consultórios de cuidados dos pés por parte dos membros. Este serviço só será coberto se existir uma doença localizada, como problemas circulatórios devidos a diabetes, lesões ou sintomas que envolvem o pé.)</i> <p>*É necessário um encaminhamento para que os serviços sejam cobertos por este plano.</p>	<p>\$25 copagamento por visita</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p> Exames de rastreio de cancro da próstata</p> <p>Para homens com 50 anos ou mais, os serviços cobertos incluem o seguinte - uma vez a cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exame retal digital 	<p>\$0 copagamento de visita ao consultório se os serviços forem prestados por um Lar Médico Centrado no Paciente (PCMH).</p> <p>\$5 copagamento de visita ao consultório se os serviços forem prestados por uma entidade que não um Lar Médico não Centrado no Paciente (PCMH).</p> <p>\$25 copagamento de visita ao consultório se os serviços forem prestados por especialista.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Teste do antígeno específico da próstata (PSA) 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para um teste de antígeno específico da próstata (PSA).</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Dispositivos protéticos e suprimentos relacionados⁽¹⁾ Dispositivos (que não dentários) que substituem toda ou parte de uma parte ou função do corpo. Estes incluem, mas não estão limitados a: bolsas de colostomia e suprimentos diretamente relacionados com os cuidados de colostomia, pacemakers, aparelhos, sapatos protéticos, membros artificiais e próteses mamárias (incluindo um sutiã cirúrgico após uma mastectomia). Inclui determinados suprimentos relacionados com dispositivos protéticos e reparação e/ou substituição de dispositivos protéticos. Também inclui alguma cobertura após a remoção de cataratas ou cirurgia às cataratas – ver "Cuidados da Visão" mais adiante nesta secção para obter mais detalhes.</p> <p>Os membros são obrigados a utilizar o(s) prestador(es) da rede/contratados pelo plano de equipamento médico duradouro. O equipamento médico duradouro e os suprimentos que são obtidos de prestadores não pertencentes à rede/ao plano contratados não estão cobertos. As farmácias da rede podem ser utilizadas para determinados suprimentos que podem não estar disponíveis através de um fornecedor de equipamento médico duradouro ou disponíveis tanto numa farmácia da rede como num fornecedor de equipamento médico duradouro.</p> <p>Exclui a cobertura para manutenção de rotina dos suprimentos.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>20 % participação para cada dispositivo coberto pela Medicare e suprimentos afins.</p>
<p>Serviços de reabilitação pulmonar⁽¹⁾</p> <p>Programas abrangentes de reabilitação pulmonar são cobertos para membros com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) moderada a muito grave e uma ordem de reabilitação pulmonar do médico que trata da doença respiratória crónica.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>\$0 copagamento por visita</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p> Rastreo e aconselhamento para reduzir o abuso do álcool Cobrimos um rastreo de abuso de álcool para adultos com Medicare (incluindo mulheres grávidas) que fazem mau uso de álcool, mas que não são dependentes dele.</p> <p>Se o exame for positivo para o abuso do álcool, pode obter até 4 breves sessões de aconselhamento presencial por ano (se for competente e estiver alerta durante o aconselhamento) fornecidas por um médico ou clínico de cuidados primários qualificado num ambiente de cuidados primários.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o rastreo e aconselhamento coberto pela Medicare para reduzir o benefício preventivo do abuso do álcool.</p>
<p> Rastreo do cancro do pulmão com tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT) Para indivíduos que se qualifiquem, é coberta uma tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT) a cada 12 meses.</p> <p>Os membros elegíveis são: pessoas com idades compreendidas entre os 55 – 77 anos que não têm sinais ou sintomas de cancro do pulmão, mas que possuem um historial de tabagismo de, pelo menos, 30 anos e que atualmente fumam ou deixaram de fumar nos últimos 15 anos, que recebem uma ordem escrita para a tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT) durante uma consulta de rastreo do cancro do pulmão e uma visita partilhada de tomada de decisões que cumpre os critérios da Medicare para tais visitas e que são fornecidas por um médico ou um profissional não-médico qualificado.</p> <p><i>Para os rastreios com tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT) do cancro do pulmão após o rastreo inicial da tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT):</i> os membros devem receber uma ordem escrita para o rastreo com tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT) do cancro do pulmão, que pode ser fornecida durante qualquer visita apropriada com um médico ou um profissional não-médico qualificado. Se um médico ou profissional não-médico qualificado optar por fornecer um aconselhamento de rastreo do cancro do pulmão e partilhar a visita de tomada de decisão para subsequentes rastreios com tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT), a visita deve cumprir os critérios da Medicare para tais visitas.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o aconselhamento coberto pela Medicare e para a visita de tomada de decisão partilhada ou para a tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT).</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p> Rastreamento de infeções sexualmente transmissíveis (DST's) e aconselhamento para prevenir as DST's Cobrimos rastreios de infeções sexualmente transmissíveis (DST) de clamídia, gonorreia, sífilis e hepatite B. Estes rastreios são cobertos para mulheres grávidas e para certas pessoas que se encontram em risco acrescido de uma doença sexualmente transmissível (DST) quando os testes são encomendados por um prestador de cuidados primários. Cobrimos estes testes uma vez a cada 12 meses ou em determinados momentos durante a gravidez. Cobrimos também até 2 sessões individuais de 20 a 30 minutos de aconselhamento comportamental presencial de alta intensidade, todos os anos, para adultos sexualmente ativos com risco acrescido de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Só cobriremos estas sessões de aconselhamento como um serviço preventivo se forem fornecidas por um prestador de cuidados primários e tiverem lugar num ambiente de cuidados primários, tal como um consultório médico.</p>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o rastreio coberto pela Medicare para o rastreio de doenças sexualmente transmissíveis (DST) cobertas pela Medicare e aconselhamento para o benefício preventivo de doenças sexualmente transmissíveis (DST).</p>
<p>Serviços para o tratamento de doenças renais⁽¹⁾ Os serviços cobertos incluem: Serviços de educação sobre doenças renais para ensinar a cuidar dos rins e ajudar os membros a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados. Para membros com doença renal crónica de fase IV quando encaminhados pelo seu médico, cobrimos até seis sessões de serviços de educação sobre doenças renais por período de vida.</p>	<p>\$5 copagamento por visita.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentos de diálise em regime de ambulatório (incluindo tratamentos de diálise quando temporariamente fora da área de serviço, como explicado no Capítulo 3) 	<p>20 % de comparticipação para diálise coberta pela Medicare.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentos de diálise em regime de internamento (se for internado em regime de internamento num hospital para cuidados especiais)⁽¹⁾ <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>Por favor consulte o Cuidados Hospitalares em Regime de Internamento.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Formação em autodiálise (inclui formação para si e para qualquer pessoa que o ajude nos seus tratamentos de diálise ao domicílio) 	<p>Por favor consulte os Cuidados de Saúde ao Domicílio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento e suprimentos de diálise ao domicílio 	<p>Por favor consulte Equipamento Médico Duradouro e Suprimentos Afins.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> • Alguns serviços de apoio no domicílio (tais como, quando necessário, visitas de trabalhadores de diálise treinados para verificar a sua diálise domiciliar, para ajudar em emergências e verificar o seu equipamento de diálise e abastecimento de água) • Determinados medicamentos para diálise estão cobertos pelo seu benefício de medicamentos Medicare Parte B. Para informações sobre a cobertura de medicamentos da Parte B, por favor consulte a secção "Medicamentos prescritos Medicare Parte B". 	<p>Por favor consulte os Cuidados de Saúde ao Domicílio.</p>
<p>Cuidados em centro de enfermagem especializado (SNF)⁽¹⁾ (Para uma definição de "cuidados em centro de enfermagem especializado", consulte o Capítulo 12 deste folheto. Os centros de enfermagem especializados são por vezes denominados de "SNF's"). Não é necessária uma estadia hospitalar prévia para dar entrada num centro de enfermagem especializado (SNF).</p> <p>Para estar coberto pelos serviços de um centro de enfermagem especializado (SNF) deve necessitar de cuidados de enfermagem ou de reabilitação especializados diários, ou ambos. Os serviços do centro de enfermagem especializado (SNF) devem ser solicitados por um prestador participante do plano e os centros contratados do plano devem ser utilizados. Se não necessitar de cuidados especializados diários, o seu plano não cobre os serviços do centro de enfermagem especializado (SNF).</p> <p>Os serviços médicos e outros serviços, tais como os serviços de fisioterapia e terapia ocupacional serão cobertos por um centro de enfermagem especializado (SNF) se não se qualificar para receber cuidados especializados. Estes serviços serão cobertos pelo seu Plano ao abrigo da secção de benefícios específicos para estes serviços. Para que os cuidados sejam cobertos, os centros de enfermagem especializados da rede devem ser utilizados. Por favor consulte o seu diretório de prestadores BlueCHiP for Medicare Plus para saber quais são os centros da rede.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quarto semiprivado (ou um quarto privado se for clinicamente necessário) • Refeições, que incluem dietas especiais • Serviços especializados de enfermagem 	<p>\$0 copagamento por dia pelos dias 1-20.</p> <p>\$135 copagamento por dia pelos dias 21-45.</p> <p>\$0 copagamento por dia pelos dias 46-100.</p> <p>Está coberto por até 100 dias por cada período de benefício para serviços de internamento num centro de enfermagem especializado (SNF), de acordo com as diretrizes da Medicare.</p> <p>Um "período de benefício" começa no primeiro dia em que se dirige a um hospital em regime de internamento ou um centro de enfermagem especializado (SNF) coberto pela Medicare e termina quando não se recebe quaisquer cuidados num hospital ou num centro de enfermagem especializado (SNF) durante 60 dias seguidos. Se for para o</p>


Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala • Medicamentos administrados como parte do seu plano de cuidados (isto inclui substâncias que estão naturalmente presentes no corpo, tais como fatores de coagulação do sangue). • Sangue - incluindo armazenamento e administração. A cobertura de sangue total e de concentrado de hemácias começa com a primeira quantidade de sangue de que necessita. • Suprimentos médicos e cirúrgicos normalmente fornecidos por centros de enfermagem especializados (SNF) • Testes de laboratório normalmente fornecidos por centros de enfermagem especializados (SNF) • Radiografias e outros serviços de radiologia normalmente fornecidos por centros de enfermagem especializados (SNF) • Utilização de aparelhos, tais como cadeiras de rodas normalmente fornecidas por centros de enfermagem especializados (SNF) • Serviços Médicos/Clínicos <p>Por norma, receberá os seus cuidados de centros de enfermagem especializados (SNF) dos centros da rede. No entanto, em determinadas condições listadas abaixo, poderá ser possível pagar a repartição de custos na rede por um centro que não seja um prestador da rede, se o centro aceitar os montantes de pagamento do nosso plano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um lar de idosos ou comunidade de aposentadoria de cuidados continuados onde vivia mesmo antes de ir para o hospital (desde que forneça cuidados de enfermagem especializados). • Um centro de enfermagem especializado (SNF) onde o seu cônjuge está a viver no momento em que deixar o hospital. <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia</p>	<p>hospital ou centro de enfermagem especializado (SNF) depois de um período de benefício ter terminado, começa um novo período de benefício. Não existe limite para o número de períodos de benefício que pode ter.</p>
<p> Parar de fumar e usar tabaco (aconselhamento para deixar de fumar ou de usar tabaco)</p> <p><u>Se usar tabaco, mas não tiver sinais ou sintomas de doenças relacionadas com o tabaco:</u> Cobrimos duas tentativas para deixar de fumar com aconselhamento num período de 12 meses enquanto serviço preventivo sem quaisquer custos para si. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro visitas presenciais.</p>	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia para os benefícios preventivos da cessação do tabagismo e do uso do tabaco cobertos pela Medicare.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><u>Se usar tabaco e tiver sido diagnosticado com uma doença relacionada com o tabaco ou se estiver a tomar medicamentos que possam ser afetados pelo tabaco:</u> Cobrimos serviços de aconselhamento para deixar de usar tabaco. Cobrimos duas tentativas para deixar de usar tabaco com aconselhamento num período de 12 meses, no entanto, pagará a repartição de custos aplicável. Cada tentativa de aconselhamento inclui até quatro visitas presenciais.</p> <p>As visitas devem ser solicitadas pelo seu médico e prestadas por um médico qualificado ou por outro profissional reconhecido pela Medicare. Exclui a cobertura para a Cessação Telefónica do Tabagismo.</p>	
<p><i>Benefícios especiais suplementares para os doentes crónicos</i> <i>Os membros que tenham sido diagnosticados com Diabetes e/ou Doença das Artérias Coronárias (CAD) podem ser elegíveis para receber os seguintes benefícios, para além dos benefícios dentários cobertos:</i></p> <p><i>Dimensionamento periodontal e alisamento da raiz (D4341, D4342, D4346): 1 serviço por quadrante a cada 36 meses</i></p> <p><i>Manutenção periodontal (D4910): 2 visitas por ano civil com provas de tratamentos periodontais anteriores.</i></p> <p><i>Os serviços devem ser prestados por um dentista contratado para o plano. Apenas os códigos dentários da Terminologia Dentária Atual (CPT) listados acima estarão cobertos pelo plano. Por favor consulte o seu dentista antes de obter os serviços, para ter a certeza de que o procedimento a que vai ser sujeito está coberto.</i></p>	<p><i>Não existe participação, copagamento ou franquia para serviços cobertos.</i></p>
<p>Terapia de Exercício Supervisionado (SET) ⁽¹⁾</p> <p>A Terapia de Exercício Supervisionado (SET) está coberta para os membros que têm doença arterial periférica sintomática (PAD) e um encaminhamento para doença arterial periférica sintomática (PAD) por parte do médico responsável pelo tratamento da doença arterial periférica sintomática (PAD).</p> <p>Estão cobertas até 36 sessões durante um período de 12 semanas, se os requisitos do programa de Terapia de Exercício Supervisionado (SET) forem cumpridos.</p>	<p>\$0 copagamento por visita.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>O programa de Terapia de Exercício Supervisionado (SET) deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir em sessões de 30-60 minutos, abrangendo um programa de treino de exercícios terapêuticos para doença arterial periférica sintomática (PAD) em doentes com claudicação • Ser conduzido num ambiente hospitalar em regime de ambulatório ou num consultório médico • Ser fornecido por pessoal auxiliar qualificado necessário para assegurar que os benefícios superam os danos e formado em terapia de exercício para doença arterial periférica sintomática (PAD) • Estar sob a supervisão direta de um médico, assistente médico ou enfermeiro clínico/especialista em enfermagem clínica que deve ser formado tanto em técnicas básicas como avançadas de suporte de vida <p>A Terapia de Exercício Supervisionado (SET) pode estar coberta para além de 36 sessões durante 12 semanas por um período adicional de 36 sessões durante um período de tempo prolongado, se considerado clinicamente necessário por um prestador de cuidados de saúde.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	
<p>Transporte</p> <p><i>O Plano fornecerá aos membros transporte para e/ou de um prestador de cuidados primários, visita de especialista, Your Blue Stores e selecionará centros de dia e bibliotecas sediadas em Rhode Island. Os locais dos centros de dia, bibliotecas e Your Blue Stores são especificados pelo Plano.</i></p> <p><i>O benefício é composto por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 viagens de ida por ano. • Cada viagem deve ser de 20 milhas (32 km) ou inferior. (Qualquer viagem superior a 20 milhas (32 km) contará como viagem adicionais e será subtraída do seu total de 24 viagens) • As viagens devem de ser marcadas através da Kaizen Health. • Os membros devem utilizar a plataforma de transporte via web ou telefone para marcar viagens de ida e volta para/de consultas. As viagens coordenadas e realizadas fora da 	\$0 copagamento por viagem

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p><i>plataforma não serão cobertas, a não ser que sejam autorizadas antes da utilização. Em cenários selecionados em que uma unidade baseada na Kaizen Health não esteja disponível, um representante da Kaizen Health fornecer-lhe-á informação adicional sobre reserva de transporte.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>As viagens podem ser reservadas com até 6 meses de antecedência.</i> <p><i>Tem 2 formas de marcar o seu transporte:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Online, em: bcbsri.kaizenhealth.org</i> 2. <i>Por telefone, ligando para 1-833-972-2774</i> <p><i>O horário normal de atendimento ao cliente é das 07h00 às 19h00 CST (Hora Padrão Central). Se um membro não conseguir contactar alguém diretamente, tem a opção de deixar uma mensagem de voz ou enviar um e-mail para support@kaizenhealth.org. A sua questão será tratada no espaço de um dia útil.</i></p>	
<p>Serviços necessários com urgência</p> <p>Serviços necessários com urgência são fornecidos para tratar uma doença médica não urgente, imprevista, enfermidade ou condição que requer cuidados médicos imediatos. Os serviços necessários com urgência podem ser fornecidos por prestadores da rede ou por prestadores fora da rede quando os prestadores da rede estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis.</p> <p>A repartição de custos para serviços necessários com urgência fornecidos fora da rede é a mesma que para tais serviços fornecidos na rede.</p> <p>Os cuidados urgentes estão cobertos em todo o mundo.</p> <p>Este benefício aplica-se aos serviços prestados por um Centro de Cuidados Urgentes. O estatuto de um Centro de Cuidados Urgentes é determinado pelo Plano e pela forma como o prestador está licenciado e/ou funciona.</p>	<p>\$50 copagamento por visita.</p> <p>Para serviços de cuidados urgentes recebidos num centro de cuidados urgentes, aplicar-se-á o copagamento da visita do consultório aplicável.</p> <p>A repartição de custos adicionais pode aplicar-se a determinados serviços recebidos durante uma visita de cuidados urgentes (p.ex., equipamento médico duradouro, testes de diagnóstico ambulatoriais).</p>
<p> Cuidados da visão</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviços médicos ambulatoriais para o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões dos olhos, incluindo o tratamento da degeneração macular relacionada com a idade. O Original 	<p>\$25 copagamento por visita.</p> <p>O copagamento não se aplica</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p>Medicare não cobre os exames oftalmológicos de rotina (refrações oculares) para óculos/lentes de contacto.</p>	<p>aos serviços de cirurgia cobertos prestados num ambiente de consultório ambulatorio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para as pessoas que se encontram em elevado risco de glaucoma, cobriremos um rastreio de glaucoma por ano. As pessoas com elevado risco de glaucoma incluem: pessoas com histórico familiar de glaucoma, pessoas com diabetes, afroamericanos com 50 anos ou mais e hispanoamericanos com 65 anos ou mais. 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para rastreio de glaucoma.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Para pessoas com diabetes, o rastreio da retinopatia diabética está coberto uma vez por ano. 	<p>\$0 copagamento para o rastreio.</p> <p>Pode aplicar-se um copagamento de consultório em separado.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Um par de óculos ou lentes de contacto após cada cirurgia às cataratas que inclui a inserção de uma lente intraocular. (Se tiver duas operações separadas às cataratas, não pode reservar o benefício após a primeira cirurgia e comprar dois pares de óculos após a segunda cirurgia). Lentes/armações corretivas (e substituições) necessárias após uma remoção de cataratas sem um implante de lentes. 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para óculos ou lentes de contacto aprovados pela Medicare, no entanto, quaisquer atualizações são da sua responsabilidade.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <i>O exame oftalmológico anual é coberto quando prestado por um prestador do plano</i> <p><i>Um exame oftalmológico anual é definido pelo plano. Para serviços adicionais de cuidados dos olhos, estes serão cobertos no benefício do consultório especializado aplicável.</i></p>	<p><i>\$0 copagamento.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <i>Ajudas de custo em equipamentos de visão. O Plano dará cobertura para a compra de óculos, armações, e/ou lentes de contacto em todos os anos civis. Embora não exista copagamento para óculos ou lentes de contacto após cirurgia às cataratas, as ajudas de custo podem ser utilizadas para comprar armações ou lentes melhoradas após cirurgia às cataratas. Pode consultar qualquer prestador à sua escolha. Deve apresentar o recibo para reembolso até ao montante permitido.</i> 	<p><i>O plano fornecerá até \$150 por ano. Pagará qualquer saldo remanescente.</i></p> <p><i>Os montantes pagos não atingem os montantes máximos por inteiro.</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar pelos serviços BlueCHiP For Medicare Plus
<p> Visita preventiva "Bem-vindo à Medicare" O plano cobre a visita preventiva única "Bem-vindo à Medicare". A visita inclui uma análise da sua saúde, bem como educação e aconselhamento sobre os serviços de prevenção de que necessita (incluindo determinados rastreios e vacinas), e encaminhamentos para outros cuidados, se necessário.</p> <ul style="list-style-type: none">• Importante: Cobrimos a visita preventiva "Bem-vindo à Medicare" apenas nos primeiros 12 meses em que tiver Medicare Parte B. Quando marcar a sua consulta, informe o consultório do seu médico de que gostaria de marcar a sua visita preventiva "Bem-vindo à Medicare".	Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para a visita preventiva "Bem-vindo à Medicare".

SECÇÃO 3 Que serviços não estão cobertos pelo plano?

Secção 3.1 Serviços que não cobrimos (exclusões)

Esta secção informa-o sobre os serviços que estão "excluídos" da cobertura Medicare e, por conseguinte, não estão cobertos por este plano. Se um serviço estiver "excluído", significa que este plano não cobre o serviço.

A tabela abaixo lista serviços e artigos que, ou não estão cobertos sob qualquer condição, ou estão cobertos apenas sob condições específicas.

Se receber serviços que estão excluídos (não cobertos), deverá ser você a pagá-los. Não pagaremos os serviços médicos excluídos listados na tabela abaixo, exceto nas condições específicas enumeradas. A única exceção: pagaremos se um serviço da tabela abaixo for considerado, após recurso, ser um serviço médico que deveríamos ter pago ou coberto devido à sua situação específica. (Para obter informações sobre como recorrer de uma decisão que tomámos de não cobrir um serviço médico, consulte o Capítulo 9, Secção 5.3 neste folheto).

Todas as exclusões ou limitações dos serviços estão descritas na Tabela de Benefícios ou na tabela abaixo.

Mesmo que receba os serviços excluídos num centro de emergência, os serviços excluídos continuam a não estar cobertos e o nosso plano não pagará por eles.

Capítulo 4. Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)

Serviços não cobertos pela Medicare	Não cobertos sob quaisquer condições	Coberto apenas sob condições específicas
Serviços considerados não razoáveis e necessários, de acordo com as normas do Original Medicare	✓	
<p>Procedimentos médicos e cirúrgicos experimentais, equipamento e medicamentos.</p> <p>Os procedimentos e artigos experimentais são os artigos e procedimentos determinados pelo nosso plano e o Original Medicare por não serem geralmente aceites pela comunidade médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pode ser coberto pelo Original Medicare ao abrigo de um estudo de investigação clínica aprovado pela Medicare ou pelo nosso plano.</p> <p>(Consulte o Capítulo 3, Secção 5 para obter mais informações sobre estudos de investigação clínica).</p>
Quarto privado num hospital.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Coberto apenas quando clinicamente necessário.</p>
Os artigos pessoais no seu quarto num hospital ou num centro de enfermagem especializado, tal como um telefone ou uma televisão.	✓	
Cuidados de enfermagem a tempo inteiro no seu domicílio.	✓	
*Os cuidados de custódia são os cuidados prestados num lar de idosos, instituição para doentes terminais ou outro estabelecimento quando não necessitar de cuidados médicos especializados ou cuidados de enfermagem especializados.	✓	
Os serviços domésticos incluem assistência doméstica básica, incluindo limpeza doméstica ligeira ou preparação de refeições ligeiras.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertos com autorização prévia e quando obtidos por um prestador da rede do plano especificamente contratado para lides domésticas.</p>
Taxas cobradas pelos cuidados prestados pelos seus parentes imediatos ou membros do seu agregado familiar.	✓	

Serviços não cobertos pela Medicare	Não cobertos sob quaisquer condições	Coberto apenas sob condições específicas
Cirurgia plástica ou procedimentos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertos em casos de lesão acidental ou para melhorar o funcionamento de um membro malformado do corpo.</p> <p>Coberto para todas as fases de reconstrução de um peito após uma mastectomia, bem como para que o peito não afetado fique com uma aparência simétrica.</p>
Cuidados dentários de rotina, tais como limpezas, enchimentos ou próteses dentárias.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Coberto. Por favor consulte a secção 2.1 para obter a listagem dos benefícios e limitações.</p>
Cuidados dentários não rotineiros		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Os cuidados dentários necessários para tratar doenças ou lesões podem ser cobertos como cuidados em regime de internamento ou em regime de ambulatório.</p>
Cuidados quiropráticos de rotina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está coberta a manipulação manual da coluna vertebral para corrigir uma subluxação.</p>
Cuidados de rotina com os pés		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Alguns serviços estão cobertos por este plano. Por favor consulte a secção 2.1 para obter a listagem dos benefícios.</p>
Refeições entregues em casa		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Coberto. Por favor consulte a secção 2.1 para obter a listagem dos benefícios e limitações.</p>

Capítulo 4. Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)

Serviços não cobertos pela Medicare	Não cobertos sob quaisquer condições	Coberto apenas sob condições específicas
Calçado ortopédico		✓ Se os sapatos fizerem parte de um aparelho para as pernas e estiverem incluídos no custo do aparelho, ou se os sapatos forem para uma pessoa com a doença do pé diabético.
Dispositivos de apoio para os pés		✓ Sapatos ortopédicos ou terapêuticos para pessoas com a doença do pé diabético.
Exames auditivos de rotina, aparelhos auditivos ou exames para colocar aparelhos auditivos.		✓ Os exames auditivos de rotina estão cobertos por este plano. Por favor consulte a secção 2.1 para obter a listagem dos benefícios.
Exames de rotina aos olhos, óculos, queratotomia radial, cirurgia LASIK (laser) e outros auxiliares de visão reduzida.		✓ O exame oftalmológico e um par de óculos (ou lentes de contacto) estão cobertos para as pessoas após a cirurgia de catarata. Por favor consulte a secção 2.1 para obter a listagem dos benefícios de visão adicionais.
Reversão de procedimentos de esterilização e/ou suprimimentos de contraceptivos não prescritos.	✓	
Acupuntura		✓ Coberto. Por favor consulte a secção 2.1 para obter a listagem dos benefícios e limitações.
Serviços de Naturopata (utiliza tratamentos naturais ou alternativos).	✓	

* Os cuidados de custódia são cuidados pessoais que não requerem a atenção contínua de pessoal médico ou paramédico treinado, tais como cuidados que o ajudam em atividades da vida diária, tais como tomar banho ou vestir-se.

CAPÍTULO 5

Usar a cobertura do plano para os seus medicamentos prescritos da Parte D

Capítulo 5. Usar a cobertura do plano para os seus medicamentos prescritos da Parte D

SECÇÃO 1	Introdução.....	116
Secção 1.1	Este capítulo descreve a sua cobertura para medicamentos da Parte D	116
Secção 1.2	Regras básicas para a cobertura de medicamentos da Parte D do plano	116
SECÇÃO 2	Preencha a sua receita médica numa farmácia da rede ou através do serviço de encomendas do plano.....	117
Secção 2.1	Para ter a cobertura da sua receita médica, utilize uma farmácia da rede ...	117
Secção 2.2	Encontrar farmácias da rede	117
Secção 2.3	Utilizar dos serviços de encomenda do plano	118
Secção 2.4	Como pode obter um suprimento prolongado de medicamentos?	119
Secção 2.5	Quando se pode utilizar uma farmácia que não esteja na rede do plano? ...	120
SECÇÃO 3	Os seus medicamentos precisam de estar na "Lista de Medicamentos" do plano	121
Secção 3.1	A "Lista de Medicamentos" informa que medicamentos da Parte D estão cobertos	121
Secção 3.2	Existem cinco (5) "escalões de repartição de custos" para medicamentos na Lista de Medicamentos.....	122
Secção 3.3	Como pode saber se um medicamento específico se encontra na Lista de Medicamentos?.....	122
SECÇÃO 4	Existem restrições na cobertura de alguns medicamentos	122
Secção 4.1	Porque é que alguns medicamentos têm restrições?	122
Secção 4.2	Que tipos de restrições?.....	123
Secção 4.3	Existe alguma destas restrições que se aplique aos seus medicamentos? ...	124
SECÇÃO 5	E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria que estivesse?.....	124
SECÇÃO 5.1	Há coisas que pode fazer se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria que estivesse	124
Secção 5.2	O que pode fazer se o seu medicamento não constar da Lista de Medicamentos ou se o medicamento estiver de alguma forma restringido?	125
Secção 5.3	O que pode fazer se o seu medicamento estiver num escalão de repartição de custos que pensa ser demasiado elevado?	127
SECÇÃO 6	E se a sua cobertura mudar para um dos seus medicamentos?	128
Secção 6.1	A Lista de Medicamentos pode mudar durante o ano	128

Secção 6.2	O que acontece se a cobertura mudar para um medicamento que está a tomar?	128
SECÇÃO 7	Que tipos de medicamentos <i>não</i> estão cobertos pelo plano?	130
Secção 7.1	Tipos de medicamentos que não cobrimos	130
SECÇÃO 8	Mostre o seu cartão de sócio do plano quando preencher uma receita médica	131
Secção 8.1	Mostre o seu cartão de sócio	131
Secção 8.2	E se não tiver o seu cartão de membro consigo?	131
SECÇÃO 9	Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais	131
Secção 9.1	E se estiver num hospital ou num centro de enfermagem especializado para uma estadia que esteja coberta pelo plano?	131
Secção 9.2	E se for residente num centro de cuidados prolongados (LTC)?	132
Secção 9.3	E se também estiver a receber cobertura de medicamentos de um empregador ou de um plano de grupo de aposentados?	132
Secção 9.4	E se estiver num programa de cuidados paliativos certificados pela Medicare?	133
SECÇÃO 10	Programas sobre segurança e gestão de medicamentos	134
Secção 10.1	Programas para ajudar os membros a utilizar medicamentos em segurança	134
Secção 10.2	Programa de Gestão de Medicamentos (DMP) para ajudar os membros a utilizar os seus medicamentos opiáceos em segurança	134
Secção 10.3	Programa de Gestão de Terapia Medicamentosa (MTM) para ajudar os membros a gerir os seus medicamentos	135

**Sabia que existem programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos?**

Existem programas para ajudar as pessoas com recursos limitados a pagar os seus medicamentos. Estes incluem "Ajuda Extra" e Programas Estatais de Assistência Farmacêutica. Para mais informações, consulte o Capítulo 2, Secção 7.

Está atualmente a receber ajuda para pagar os seus medicamentos?

Se estiver num programa que ajuda a pagar os seus medicamentos, **algumas informações neste *Comprovativo de Cobertura sobre os custos dos medicamentos prescritos da Parte D* não se aplicam a si**. Enviamos-lhe um anexo separado, chamado "Comprovativo de Cobertura Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra no Pagamento de Medicamentos Prescritos" (também conhecido como "Subsídio Adicional de Baixo Rendimento" ou "LIS Adicional"), que lhe fala sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este anexo, por favor ligue para a Equipa de Concierge da Medicare e peça o "LIS Adicional". (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

SECÇÃO 1 **Introdução**

Secção 1.1 Este capítulo descreve a sua cobertura para medicamentos da Parte D
--

Este capítulo explica as **regras de utilização da sua cobertura para medicamentos da Parte D**. O capítulo que se segue diz o que se paga pelos medicamentos da Parte D (Capítulo 6, *O que se paga pelos medicamentos prescritos da Parte D*).

Para além da sua cobertura para medicamentos da Parte D, o BlueCHiP for Medicare Plus também cobre alguns medicamentos ao abrigo dos benefícios médicos do plano. Através da sua cobertura dos benefícios do Medicare Parte A, o nosso plano cobre geralmente os medicamentos que lhe são administrados durante as estadias cobertas no hospital ou num centro de enfermagem especializado. Através da sua cobertura dos benefícios do Medicare Parte B, o nosso plano cobre medicamentos incluindo determinados medicamentos de quimioterapia, determinadas injeções de medicamentos que lhe são administrados durante uma visita ao consultório e medicamentos que lhe são administrados num centro de diálise. O Capítulo 4 (*Tabela de benefícios médicos, o que está coberto e o que paga*) informa sobre os benefícios e custos de medicamentos durante uma estadia coberta num hospital ou centro de enfermagem especializado, bem como sobre os seus benefícios e custos para medicamentos da Parte B.

Os seus medicamentos podem ser cobertos pelo Original Medicare se se encontrar numa instituição para doentes terminais da Medicare. O nosso plano cobre apenas os serviços e medicamentos do Medicare Partes A, B, e D que não estão relacionados com o seu prognóstico terminal e condições relacionadas e, por conseguinte, não cobertos pelo benefício de cuidados paliativos da Medicare. Para obter mais informações, por favor consulte a Secção 9.4 (*E se se encontrar em cuidados paliativos certificados pela Medicare*). Para obter informações sobre a cobertura dos cuidados paliativos, consulte a secção de cuidados paliativos do Capítulo 4 (*Tabela de benefícios médicos, o que está coberto e o que paga*).

As secções que se seguem discutem a cobertura dos seus medicamentos ao abrigo das regras de benefícios da Parte D do plano. A Secção 9, *Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais* inclui mais informações sobre a sua cobertura da Parte D e do Original Medicare.

Secção 1.2 Regras básicas para a cobertura de medicamentos da Parte D do plano
--

Por norma, o plano abrangerá os seus medicamentos, desde que siga estas regras básicas:

- Deve ter um prestador (um médico, dentista ou outro prescriptor) que passe a sua receita médica.
- O seu prescriptor deve aceitar a Medicare ou apresentar documentação com CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) a demonstrar que está qualificado para passar receitas médicas ou o seu pedido da Parte D será negado. Deve perguntar aos seus prescritores, da próxima vez que ligar ou os visitar, se preenchem esta condição. Caso contrário, por favor esteja ciente de que leva tempo para que o seu prescriptor envie a papelada necessária para ser processada.

- Deve geralmente utilizar uma farmácia da rede para preencher a sua receita médica ou através do serviço de encomenda do plano. (Consulte a Secção 2, *Preencha as suas receitas médicas numa farmácia da rede ou através do serviço de encomendas do plano.*)
- O seu medicamento deve estar na *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano (chamamos-lhe "Lista de Medicamentos" para abreviar). (Consulte a Secção 3, *Os seus medicamentos precisam de estar na "Lista de Medicamentos" do plano.*)
- O seu medicamento deve ser utilizado para uma indicação clinicamente aceite. Uma "indicação clinicamente aceite" é um uso do medicamento que é aprovado pela 'Food and Drug Administration' (FDA) ou apoiado por determinados livros de referência. (Consulte a Secção 3 para obter mais informações sobre uma indicação clinicamente aceite).

SECÇÃO 2 **Preencha a sua receita médica numa farmácia da rede ou através do serviço de encomendas do plano**

Secção 2.1 Para ter a cobertura da sua receita médica, utilize uma farmácia da rede

Na maioria dos casos, as suas receitas *só* são cobertas se forem preenchidas numa das farmácias da rede do plano. (Consulte a Secção 2.5 para obter informações sobre quando cobriríamos as receitas médicas preenchidas nas farmácias de fora da rede.)

Uma farmácia da rede é uma farmácia que tem um contrato com o plano para lhe fornecer os seus medicamentos prescritos cobertos. O termo "medicamentos cobertos" significa todos os medicamentos prescritos da Parte D que estão cobertos na Lista de Medicamentos do plano.

A nossa rede inclui farmácias que oferecem repartição de custos padrão e farmácias que oferecem repartição de custos preferencial. Pode ir a qualquer tipo de farmácia da rede para receber os seus medicamentos prescritos cobertos. A sua repartição de custos pode ser menor nas farmácias com repartição de custos preferencial.

Secção 2.2 Encontrar farmácias da rede
--

Como encontra uma farmácia da rede na sua área?

Para encontrar uma farmácia da rede, pode procurar no seu *Diretório de Farmácias*, visitar o nosso site (www.BCBSRI.com/Medicare), ou ligar para a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Pode dirigir-se a qualquer uma das farmácias da nossa rede. No entanto, os seus custos podem ser ainda menores para os seus medicamentos cobertos se utilizar uma farmácia da rede que ofereça uma repartição de custos preferencial em vez de uma farmácia da rede que ofereça uma repartição de custos padrão. O *Diretório de Farmácias* dir-lhe-á qual das farmácias da rede oferece uma repartição de custos preferencial. Pode saber mais sobre como os seus custos por inteiro podem ser diferentes para medicamentos diferentes, entrando em contacto connosco. Se mudar de uma farmácia da rede para outra

e necessitar de uma recarga de um medicamento que tem estado a tomar, pode pedir que lhe seja passada uma nova receita médica por um prestador ou que a sua receita médica seja transferida para a sua nova farmácia da rede.

E se a farmácia que tem utilizado deixar a rede?

Se a farmácia que tem utilizado deixar a rede do plano, terá de encontrar uma nova farmácia que se encontre na rede. Ou se a farmácia que tem utilizado permanecer na rede, mas já não oferecer a repartição de custos preferencial, poderá querer mudar para uma farmácia diferente. Para encontrar outra farmácia da rede na sua área, pode obter ajuda da Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) ou utilizar o *Diretório de Farmácias*. Também pode encontrar informação no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare.

E se precisar de uma farmácia especializada?

Por vezes, as receitas devem ser preenchidas numa farmácia especializada. As farmácias especializadas incluem:

- Farmácias que fornecem medicamentos para terapia de infusão domiciliar.
- Farmácias que fornecem medicamentos aos residentes de um centro de cuidados prolongados (LTC). Normalmente, um centro de cuidados prolongados (LTC) (tal como um lar de idosos) tem a sua própria farmácia. Se se encontrar num centro de cuidados prolongados (LTC), devemos assegurar que pode receber rotineiramente os seus benefícios da Parte D através da nossa rede de farmácias de centro de cuidados prolongados (LTC), que é tipicamente a farmácia que o centro de cuidados prolongados (LTC) utiliza. Se tiver alguma dificuldade em aceder aos seus benefícios da Parte D num centro de cuidados prolongados (LTC), por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare.
- Farmácias que servem o Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (não disponível em Porto Rico). Exceto em casos de emergência, apenas os nativos americanos ou nativos do Alasca têm acesso a estas farmácias da nossa rede.
- Farmácias que distribuem medicamentos que são restringidos pela FDA a determinados locais ou que requerem um tratamento especial, coordenação de prestadores ou educação sobre o seu uso. (Nota: Este cenário deveria ocorrer raramente).

Para localizar uma farmácia especializada, procure no seu *Diretório de Farmácias* ou ligue para a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 2.3	Utilizar dos serviços de encomenda do plano
-------------------	--

O serviço de encomenda do nosso plano permite-lhe encomendar até **90 dias de suprimento de** medicamentos nos escalões 1-4 e **até 30 dias de suprimento** de medicamentos no escalão 5.

Para obter formulários de encomenda e informações sobre o preenchimento das suas receitas pelo correio, ligue para a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) ou visite www.BCBSRI.com/Medicare.

Por norma, um pedido numa farmácia com serviço de encomendas chegar-lhe-á no espaço de 15 dias, no máximo. Uma vez recebidas, a maioria das encomendas será enviada no espaço de 48 horas úteis, mas o tempo padrão de processamento é de 3 a 5 dias úteis. Algumas encomendas que requerem uma análise mais aprofundada podem demorar mais tempo. A entrega de uma encomenda que foi enviada em primeira classe depende do serviço postal local e pode demorar mais 5 a 10 dias úteis para o envio. O tempo de envio não inclui o tempo de processamento da receita médica. Por favor aguarde alguns dias extra para receber a sua primeira encomenda. Se tiver dúvidas ou não receber a sua encomenda dentro dos prazos acima indicados, por favor ligue gratuitamente para 1-855-457-1205.

Novas receitas médicas que a farmácia recebe diretamente do seu consultório médico.

Depois de receber uma receita médica de um prestador de cuidados de saúde, a farmácia entrará em contacto consigo para ver se deseja que a medicação seja preenchida imediatamente ou numa altura posterior. Isto dar-lhe-á a oportunidade de se certificar de que a farmácia está a entregar o medicamento correto (incluindo força, quantidade e forma) e, se necessário, permitir-lhe-á parar ou atrasar a encomenda antes de ser faturada e enviada. É importante que responda de cada vez que for contactado pela farmácia, para lhes dizer o que fazer com a nova receita e para evitar quaisquer atrasos no envio.

Recargas nas receitas de venda por encomenda. Para as recargas, por favor contacte a sua farmácia 15 dias antes de pensar que os medicamentos que tem em mãos se esgotarão, para se certificar de que a sua próxima encomenda lhe será enviada a tempo.

Para que a farmácia possa entrar em contacto consigo para confirmar a sua encomenda antes do envio, por favor não deixe de informar a farmácia das melhores formas de o contactar. Os membros têm a opção de seleccionar se desejam ser contactados por e-mail ou telefone nos formulários de recarga, portal web ou podem contactar a Equipa de Concierge da Medicare para que essas preferências sejam acrescentadas.

Secção 2.4

Como pode obter um suprimento prolongado de medicamentos?

Quando obtiver um suprimento prolongado de medicamentos, a sua repartição de custos poderá ser inferior. O plano oferece duas formas de obter um suprimento prolongado (também denominado de "suprimento alargado") de medicamentos de "manutenção" na Lista de Medicamentos do nosso plano. (Os medicamentos de manutenção são medicamentos que se tomam regularmente, para uma condição médica crónica ou prolongada). Pode encomendar este suprimento por correio (ver Secção 2.3) ou pode dirigir-se a uma farmácia de venda a retalho.

1. **Algumas farmácias de venda a retalho** da nossa rede permitem-lhe obter um suprimento prolongado de medicamentos de manutenção. O seu *Directório de Farmácias* diz-lhe que farmácias da nossa rede podem fornecer-lhe um suprimento prolongado de medicamentos de manutenção. Também pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare para obter mais informações (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

2. Pode utilizar os **serviços de encomenda por correio** da rede do plano. O serviço de encomenda do nosso plano permite-lhe encomendar até 90 dias de suprimento de medicamentos nos escalões 1-4 e até 30 dias de suprimento de medicamentos no escalão 5 (escalão de especialidade). Consulte a Secção 2.3 para obter mais informações sobre a utilização dos nossos serviços de encomenda por correio.

Secção 2.5	Quando se pode utilizar uma farmácia que não esteja na rede do plano?
-------------------	--

A sua receita médica pode estar coberta em determinadas situações

Por norma, *só* cobrimos medicamentos preenchidos numa farmácia fora da rede quando não se pode utilizar uma farmácia da rede. Para o ajudar, temos farmácias da rede fora da nossa área de serviço onde pode preencher as suas receitas médicas enquanto membro do nosso plano. Se não puder utilizar uma farmácia da rede, aqui estão as circunstâncias em que cobriríamos as receitas médicas preenchidas numa farmácia fora da rede:

- A receita médica é para uma emergência médica ou cuidados urgentes.
- Não é possível obter um medicamento coberto num período de necessidade porque não existem farmácias da rede de 24 horas dentro de uma distância de condução razoável.
- A receita médica é para um medicamento que está fora de inventário numa rede de farmácias de venda a retalho ou de serviços de correio acessível (incluindo medicamentos de alto custo e medicamentos exclusivos).
- Está limitado a um suprimento de medicamentos de 30 dias (31 dias para cuidados prolongados) quando preenchidos numa farmácia de fora da rede.

Nestas situações, **por favor verifique primeiro com a Equipa de Concierge da Medicare** para ver se existe uma farmácia da rede nas proximidades. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.) Poderá ter de pagar a diferença entre o que paga pelo medicamento na farmácia fora da rede e o custo que cobriríamos numa farmácia na rede.

Como se pede o reembolso do plano?

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

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

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

O plano tem uma "*Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)*". Neste *Comprovativo de Cobertura*, **Chamamos-lhe a "Lista de Medicamentos", para abreviar.**

Os medicamentos que constam desta lista são selecionados pelo plano com a ajuda de uma equipa de médicos e farmacêuticos. A lista deve cumprir os requisitos estabelecidos pela Medicare. A Medicare aprovou a Lista de Medicamentos do plano.

Os medicamentos constantes da Lista de Medicamentos são apenas aqueles que estão cobertos pelo Medicare Parte D (anteriormente neste capítulo, a Secção 1.1 explica sobre os medicamentos da Parte D).

Por norma, cobriremos um medicamento na Lista de Medicamentos do plano desde que se sigam as outras regras de cobertura explicadas neste capítulo e o uso do medicamento seja uma indicação clinicamente aceite. Uma "indicação clinicamente aceite" é um uso do medicamento que é:

- Aprovado pela 'Food and Drug Administration' (FDA). (Isto é, a 'Food and Drug Administration' (FDA) aprovou o medicamento para o diagnóstico ou doença para a qual ele está a ser prescrito).
- -- ou -- apoiado por determinadas referências, tais como o 'American Hospital Formulary Service Drug Information' e o Sistema de Informação DRUGDEX.

A Lista de Medicamentos inclui tanto o nome da marca como os medicamentos genéricos

Um medicamento genérico é um medicamento prescrito que tem os mesmos princípios ativos que o medicamento de marca. Por norma, funciona tão bem quanto o medicamento de marca e normalmente custa menos. Existem substitutos de medicamentos genéricos disponíveis para muitos medicamentos de marca.

O que não está na Lista de Medicamentos?

O plano não cobre todos os medicamentos prescritos.

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

Secção 3.2 **Existem cinco (5) "escalões de repartição de custos" para medicamentos na Lista de Medicamentos**

Cada medicamento na Lista de Medicamentos do plano encontra-se num dos cinco (5) escalões de repartição de custos. Geralmente, quanto maior for o escalão de repartição de custos, maior será o seu custo do medicamento:

- O escalão 1 de repartição de custos é o escalão genérico preferencial que inclui os medicamentos genéricos (escalão mais baixo de copagamento)
- O escalão 2 de repartição de custos é o escalão genérico que inclui os medicamentos genéricos.
- O escalão 3 de repartição de custos é o escalão de marca preferencial que inclui os medicamentos de marca e genéricos
- O escalão 4 de repartição de custos é o escalão de medicamentos não-preferencial que inclui os medicamentos de marca e genéricos (escalão mais alto de copagamento)
- O escalão 5 de repartição de custos é o escalão de especialidade que inclui medicamentos de marca e genéricos de alto custo (escalão de comparticipação)

Para saber em que escalão de repartição de custos se encontra o seu medicamento, procure na Lista de Medicamentos do plano.

O montante que paga pelos medicamentos em cada escalão de repartição de custos é apresentado no Capítulo 6 (*O que se paga pelos medicamentos prescritos da Parte D*).

Secção 3.3 **Como pode saber se um medicamento específico se encontra na Lista de Medicamentos?**

Tem três (3) formas de saber:

1. Verifique a Lista de Medicamentos mais recente que fornecemos eletronicamente.
2. Visite o site do plano (www.BCBSRI.com/Medicare). A Lista de Medicamentos no site é sempre a mais atual.
3. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare para saber se um determinado medicamento está na lista de medicamentos do plano ou para pedir uma cópia da lista. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

SECÇÃO 4 **Existem restrições na cobertura de alguns medicamentos**

Secção 4.1 **Porque é que alguns medicamentos têm restrições?**

Para determinados medicamentos prescritos, regras especiais restringem como e quando o plano os cobre. Uma equipa de médicos e farmacêuticos desenvolveu estas regras para ajudar os nossos membros

a utilizar os medicamentos da forma mais eficaz. Estas regras especiais também ajudam a controlar os custos globais dos medicamentos, o que mantém a sua cobertura medicamentosa mais acessível.

Por norma, as nossas regras encorajam-no a obter um medicamento que funcione para a sua condição médica e que seja seguro e eficaz. Sempre que um medicamento seguro e de baixo custo funcione tão bem clinicamente quanto um medicamento de custo mais elevado, as regras do plano são concebidas para o encorajar a si e ao seu prestador a utilizar a opção de custo mais baixo. Precisamos também de cumprir as regras e regulamentos da Medicare para a cobertura de medicamentos e repartição de custos.

Se houver uma restrição para o seu medicamento, significa, por norma, que você ou o seu prestador terá de tomar medidas adicionais para que possamos cobrir o medicamento. Se quiser que renunciemos à restrição por si, terá de utilizar o processo de decisão de cobertura e pedir-nos que se abra uma exceção. Podemos ou não concordar em renunciar à restrição para si. (Consulte o Capítulo 9, Secção 6.2 para obter informações sobre pedidos de exceções).

Por favor tenha em atenção que, por vezes, um medicamento pode aparecer mais do que uma vez na nossa lista de medicamentos. Isto acontece porque se podem aplicar diferentes restrições ou repartição de custos com base em fatores tais como a intensidade, quantidade ou forma do medicamento prescrito pelo seu prestador de cuidados de saúde (por exemplo, 10 mg vs. 100 mg; um por dia vs. dois por dia; comprimido vs. líquido).

Secção 4.2 Que tipos de restrições?

O nosso plano utiliza diferentes tipos de restrições para ajudar os nossos membros a utilizar os medicamentos da forma mais eficaz. As secções abaixo fornecem mais informações sobre os tipos de restrições que utilizamos para determinados medicamentos.

Restrição de medicamentos de marca quando uma versão genérica está disponível

Por norma, um medicamento "genérico" funciona tão bem quanto o medicamento de marca e normalmente custa menos. Na maioria dos casos, **quando uma versão genérica de um medicamento de marca está disponível, as nossas farmácias da rede fornecer-lhe-ão a versão genérica.** Por norma, não cobriremos o medicamento de marca quando uma versão genérica estiver disponível. No entanto, se o seu prestador nos tiver dado uma razão médica para que o medicamento genérico não funcione consigo, então cobriremos o medicamento de marca. (A sua parte do custo pode ser maior para o medicamento de marca do que para o medicamento genérico).

Obter a aprovação do plano com antecedência

Para determinados medicamentos, você ou o seu prestador precisa de obter a aprovação do plano antes de concordarmos em cobrir o seu medicamento. A isto chama-se "**autorização prévia.**" Por vezes a exigência de obter aprovação com antecedência ajuda a orientar o uso apropriado de determinados medicamentos. Se não obtiver esta aprovação, o seu medicamento pode não ser coberto pelo plano.

Experimentar um medicamento diferente primeiro

Este requisito encoraja-o a experimentar medicamentos menos dispendiosos, mas igualmente eficazes, antes de o plano cobrir outro medicamento. Por exemplo, se o medicamento A e o medicamento B tratarem da mesma condição médica, o plano pode exigir que experimente primeiro o medicamento A. Se o medicamento A não funcionar em si, o plano cobrirá então o medicamento B. Este requisito para experimentar primeiro um medicamento diferente é denominado de "**protocolo por etapas.**"

Limites de quantidade

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

Secção 4.3	Existe alguma destas restrições que se aplique aos seus medicamentos?
-------------------	--

A Lista de Medicamentos do plano inclui informação sobre as restrições descritas acima. Para saber se alguma destas restrições se aplica a um medicamento que toma ou pretende tomar, consulte a Lista de Medicamentos. Para obter informações mais atualizadas, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) ou consulte o nosso site (www.BCBSRI.com/Medicare).

Se houver uma restrição para o seu medicamento, significa, por norma, que você ou o seu prestador terá de tomar medidas adicionais para que possamos cobrir o medicamento. Se houver uma restrição ao medicamento que deseja tomar, deve contactar a Equipa de Concierge da Medicare para saber o que você ou o seu prestador precisaria de fazer para obter cobertura para o medicamento. Se quiser que renunciemos à restrição por si, terá de utilizar o processo de decisão de cobertura e pedir-nos que se abra uma exceção. Podemos ou não concordar em renunciar à restrição para si. (Consulte o Capítulo 9, Secção 6.2 para obter informações sobre pedidos de exceções).

SECÇÃO 5	E se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria que estivesse?
-----------------	---

SECÇÃO 5.1	Há coisas que pode fazer se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria que estivesse
-------------------	---

Esperamos que a sua cobertura de medicamentos funcione bem para si. Mas é possível que possa haver um medicamento que esteja atualmente a tomar, ou um que você e o seu prestador pensem que deveria estar a tomar que não esteja no nosso formulário ou que esteja no nosso formulário com restrições. Por exemplo:

- O medicamento pode não estar coberto, de todo. Ou talvez esteja coberta uma versão genérica do medicamento, mas a versão de marca que se pretende tomar não está coberta.
- O medicamento está coberto, mas existem regras extra ou restrições de cobertura para esse medicamento. Como explicado na Secção 4, alguns dos medicamentos cobertos pelo plano têm regras adicionais para restringir o seu uso. Por exemplo, poderá ter de experimentar primeiro um medicamento diferente, para ver se vai funcionar, antes de obter cobertura do medicamento que pretende tomar. Ou pode haver limites quanto à quantidade do medicamento (número de comprimidos, etc.) que é coberta durante um determinado período de tempo. Em alguns casos, pode querer que renunciemos à restrição por si.
- O medicamento está coberto, mas está num escalão de repartição de custos que torna a sua repartição de custos mais cara do que pensa que deveria ser. O plano coloca cada medicamento coberto num dos cinco (5) escalões diferentes de repartição de custos. O quanto paga pela sua receita médica depende, em parte, de qual é o escalão de repartição de custos do seu medicamento.

Há coisas que pode fazer se um dos seus medicamentos não estiver coberto da forma que gostaria que estivesse. As suas opções dependem do tipo de problema que tiver:

- Se o seu medicamento não constar da Lista de Medicamentos ou se o seu medicamento estiver restringido, consulte a Secção 5.2 para saber o que pode fazer.
- Se o seu medicamento estiver num escalão de repartição de custos que torna o seu custo mais caro do que pensa que deveria ser, consulte a Secção 5.3 para saber o que pode fazer.

Secção 5.2	O que pode fazer se o seu medicamento não constar da Lista de Medicamentos ou se o medicamento estiver de alguma forma restringido?
-------------------	--

Se o seu medicamento não constar da Lista de Medicamentos ou se o estiver restringido, aqui está o que pode fazer:

- Poderá obter um suprimento temporário do medicamento (apenas os membros em determinadas situações podem obter um suprimento temporário). Isto dar-lhe-á a si e ao seu prestador tempo para mudar para outro medicamento ou para apresentar um pedido para ter o medicamento coberto.
- Pode mudar para outro medicamento.
- Pode solicitar uma exceção e pedir ao plano para cobrir o medicamento ou remover as restrições do medicamento.

Poderá conseguir obter um suprimento temporário

Sob determinadas circunstâncias, o plano pode oferecer-lhe um suprimento temporário de um medicamento quando o seu medicamento não constar da Lista de Medicamentos ou quando é, de alguma forma, restringido. Fazer isto dá-lhe tempo para falar com o seu prestador sobre a mudança na cobertura e perceber o que fazer.

Para ser elegível para um suprimento temporário, deve satisfazer os dois requisitos abaixo indicados:

1. A alteração da sua cobertura de medicamentos deve enquadrar-se num dos seguintes tipos de alterações:

- O medicamento que tem estado a tomar já não faz parte da Lista de Medicamentos do plano.
- -- ou -- o medicamento que tem estado a tomar é agora, de alguma forma, restrito (a Secção 4 deste capítulo fala de restrições).

2. Deve encontrar-se numa das situações descritas abaixo:

- **Para os membros que são novos ou que se encontravam no plano no ano passado:**

Cobriremos um suprimento temporário do seu medicamento **durante os primeiros 90 dias da sua adesão ao plano, se fosse novo, e durante os primeiros 90 dias do ano civil, se estivesse no plano no ano passado.** Este suprimento temporário terá uma duração máxima de 30 dias. Se a sua receita médica for escrita durante menos dias, permitiremos preenchimentos múltiplos para fornecer até um máximo de 30 dias de suprimento de medicação. A receita médica deve ser preenchida numa farmácia da rede. (Por favor tenha em atenção que a farmácia de cuidados prolongados pode fornecer o medicamento em menores quantidades de cada vez para evitar desperdícios).

- **Para os membros que estão no plano há mais de 90 dias e residem num centro de cuidados prolongados (LTC) e necessitam de um suprimento imediato:**

Cobriremos um suprimento de 31 dias de um determinado medicamento, ou menos, se a sua receita médica for passada para menos dias. Isto é, para além da situação de suprimento temporário acima referida.

- Pode ter alterações que o levem de um nível de cuidados de saúde para outro. Durante este nível de mudança de cuidados, podem ser prescritos medicamentos que não estão cobertos pelo seu plano. Se isto acontecer, você e o seu médico devem utilizar o processo de pedido de determinação de cobertura do seu plano. Para evitar uma lacuna nos cuidados quando tiver alta, poderá obter um suprimento total para regime de ambulatório que permitirá a continuação da terapia assim que o suprimento limitado de alta tiver acabado. Este suprimento para regime de ambulatório está disponível antes da alta de um internamento no âmbito do Medicare Parte A. Quando é internado ou tem alta de um centro de cuidados prolongados (LTC), pode não ter acesso aos medicamentos que lhe foram dados previamente. No entanto, pode obter uma recarga no momento do internamento ou da alta.

Para pedir um suprimento temporário, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Durante o tempo em que está a receber um fornecimento temporário de um medicamento, deve falar com o seu prestador 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 secções abaixo fornecem mais informação sobre estas opções.

Pode mudar para outro medicamento

Comece por falar com o seu prestador. Talvez exista um medicamento diferente coberto pelo plano que possa funcionar tão bem para si quanto o outro medicamento. Pode ligar para a Equipa de Concierge da Medicare para pedir uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. Esta lista pode ajudar o seu prestador a encontrar um medicamento coberto que possa funcionar para si. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

Pode pedir uma exceção

Você e o seu prestador podem pedir ao plano para abrir uma exceção para si e cobrir o medicamento da forma que gostariam que fosse coberto. Se o seu prestador disser que tem razões médicas que justificam o pedido de uma exceção, o seu prestador pode ajudá-lo a pedir uma exceção à regra. Por exemplo, pode pedir ao plano para cobrir um medicamento, mesmo que não conste da Lista de Medicamentos do plano. Ou pode pedir ao plano para abrir uma exceção e cobrir o medicamento sem restrições.

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

Secção 5.3	O que pode fazer se o seu medicamento estiver num escalão de repartição de custos que pensa ser demasiado elevado?
-------------------	---

Se o seu medicamento estiver num escalão de repartição de custos que pensa ser demasiado elevado, aqui está o que pode fazer:

Pode mudar para outro medicamento

Se o seu medicamento estiver num escalão de repartição de custos que pensa ser demasiado elevado, comece por falar com o seu prestador. Talvez exista um medicamento diferente num escalão de repartição de custos mais baixo que possa funcionar tão bem para si quanto o outro medicamento. Pode ligar para a Equipa de Concierge da Medicare para pedir uma lista de medicamentos cobertos que tratam a mesma condição médica. Esta lista pode ajudar o seu prestador a encontrar um medicamento coberto que possa funcionar para si. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

Pode pedir uma exceção

Você e o seu prestador podem pedir ao plano para abrir uma exceção no escalão de repartição de custos para o medicamento, para que pague menos por ele. Se o seu prestador disser que tem razões médicas que justificam o pedido de uma exceção, o seu prestador pode ajudá-lo a pedir uma exceção à regra.

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

Os medicamentos do escalão 1 (escalão genérico preferencial) e do escalão 5 (escalão de especialidade) não são elegíveis para este tipo de exceção. Não baixamos o montante da repartição de custos de medicamentos nestes escalões.

SECÇÃO 6 E se a sua cobertura mudar para um dos seus medicamentos?

Secção 6.1 A Lista de Medicamentos pode mudar durante o ano

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

- **Adicionar ou remover medicamentos da Lista de Medicamentos.** Novos medicamentos tornam-se disponíveis, incluindo novos medicamentos genéricos. Talvez o governo tenha dado aprovação a um novo uso para um medicamento existente. Por vezes, um medicamento é recolhido e decidimos não o cobrir. Ou podemos remover um medicamento da lista por se ter verificado que não é eficaz.
- **Mudar um medicamento para um escalão de repartição de custos mais alto ou mais baixo.**
- **Adicionar ou remover uma restrição à cobertura de um medicamento** (para obter mais informações sobre restrições à cobertura, consulte a Secção 4 neste capítulo).
- **Substituir um medicamento de marca por um medicamento genérico.**

Devemos seguir os requisitos da Medicare antes de alterarmos a Lista de Medicamentos do plano.

Secção 6.2 O que acontece se a cobertura mudar para um medicamento que está a tomar?

Informação sobre alterações à cobertura de medicamentos

Quando ocorrem alterações à Lista de Medicamentos durante o ano, publicamos informação no nosso site sobre essas alterações. Atualizaremos regularmente a nossa Lista de Medicamentos online de forma a incluir quaisquer alterações que tenham ocorrido após a última atualização. A seguir indicamos as alturas em que seria avisado diretamente se fossem feitas alterações a um medicamento que estivesse a tomar nessa altura. Também pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare para obter mais informações (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

As alterações à sua cobertura de medicamentos afetam-no de imediato?

Alterações que o podem afetar este ano: Nos casos abaixo, será afetado pelas mudanças de cobertura durante o ano em curso:

- **Um novo medicamento genérico substitui um medicamento de marca na Lista de Medicamentos (alteramos o escalão de repartição de custos ou acrescentamos novas restrições ao medicamento de marca, ou sucedem ambos os casos)**
 - Podemos remover imediatamente um medicamento de marca na nossa Lista de Medicamentos se o estivermos a substituir por uma versão genérica recentemente aprovada do mesmo medicamento que irá aparecer no mesmo escalão de repartição de custos ou com as mesmas ou

menos restrições. Além disso, ao adicionar o novo medicamento genérico, podemos decidir manter o medicamento de marca na nossa Lista de Medicamentos, mas imediatamente transferi-lo para um escalão de repartição de custos mais elevado ou adicionar novas restrições ou ambas.

- Podemos não lhe comunicar antecipadamente antes de fazermos essa mudança—mesmo que esteja atualmente a tomar o medicamento de marca
 - Você ou o seu prescritor pode pedir-nos para abirmos uma exceção e continuarmos a fazer a cobertura do seu medicamento de marca. Para obter informações sobre como pedir uma exceção, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).
 - Se estiver a tomar o medicamento de marca no momento em que fizermos a mudança, fornecer-lhe-emos informações sobre a(s) mudança(s) específica(s) que fizemos. Isto incluirá também informações sobre as medidas que poderá tomar para pedir uma exceção para cobrir o medicamento de marca. Poderá não receber este aviso antes de efetuarmos a alteração.
- **Medicamentos inseguros e outros medicamentos da Lista de Medicamentos que são retiradas do mercado**
 - De vez em quando, um medicamento pode ser subitamente retirado porque se verificou que não é seguro ou que foi retirado do mercado por outra razão. Se isto acontecer, removeremos imediatamente o medicamento da Lista de Medicamentos. Se estiver a tomar esse medicamento, informá-lo-emos imediatamente sobre esta mudança.
 - O seu prescritor também saberá desta mudança e pode trabalhar juntamente consigo para encontrar outro medicamento para a sua doença.
 - **Outras alterações aos medicamentos na Lista de Medicamentos**
 - Poderemos fazer outras alterações, uma vez iniciado o ano, que afetem os medicamentos que está a tomar. Por exemplo, podemos acrescentar um medicamento genérico que não é novo no mercado para substituir um medicamento de marca ou alterar o escalão de repartição de custos ou acrescentar novas restrições ao medicamento de marca ou a ambos. Também podemos fazer alterações com base em avisos da FDA em caixa (nos folhetos informativos) ou novas diretrizes clínicas reconhecidas pela Medicare. Devemos avisá-lo com pelo menos 30 dias de antecedência da alteração ou dar-lhe um aviso prévio da alteração e uma recarga de 30 dias do medicamento que está a tomar numa farmácia da rede.
 - Depois de receber a notificação da mudança, deverá trabalhar com o seu prescritor para mudar para um medicamento diferente coberto por nós.
 - Você ou o seu prescritor pode pedir-nos para abrir uma exceção e continuarmos a fazer a cobertura do seu medicamento. Para obter informações sobre como pedir uma exceção, consulte o Capítulo 9 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Alterações dos medicamentos na Lista de Medicamentos que não irão afetar as pessoas que atualmente tomam o medicamento: Para alterações na Lista de Medicamentos que não estejam

descritas acima, se estiver atualmente a tomar o medicamento, os tipos de alterações que se seguem não o afetarão até 1 de janeiro do próximo ano, se permanecer no plano:

- Se mudarmos o seu medicamento para um escalão de repartição de custos mais elevado.
- Se colocarmos uma nova restrição ao seu uso do medicamento.
- Se removermos medicamentos da Lista de Medicamentos

Se alguma destas alterações acontecer para um medicamento que esteja a tomar (mas não devido a uma retirada do mercado, um medicamento genérico em substituição de um medicamento de marca, ou outra alteração assinalada nas secções acima), então a alteração não afetará a sua utilização ou o que pagar como parte do custo até 1 de janeiro do próximo ano. Até essa data, provavelmente não verá qualquer aumento nos seus pagamentos ou qualquer restrição adicional ao seu uso do medicamento. Este ano não será notificado diretamente sobre mudanças que não o afetem. No entanto, a 1 de janeiro do próximo ano, as alterações irão afetá-lo, e é importante verificar a Lista de Medicamentos no novo ano de benefícios para quaisquer alterações aos medicamentos.

SECÇÃO 7 **Que tipos de medicamentos *não* estão cobertos pelo plano?**

Secção 7.1	Tipos de medicamentos que não cobrimos
-------------------	---

Esta secção diz-lhe que tipos de medicamentos prescritos estão "excluídos". Isto significa que a Medicare não paga estes medicamentos.

Se receber medicamentos que estão excluídos, deverá ser você a pagá-los. Não pagaremos os medicamentos listados nesta secção. A única exceção: Se o medicamento solicitado for considerado, mediante recurso, como sendo um medicamento que não está excluído ao abrigo da Parte D e devíamos tê-lo pago ou coberto devido à sua situação específica. (Para obter informações sobre como recorrer de uma decisão que tomámos de não cobrir um medicamento, consulte o Capítulo 9, Secção 6.5 neste folheto).

Aqui estão três regras gerais sobre medicamentos que os planos de medicamentos Medicare não cobrirão na Parte D:

- A cobertura de medicamentos da Parte D do nosso plano não pode cobrir um medicamento que seria coberto pelo Medicare Parte A ou Parte B.
- O nosso plano não pode cobrir um medicamento comprado fora dos Estados Unidos e dos seus territórios.
- Por norma, o nosso plano não pode cobrir a utilização não indicada no rótulo. "Utilização não indicada no rótulo" é qualquer uso do medicamento para além dos indicados no rótulo de um medicamento, tal como aprovado pela Food and Drug Administration (FDA).
 - Geralmente, a cobertura para "utilização não indicada no rótulo" só é permitida quando a utilização é apoiada por certas referências, tais como o 'American Hospital Formulary Service Drug Information' e o Sistema de Informação DRUGDEX. Se a utilização não for apoiada por nenhuma destas referências, então o nosso plano não pode cobrir a sua "utilização não indicada no rótulo".

Além disso, por lei, estas categorias de medicamentos não são cobertas pelos planos de medicamentos Medicare:

- Medicamentos não sujeitos a receita médica (também denominados de medicamentos de venda livre)
- Medicamentos quando utilizados para promover a fertilidade
- Medicamentos quando utilizados para o alívio de sintomas de tosse ou constipação
- Medicamentos quando utilizados para fins estéticos ou para promover o crescimento do cabelo

- Vitaminas e produtos minerais prescritos, exceto vitaminas pré-natais e preparações de flúor
- Medicamentos quando utilizados para o tratamento de disfunções sexuais ou eréteis
- Medicamentos quando utilizados para o tratamento de anorexia, perda ou ganho de peso
- Medicamentos para regime de ambulatório para os quais o fabricante procura exigir que os testes ou serviços de monitorização associados sejam comprados exclusivamente ao fabricante como condição de venda

Se receber "Ajuda Extra" ao pagar os seus medicamentos, o seu programa estatal Medicaid pode cobrir alguns medicamentos prescritos que normalmente não estão cobertos por um plano de medicamentos Medicare. Por favor entre em contacto com o seu programa estatal Medicaid para determinar que cobertura de medicamentos poderá estar disponível para si. (Pode encontrar números de telefone e informações de contacto do Medicaid no Capítulo 2, Secção 6.)

SECÇÃO 8 Mostre o seu cartão de sócio do plano quando preencher uma receita médica

Secção 8.1 Mostre o seu cartão de sócio

Para preencher a sua receita médica, mostre o seu cartão de membro do plano na farmácia da rede que escolher. Quando mostrar o seu cartão de membro do plano, a farmácia da rede cobrará automaticamente ao plano pela *nossa* parte do custo coberto do seu medicamento prescrito. Terá de pagar à farmácia a *sua* parte dos custos quando levantar a sua médica.

Secção 8.2 E se não tiver o seu cartão de membro consigo?

Se não tiver consigo o seu cartão de membro do plano quando preencher a sua receita médica, peça à farmácia que ligue para o plano para obter as informações necessárias.

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

SECÇÃO 9 Cobertura de medicamentos da Parte D em situações especiais

Secção 9.1 E se estiver num hospital ou num centro de enfermagem especializado para uma estadia que esteja coberta pelo plano?
--

Se for internado num hospital ou num centro de enfermagem especializado para uma estadia coberta pelo plano, por norma, cobriremos o custo dos medicamentos prescritos durante a sua estadia. Assim que sair do hospital ou de um centro de enfermagem especializado, o plano cobrirá os seus medicamentos, desde que os medicamentos cumpram todas as nossas regras de cobertura. Consulte as partes anteriores desta secção que informam sobre as regras para obter cobertura de medicamentos. O

Capítulo 6 (*O que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D*) fornece mais informações sobre a cobertura de medicamentos e o que paga.

Por favor, tenha em atenção que: Quando dá entrada, vive ou sai de um centro de enfermagem especializado, tem direito a um Período Especial de Inscrição. Durante este período de tempo, pode trocar de planos ou alterar a sua cobertura. (Capítulo 10, *Terminar a sua adesão ao plano*, diz quando pode sair do nosso plano e aderir a um plano Medicare diferente).

Secção 9.2 E se for residente num centro de cuidados prolongados (LTC)?

Normalmente, um centro de cuidados prolongados (LTC) (como um lar de idosos) tem a sua própria farmácia ou uma farmácia que fornece medicamentos a todos os seus residentes. Se for residente de um centro de cuidados prolongados, poderá obter os seus medicamentos prescritos através da farmácia do centro, desde que faça parte da nossa rede.

Verifique o seu *Diretório de Farmácias* para saber se a sua farmácia do centro de cuidados prolongados faz parte da nossa rede. Se não fizer, ou se precisar de mais informações, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

E se for residente num centro de cuidados prolongados (LTC) e se se tornar um novo membro do plano?

Se precisar de um medicamento que não conste da nossa Lista de Medicamentos ou que seja, de alguma forma, restrito, o plano cobrirá um **suprimento temporário** do seu medicamento durante os primeiros 90 dias da sua filiação. O fornecimento total será para um máximo de 31 dias ou menos se a sua receita médica for passada por menos dias. (Por favor tenha em atenção que a farmácia do centro de cuidados prolongados (LTC) pode fornecer o medicamento em menores quantidades de cada vez para evitar desperdícios). Se for membro do plano há mais de 90 dias e necessitar de um medicamento que não conste da nossa Lista de Medicamentos ou se o plano tiver qualquer restrição à cobertura do medicamento, cobriremos um suprimento de 31 dias, ou menos, se a sua receita médica for passada por menos dias.

Durante o tempo em que está a receber um fornecimento temporário de um medicamento, deve falar com o seu prestador para decidir o que fazer quando o seu fornecimento temporário se esgotar. Talvez exista um medicamento diferente coberto pelo plano que possa funcionar tão bem para si quanto o outro medicamento. Você e o seu prestador podem pedir ao plano para abrir uma exceção para si e cobrir o medicamento da forma que gostariam que fosse coberto. Se você e o seu prestador quiserem pedir uma exceção, o Capítulo 9, Secção 6.4 diz o que devem fazer.

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

Tem atualmente outra cobertura de medicamentos prescritos através do seu empregador (ou do empregador do seu cônjuge) ou grupo de aposentados? Em caso afirmativo, por favor contacte o

administrador de benefícios desse grupo. Essa pessoa pode ajudá-lo a determinar a forma como a sua cobertura atual de medicamentos prescritos irá funcionar com o nosso plano.

Por norma, se estiver empregado atualmente, a cobertura de medicamentos prescritos que receber de nós será *secundária* em relação à cobertura do seu empregador ou grupo de aposentados. Isso significa que a cobertura do seu grupo pagaria primeiro.

Nota especial sobre a 'cobertura credível':

Todos os anos o seu empregador ou grupo de aposentados deve enviar-lhe um aviso a informar se a sua cobertura de medicamentos prescritos para o próximo ano civil é "credível" e quais as escolhas que tem para a cobertura de medicamentos.

Se a cobertura do plano do grupo for "**credível**", isso significa que o plano tem cobertura de medicamentos que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare.

Mantenha estes avisos sobre cobertura credível, pois poderá precisar deles mais tarde. Se se inscrever num plano Medicare que inclua cobertura de medicamentos da Parte D, poderá precisar destes avisos para mostrar que manteve uma cobertura credível. Se não recebeu um aviso sobre cobertura credível do seu empregador ou plano de grupo de aposentados, pode obter uma cópia do administrador de benefícios do seu empregador ou do plano de aposentados ou do empregador ou sindicato.

Secção 9.4	E se estiver num programa de cuidados paliativos certificados pela Medicare?
-------------------	---

Os medicamentos nunca são cobertos tanto pelos cuidados paliativos como pelo nosso plano ao mesmo tempo. Se estiver inscrito em cuidados paliativos da Medicare e necessitar de um medicamento antináuseas, laxante, analgésico ou antiansiedade que não esteja coberto pelos seus cuidados paliativos por não estarem relacionados com a sua doença terminal e doenças relacionadas, o nosso plano deve receber notificação do prescritor ou do seu prestador de cuidados paliativos de que o medicamento não está relacionado antes do nosso plano poder cobrir o medicamento. Para evitar atrasos na receção de quaisquer medicamentos não relacionados que devam ser cobertos pelo nosso plano, pode pedir ao seu prestador ou prescritor de cuidados paliativos que se certifique de que temos a notificação de que o medicamento não está relacionado antes de pedir a uma farmácia para preencher a sua receita médica.

Caso revogue a sua eleição para cuidados paliativos ou tenha alta do hospital, o nosso plano deve cobrir todos os seus medicamentos. Para evitar quaisquer atrasos numa farmácia quando o benefício de cuidados paliativos da Medicare terminar, deve entregar documentação na farmácia para verificar a sua revogação ou alta. Consulte as partes anteriores desta secção que informam sobre as regras para obter cobertura de medicamentos ao abrigo da Parte D. O Capítulo 6 (*O que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D*) fornece mais informações sobre a cobertura de medicamentos e o que paga.

SECÇÃO 10 Programas sobre segurança e gestão de medicamentos

Secção 10.1 Programas para ajudar os membros a utilizar medicamentos em segurança

Levamos a cabo análises de utilização de medicamentos para os nossos membros, para ajudar a garantir que estão a receber cuidados seguros e apropriados. Estas análises são especialmente importantes para os membros que têm mais do que um prestador a prescrever os seus medicamentos.

Fazemos uma análise de cada vez que preenche uma receita médica. Também analisamos regularmente os nossos registos. Durante estas análises, procuramos problemas potenciais como, por exemplo:

- Possíveis erros de medicação
- Medicamentos que podem não ser necessários porque está a tomar outro medicamento para tratar a mesma condição médica
- Medicamentos que podem não ser seguros ou apropriados devido à sua idade ou género
- Determinadas combinações de medicamentos que poderiam prejudicá-lo se as tomasse ao mesmo tempo
- Receitas médicas passadas para medicamentos com ingredientes a que é alérgico
- Possíveis erros na quantidade (dosagem) de um medicamento que está a tomar.
- Quantidades inseguras de medicamentos opiáceos para a dor

Se detetarmos um possível problema na sua utilização de medicamentos, trabalharemos com o seu prestador para corrigir o problema.

Secção 10.2 Programa de Gestão de Medicamentos (DMP) para ajudar os membros a utilizar os seus medicamentos opiáceos em segurança

Temos um programa que pode ajudar a garantir que os nossos membros utilizam com segurança os seus medicamentos opiáceos prescritos e outros medicamentos que são frequentemente com abuso de utilização. Este programa é denominado de Programa de Gestão de Medicamentos (DMP). Se utilizar medicamentos opiáceos que recebe de vários médicos ou farmácias, poderemos falar com os seus médicos para nos certificarmos que a sua utilização de medicamentos opiáceos é apropriado e clinicamente necessário. Trabalhar com os seus médicos, se decidirmos que a sua utilização de medicamentos opiáceos prescritos não é segura, poderemos limitar a forma como pode obter esses medicamentos. As limitações podem ser:

- Pedir-lhe que obtenha todas as suas receitas médicas de medicação com opiáceos de determinadas farmácias
- Pedir-lhe que obtenha todas as suas receitas médicas de medicação com opiáceos de determinados médicos
- Limitar a quantidade de medicamentos opiáceos que cobriremos para si

Se considerarmos que uma ou mais destas limitações se deve aplicar a si, enviar-lhe-emos uma carta com antecedência. A carta terá informações que explicarão as limitações que consideramos que lhe devem ser aplicadas. Terá também a oportunidade de nos dizer que médicos ou farmácias prefere utilizar e falar sobre qualquer outra informação que considere importante que saibamos. Depois de ter tido a

oportunidade de responder, se decidirmos limitar a sua cobertura para estes medicamentos, enviar-lhe-emos outra carta a confirmar a limitação. Se considerar que cometemos um erro ou discordar da nossa determinação de que corre o risco de uso indevido de medicamentos prescritos ou com a sua limitação, você e seu prescritor têm o direito de recorrer. Se optar por recorrer, iremos analisar o seu caso e dar-lhe-emos uma decisão. Se continuarmos a negar qualquer parte do seu pedido relacionada com as limitações que se aplicam ao seu acesso aos medicamentos, enviaremos automaticamente o seu caso a um analista independente fora do nosso plano. Consulte o Capítulo 9 para obter informações sobre como pedir um recurso.

O Programa de Gestão de Medicamentos (DMP) poderá não se aplicar a si se tiver determinadas condições médicas, tais como cancro, se estiver a receber cuidados numa instituição para doentes terminais, cuidados paliativos ou em fim de vida, ou se viver num centro de cuidados prolongados.

Secção 10.3	Programa de Gestão de Terapia Medicamentosa (MTM) para ajudar os membros a gerir os seus medicamentos
--------------------	--

Temos um programa que pode ajudar os nossos membros com necessidades de saúde complexas.

Este programa é voluntário e gratuito para os membros. O programa foi desenvolvido para nós por uma equipa de farmacêuticos e médicos. Este programa pode ajudar a garantir que os nossos membros obtêm o máximo benefício dos medicamentos que tomam. O nosso programa chama-se programa de Gestão de Terapia Medicamentosa (MTM).

Alguns membros que tomam medicamentos para diferentes condições médicas e têm custos elevados de medicamentos poderão conseguir obter serviços através de um programa de Gestão de Terapia Medicamentosa (MTM). Um farmacêutico ou outro profissional de saúde far-lhe-á uma análise exaustiva de todos os seus medicamentos. Pode falar sobre a melhor forma de tomar os seus medicamentos, os seus custos e quaisquer problemas ou perguntas que tenha sobre a sua receita médica e medicamentos de venda livre. Receberá um resumo escrito desta interação. O resumo tem um plano de ação de medicamentos que recomenda o que pode fazer para obter o melhor uso dos seus medicamentos, com espaço para tomar notas ou anotar quaisquer perguntas de seguimento. Receberá também uma lista pessoal de medicamentos que incluirá todos os medicamentos que está a tomar e as razões pelas quais os toma.

É uma boa ideia ter a sua análise de medicamentos antes da sua visita anual de "Bem-estar", para que possa falar com o seu médico sobre o seu plano de ação e lista de medicamentos. Apresente o seu plano de ação e lista de medicamentos aquando da sua visita ou sempre que falar com os seus médicos, farmacêuticos e outros prestadores de cuidados de saúde. Além disso, guarde a sua lista de medicamentos consigo (por exemplo, com a sua identificação) no caso de ir para o hospital ou para as urgências.

Se tivermos um programa adequado às suas necessidades, inscrevê-lo-emos automaticamente no programa e enviar-lhe-emos informações sobre o mesmo. Se decidir não participar, queira notificar-nos e retirá-lo-emos do programa. Se tiver quaisquer dúvidas sobre estes programas, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

CAPÍTULO 6

*O que paga pelos seus
medicamentos prescritos da Parte D*

Capítulo 6. O que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D

SECÇÃO 1	Introdução.....	139
Secção 1.1	Utilize este capítulo juntamente com outros materiais que explicam a sua cobertura de medicamentos	139
Secção 1.2	Tipos de custos por inteiro que poderá pagar por medicamentos cobertos.	140
SECÇÃO 2	O que paga por um medicamento depende da "fase de pagamento do medicamento" em que se encontra quando recebe o medicamento.....	140
Secção 2.1	Quais são as fases de pagamento de medicamentos para membros do BlueCHiP for Medicare Plus?.....	140
SECÇÃO 3	Enviamos-lhe relatórios que explicam os pagamentos dos seus medicamentos e em que fase de pagamento se encontra	142
Secção 3.1	Enviamos-lhe um relatório mensal denominado de "Explicação dos Benefícios da Parte D" (a "Parte D EOB").....	142
Secção 3.2	Ajude-nos a manter atualizadas as nossas informações sobre os seus pagamentos de medicamentos	142
SECÇÃO 4	Não existe franquia para o BlueCHiP for Medicare Plus.....	143
Secção 4.1	Não paga uma franquia pelos seus medicamentos da Parte D.	143
SECÇÃO 5	Durante a Fase Inicial de Cobertura, o plano paga a parte dele dos custos de medicamentos e você paga a sua parte	144
Secção 5.1	O que paga por um medicamento depende do medicamento e de onde preenche a receita médica.....	144
Secção 5.2	Uma tabela que mostra os seus custos de um suprimento de <i>um mês</i> de um medicamento	145
Secção 5.3	Se o seu médico receitar menos de suprimento para um mês inteiro, poderá não ter de pagar o custo do suprimento do mês inteiro.....	147
Secção 5.4	Uma tabela que mostra os seus custos de um suprimento <i>prolongado</i> de um medicamento de até 90 dias.....	147
Secção 5.5	Permanece na Fase Inicial de Cobertura até que os seus custos totais de medicamentos para o ano atinjam \$4,130	148
SECÇÃO 6	Durante a Fase de Intervalo de Cobertura, recebe um desconto em medicamentos de marca e não paga mais de 25 % dos custos dos medicamentos genéricos.....	149
Secção 6.1	Permanece na Fase de Intervalo de Cobertura até que os seus custos por inteiro atinjam \$6,550.....	149
Secção 6.2	Como é que a Medicare calcula os seus custos por inteiro de medicamentos prescritos	150

SECÇÃO 7	Durante a Fase de Cobertura Catastrófica, o plano paga a maior parte do custo dos seus medicamentos.....	151
Secção 7.1	Assim que estiver na Fase de Cobertura Catastrófica, permanecerá nesta fase durante o resto do ano	151
SECÇÃO 8	O que paga pelas vacinas cobertas pela Parte D depende de como e onde as toma	152
Secção 8.1	O nosso plano pode ter uma cobertura separada para a própria medicação de vacina da Parte D e para o custo da toma da vacina.....	152
Secção 8.2	Poderá querer entrar em contacto connosco, através da Equipa de Concierge da Medicare, antes de tomar uma vacina	153



Sabia que existem programas para ajudar as pessoas a pagar os seus medicamentos?

Existem programas para ajudar as pessoas com recursos limitados a pagar os seus medicamentos. Estes incluem "Ajuda Extra" e Programas Estatais de Assistência Farmacêutica. Para mais informações, consulte o Capítulo 2, Secção 7.

Está atualmente a receber ajuda para pagar os seus medicamentos?

Se estiver num programa que ajuda a pagar os seus medicamentos, **algumas informações neste Comprovativo de Cobertura sobre os custos dos medicamentos prescritos da Parte D não se aplicam a si**. Incluímos um anexo em separado, chamado "Comprovativo de Cobertura Adicional para Pessoas que Recebem Ajuda Extra no Pagamento de Medicamentos Prescritos" (também conhecido como "Subsídio Adicional de Baixo Rendimento" ou "LIS Adicional"), que lhe fala sobre a sua cobertura de medicamentos. Se não tiver este anexo, por favor ligue para a Equipa de Concierge da Medicare e peça o "LIS Adicional". (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

SECÇÃO 1 Introdução

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

Este capítulo centra-se no que paga pelos seus medicamentos prescritos da Parte D. Para simplificar, utilizamos o termo "medicamento" neste capítulo para significar um medicamento prescrito da Parte D. Como explicado no Capítulo 5, nem todos os medicamentos são medicamentos da Parte D – alguns medicamentos são cobertos pelo Medicare Parte A ou Parte B e outros medicamentos são excluídos da cobertura do Medicare por lei.

Para compreender as informações de pagamento que lhe damos neste capítulo, precisa de saber o básico sobre quais os medicamentos cobertos, onde preencher as suas receitas médicas e que regras seguir quando receber os medicamentos cobertos. Aqui estão os materiais que explicam estas noções básicas:

- **A Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário) do plano.** Para simplificar, chamamos a isto a "Lista de Medicamentos".
 - Esta Lista de Medicamentos diz quais os medicamentos que estão cobertos para si.
 - Também diz em qual dos cinco (5) "escalões de repartição de custos" o medicamento se encontra e se existem algumas restrições à sua cobertura do medicamento.
 - Se necessitar de uma cópia da Lista de Medicamentos, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Também pode encontrar esta informação no nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare. A Lista de Medicamentos no site é sempre a mais atual.
- **Capítulo 5 deste folheto.** O Capítulo 5 fornece os detalhes sobre a cobertura dos seus medicamentos prescritos, incluindo as regras que tem de seguir quando recebe os seus

medicamentos cobertos. O Capítulo 5 também indica que tipos de medicamentos prescritos não são cobertos pelo nosso plano.

- **O Diretório de Farmácias do plano.** Na maioria das situações, deve utilizar uma farmácia da rede para obter os seus medicamentos cobertos (consulte o Capítulo 5 para obter detalhes). O *Diretório de Farmácias* tem uma lista de farmácias na rede do plano. Também lhe diz quais as farmácias da nossa rede que lhe podem dar um suprimento prolongado de um medicamento (como o preenchimento de uma receita médica para um suprimento de três meses).

Secção 1.2 Tipos de custos por inteiro que poderá pagar por medicamentos cobertos

Para compreender as informações de pagamento que lhe damos neste capítulo, precisa de saber sobre os tipos de custos por inteiro que poderá pagar pelos seus serviços cobertos. O montante que paga por um medicamento é denominado de "repartição de custos" e existem três formas de lhe ser pedido o pagamento.

- A "**franquia**" é o montante que deve pagar pelos medicamentos antes de o nosso plano começar a pagar a sua parte.
- O "**copagamento**" significa que paga um montante fixo de cada vez que preenche uma receita médica.
- A "**comparticipação**" significa que paga uma percentagem do custo total do medicamento de cada vez que preenche uma receita médica.

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

Secção 2.1 Quais são as fases de pagamento de medicamentos para membros do BlueCHiP for Medicare Plus?

Como mostrado na tabela abaixo, existem "fases de pagamento de medicamentos" para a sua cobertura de medicamentos prescritos ao abrigo do BlueCHiP for Medicare Plus. Quanto paga por um medicamento depende de qual destas fases se encontra no momento em que preenche ou faz a recarga de uma receita médica. Tenha em mente que é sempre responsável pelo prémio mensal do plano, independentemente da fase de pagamento do medicamento.

Capítulo 6. O que paga pelos seus **medicamentos prescritos da Parte D**

Fase 1 <i>Fase de Dedução Anual</i>	Fase 2 <i>Fase Inicial de Cobertura</i>	Fase 3 <i>Fase de Intervalo de Cobertura</i>	Fase 4 <i>Fase de Cobertura Catastrófica</i>
<p>Uma vez que não existe franquia para o plano, esta fase de pagamento não se aplica a si.</p> <p>(Os detalhes encontram-se na Secção 4 deste capítulo).</p>	<p>Começa nesta fase quando preenche a primeira receita médica do ano.</p> <p>Durante esta fase, o plano paga a sua parte do custo dos seus medicamentos e você paga a sua parte do custo.</p> <p>Durante esta fase, os seus custos por inteiro de certas insulinas serão de \$35.</p> <p>Permanece nesta fase até os seus "custos totais de medicamentos" do ano até à data (os seus pagamentos mais os pagamentos de qualquer plano da Parte D) totalizarem \$4,130</p> <p>(Os detalhes encontram-se na Secção 5 deste capítulo).</p>	<p>Durante esta fase, paga 25 % do preço dos medicamentos de marca (mais uma parte da taxa de dispensa) e 25 % do preço dos medicamentos genéricos.</p> <p>Durante esta fase, os seus custos por inteiro de certas insulinas serão de \$35.</p> <p>Permanece nesta fase até os seus "custos por inteiro" do ano até à data (os seus pagamentos) atingirem um total de \$6,550. Este montante e as regras de contagem dos custos para este montante foram estabelecidos pela Medicare.</p> <p>(Os detalhes encontram-se na Secção 6 deste capítulo).</p>	<p>Durante esta fase, o plano pagará a maior parte do custo dos seus medicamentos durante o resto do ano civil (até 31 de dezembro de 2021).</p> <p>(Os detalhes encontram-se na Secção 7 deste capítulo).</p>

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

Secção 3.1	Enviamos-lhe um relatório mensal denominado de "Explicação dos Benefícios da Parte D" (a "Parte D EOB")
-------------------	--

O nosso plano mantém um registo dos custos dos seus medicamentos prescritos e dos pagamentos que efetuou quando obtém o preenchimento ou recarga das suas receitas médicas na farmácia. Desta forma, podemos dizer-lhe quando passou de uma fase de pagamento de medicamentos para a seguinte. Em particular, existem dois tipos de custos que monitorizamos:

- Mantemos um registo de quanto pagou. A isto chama-se o seu custo "**por inteiro**".
- Mantemos um registo dos seus "**custos totais de medicamentos**". Este é o montante que paga por inteiro ou que outros pagam em seu nome mais o montante pago pelo plano.

O nosso plano preparará um relatório escrito denominado de *Explicação dos Benefícios da Parte D* (é por vezes denominado de "Parte D EOB") quando tiver preenchido uma ou mais receitas médicas através do plano durante o mês anterior. A Parte D EOB fornece mais informações sobre os medicamentos que toma, tais como aumentos no preço e outros medicamentos com repartição mais baixa de custos que possam estar disponíveis. Deve consultar o seu prescritor sobre estas opções de baixo custo. Inclui:

- **Informações para esse mês.** Este relatório fornece os detalhes de pagamento das receitas médicas que preencheu durante o mês anterior. Mostra os custos totais do medicamento, o que o plano pagou e o que você e outras pessoas em seu nome pagaram.
- **Totais do ano desde 1 de janeiro.** A isto chama-se informação "do ano até à data". Mostra-lhe os custos totais dos medicamentos e o total de pagamentos pelos seus medicamentos desde o início do ano.
- **Informação sobre o preço dos medicamentos.** Esta informação exibirá aumentos percentuais cumulativos para cada pedido de receita médica.
- **Receitas médicas alternativas de baixo custo disponíveis.** Isto incluirá informação sobre outros medicamentos com repartição de custos mais baixos para cada pedido de receita médica que possa estar disponível.

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

Para controlar os seus custos de medicamentos e os pagamentos que faz por eles, utilizamos registos que recebemos das farmácias. Eis como nos pode ajudar a manter as suas informações corretas e atualizadas:

- **Mostre o seu cartão de membro quando preencher uma receita médica.** Para nos certificarmos de que temos conhecimento das receitas médicas que está a preencher e o que está a pagar, mostre o seu cartão de sócio do plano sempre que preencher uma receita médica.

- **Certifique-se de que temos a informação de que necessitamos.** Haverá alturas em que poderá pagar medicamentos prescritos quando não obtivermos automaticamente a informação de que necessitamos para controlar os seus custos por inteiro. Para nos ajudar a controlar os seus custos por inteiro, poderá fornecer-nos cópias dos recibos de medicamentos que comprou. (Se lhe for cobrado um medicamento coberto, pode pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte do custo. Para obter instruções sobre como fazer isto, consulte o Capítulo 7, Secção 2 deste folheto). Aqui estão alguns tipos de situações em que poderá querer fornecer-nos cópias dos seus recibos de medicamentos para ter a certeza de que temos um registo completo do que gastou com os seus medicamentos:
 - Quando compra um medicamento coberto numa farmácia da rede a um preço especial ou ao utilizar um cartão de desconto que não faz parte do benefício do nosso plano.
 - Quando fez um copagamento por medicamentos fornecidos ao abrigo de um programa de assistência a doentes de um fabricante de medicamentos.
 - Sempre que tiver adquirido medicamentos cobertos em farmácias fora da rede ou outras vezes em que tenha pago o preço total por um medicamento coberto em circunstâncias especiais.
- **Envie-nos informações sobre os pagamentos que outros efetuaram por si.** Os pagamentos efetuados por outras pessoas e organizações também contam para os seus custos por inteiro e ajudam a qualificá-lo para uma cobertura catastrófica. Por exemplo, os pagamentos feitos por um Programa Estatal de Assistência Farmacêutica, um Programa de Apoio aos Medicamentos para a SIDA (ADAP), o Indian Health Service e a maioria das instituições de caridade contam para os seus custos por inteiro. Deverá manter um registo destes pagamentos e enviá-los para nós, para que possamos monitorizar os seus custos.
- **Verifique o relatório escrito que lhe enviamos.** Quando receber uma *Explicação de Benefícios da Parte D* (uma "Parte D EOB") por correio, por favor consulte-a para ter a certeza de que a informação está completa e correta. Se achar que falta alguma coisa no relatório ou se tiver alguma dúvida, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Pode agora deixar de usar papel e ter a sua declaração da Parte D EOB enviada apenas para a sua conta segura. Visite [BCBSRI.com/Medicare](https://www.bcbsri.com/Medicare) para se registar. Certifique-se de que guarda estes relatórios. São um registo importante das suas despesas com medicamentos.

SECÇÃO 4 Não existe franquia para o BlueCHiP for Medicare Plus.

Secção 4.1 Não paga uma franquia pelos seus medicamentos da Parte D.

Não existe franquia para o BlueCHiP for Medicare Plus. Começa na Fase Inicial de Cobertura quando preenche a sua primeira receita médica do ano. Consulte a Secção 5 para obter informações sobre a sua cobertura na Fase Inicial de Cobertura.

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

Secção 5.1	O que paga por um medicamento depende do medicamento e de onde preenche a receita médica
-------------------	---

Durante a Fase Inicial de Cobertura, o plano paga a parte dele do custo dos seus medicamentos prescritos cobertos e você paga a sua parte (o seu montante de copagamento ou de comparticipação). A sua parte do custo varia em função do medicamento e do local onde preenche a sua receita médica.

O plano possui cinco (5) escalões de repartição de custos

Cada medicamento na Lista de Medicamentos do plano encontra-se num dos cinco (5) escalões de repartição de custos. Geralmente, quanto maior for o número do escalão de repartição de custos, maior será o seu custo do medicamento:

- O escalão 1 de repartição de custos é o escalão genérico preferencial que inclui os medicamentos genéricos (escalão mais baixo de copagamento)
- O escalão 2 de repartição de custos é o escalão genérico que inclui os medicamentos genéricos.
- O escalão 3 de repartição de custos é o escalão de marca preferencial que inclui os medicamentos de marca e genéricos
- O escalão 4 de repartição de custos é o escalão de medicamentos não-preferencial que inclui os medicamentos de marca e genéricos (escalão mais alto de copagamento)
- O escalão 5 de repartição de custos é o escalão de especialidade que inclui medicamentos de marca e genéricos de alto custo (escalão de comparticipação)

Para saber em que escalão de repartição de custos se encontra o seu medicamento, procure na Lista de Medicamentos do plano.

As suas escolhas de farmácia

O quanto se paga por um medicamento depende do facto de se receber o medicamento de:

- Uma farmácia de venda a retalho da rede que oferece uma repartição de custos padrão
- Uma farmácia de venda a retalho da rede que oferece uma repartição de custos preferencial
- Uma farmácia que não está na rede do plano
- A farmácia com serviço de encomendas do plano

Para obter mais informações sobre estas escolhas de farmácia e preenchimento das suas receitas médicas, consulte o Capítulo 5 deste folheto e o *Diretório de Farmácias* do plano.

Por norma, só cobriremos as suas receitas médicas se estas forem preenchidas numa das farmácias da nossa rede. Algumas das nossas farmácias da rede também oferecem uma repartição de custos preferencial. Poderá ir a farmácias da rede que oferecem repartição de custos preferencial ou a outras farmácias em rede que oferecem repartição de custos padrão para receber os seus medicamentos com

receita médica coberta. Os seus custos podem ser menores nas farmácias que oferecem repartição de custos preferencial.

Secção 5.2	Uma tabela que mostra os seus custos de um suprimento de <i>um mês</i> de um medicamento
-------------------	---

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

- O "**copagamento**" significa que paga um montante fixo de cada vez que preenche uma receita médica.
- A "**comparticipação**" significa que paga uma percentagem do custo total do medicamento de cada vez que preenche uma receita médica.

Como mostrado na tabela abaixo, o montante do copagamento ou da comparticipação depende do escalão de repartição de custos em que o seu medicamento se encontra. Por favor, tenha em atenção que:

- Se o seu medicamento coberto custar menos do que o montante do copagamento indicado na tabela, pagará esse preço mais baixo pelo medicamento. Paga *o* preço total do medicamento *ou* o montante do copagamento, *o que for mais baixo*.
- Cobrimos receitas médicas preenchidas em farmácias fora da rede apenas em situações limitadas. Por favor consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para obter informações sobre quando cobriremos uma receita médica preenchida numa farmácia fora da rede.

A sua parte do custo quando recebe um suprimento de *um mês* de um medicamento prescrito coberto pela Parte D:

	Repartição padrão dos custos de venda a retalho (na-rede) (até um suprimento para 30 dias)	Repartição preferencial dos custos de venda a retalho (na rede) (até um suprimento para 30 dias)	Repartição de custos de encomendas por correio (até um suprimento para 90 dias)	Repartição de custos de centro de cuidados prolongados (LTC) (até um suprimento para 31 dias)	Repartição de custos fora da rede (A cobertura está limitada a determinadas situações; consulte o Capítulo 5 para obter detalhes). (até um suprimento para 30 dias)
Escalão de Repartição de Custos 1 (Genéricos preferenciais)	\$11 copagamento	\$3 copagamento	\$0 copagamento	\$3 copagamento	\$11 copagamento
Escalão de Repartição de Custos 2 (Genérico)	\$14 copagamento	\$6 copagamento	\$0 copagamento	\$6 copagamento	\$14 copagamento
Escalão de Repartição de Custos 3 (Marca Preferencial)	\$47 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas	\$47 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas	\$117,50 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas	\$47 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas	\$47 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas
Escalão de Repartição de Custos 4 (Medicamento Não-Preferencial)	\$100 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas	\$100 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas	\$250 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas	\$100 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas	\$100 copagamento \$35 copagamento para insulinas selecionadas
Escalão de Repartição de Custos 5 (Especialidade)	33% comparticipação	33% comparticipação	Os medicamentos do escalão 5 estão limitados a um suprimento de 30 dias.	33% comparticipação	33% comparticipação

Secção 5.3 Se o seu médico receitar menos de suprimento para um mês inteiro, poderá não ter de pagar o custo do suprimento do mês inteiro

Tipicamente, o montante pago por um medicamento prescrito cobre um mês inteiro de suprimento de um medicamento coberto. No entanto, o seu médico pode prescrever menos de um mês de suprimento de medicamentos. Pode haver alturas em que queira perguntar ao seu médico sobre a prescrição de menos de um mês de suprimento de um medicamento (por exemplo, quando está a experimentar um medicamento pela primeira vez que se sabe ter efeitos secundários graves). Se o seu médico prescrever menos de um mês inteiro de suprimento, não terá de pagar o suprimento do mês inteiro de determinados medicamentos.

O montante que paga quando recebe menos de um mês inteiro de suprimento dependerá do facto de ser responsável pelo pagamento da comparticipação (uma percentagem do custo total) ou de um copagamento (um montante fixo em dólares).

- Se for responsável pela comparticipação, paga uma percentagem do custo total do medicamento. Paga a mesma percentagem, independentemente de a receita ser para um mês inteiro de suprimento ou para menos dias. No entanto, como o custo total do medicamento será menor se receber menos de um mês inteiro de suprimento, o montante pago por si será menor.
- Se for responsável por um copagamento do medicamento, o seu copagamento será baseado no número de dias do medicamento que receber. Iremos calcular o montante que paga por dia pelo seu medicamento (a "taxa diária de repartição de custos") e multiplicá-lo pelo número de dias do medicamento que recebe.
 - Aqui está um exemplo: Digamos que o copagamento do seu medicamento para um mês inteiro de suprimento (um suprimento para 30 dias) é de \$30. Isto significa que o montante que paga por dia pelo seu medicamento é de \$1. Se receber um suprimento do medicamento para 7 dias, o seu pagamento será de \$1 por dia multiplicado por 7 dias, para um pagamento total de \$7.

A repartição diária de custos permite-lhe certificar-se de que um medicamento funciona para si antes de ter de pagar por um mês inteiro de suprimento. Também pode pedir ao seu médico para receitar, e ao seu farmacêutico para distribuir menos de um mês inteiro de suprimento de um ou mais medicamentos se isso o ajudar a planear melhor as datas de recarga para diferentes receitas médicas, de modo a que possa ir menos vezes à farmácia. O montante a pagar dependerá dos dias de suprimento que receber.

Secção 5.4 Uma tabela que mostra os seus custos de um suprimento *prolongado* de um medicamento de até 90 dias

Para alguns medicamentos, pode obter um suprimento a prolongado (também denominado de "suprimento alargado") ao preencher a sua receita médica. Um suprimento a prolongado é de até 90 dias. (Para obter detalhes sobre onde e como obter um suprimento a prolongado de um medicamento, consulte o Capítulo 5, Secção 2.4.)

A tabela abaixo mostra o que paga quando recebe um suprimento prolongado de até 90 dias de um medicamento.

Capítulo 6. O que paga pelos seus **medicamentos prescritos da Parte D**

- Por favor, tenha em atenção que: Se os custos do seu medicamento coberto forem menos do que o montante do copagamento indicado na tabela, pagará esse preço mais baixo pelo medicamento. Paga o preço total do medicamento *ou* o montante do copagamento, *o que for mais baixo*.

A sua parte do custo quando recebe um suprimento *prolongado* de um medicamento prescrito coberto pela Parte D:

	Repartição padrão dos custos de venda a retalho (na-rede) (até um suprimento para 90 dias)	Repartição preferencial dos custos de venda a retalho (na-rede) (até um suprimento para 90 dias)	Repartição de custos de encomendas por correio (até um suprimento para 90 dias)
Escalão de Repartição de Custos 1 (Genérico preferencial)	\$33 copagamento	\$9 copagamento	\$0 copagamento
Escalão de Repartição de Custos 2 (Genérico)	\$42 copagamento	\$18 copagamento	\$0 copagamento
Escalão de Repartição de Custos 3 (Marca Preferencial)	\$141 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas	\$141 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas	\$117,50 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas
Escalão de Repartição de Custos 4 (Medicamento Não-Preferencial)	\$300 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas	\$300 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas	\$250 copagamento \$87,50 copagamento para insulinas selecionadas
Escalão de Repartição de Custos 5 (Especialidade)	<u>Não</u> está disponível um suprimento prolongado de medicamentos no escalão 5	<u>Não</u> está disponível um suprimento prolongado de medicamentos no escalão 5	<u>Não</u> está disponível um suprimento prolongado de medicamentos no escalão 5

Secção 5.5

Permanece na Fase Inicial de Cobertura até que os seus custos totais de medicamentos para o ano atinjam \$4,130

Permanece na Fase Inicial de Cobertura até o montante total dos medicamentos prescritos que preencheu e reabasteceu atingir o limite de **\$4,130 da Fase Inicial de Cobertura**.

O seu custo total de medicamentos baseia-se na soma do que pagou e do que qualquer plano da Parte D pagou:

- **O que você pagou** por todos os medicamentos cobertos que recebeu desde que começou com a sua primeira compra de medicamentos do ano. (Consulte a Secção 6.2 para obter mais informações sobre como a Medicare calcula os seus custos por inteiro). Isto inclui:
 - O total que pagou como a sua parte do custo dos seus medicamentos durante a Fase Inicial de Cobertura.
- **O que o plano pagou** como a sua parte do custo dos seus medicamentos durante a Fase Inicial de Cobertura. (Se se inscreveu num plano da Parte D diferente a qualquer altura durante 2021, o valor que aquele plano pagou durante a Fase Inicial de Cobertura também conta para os custos totais dos medicamentos.)

A *Explicação de Benefícios da Parte D* (Parte D EOB) que lhe enviamos irá ajudá-lo a manter-se a par de quanto você e o plano, bem como quaisquer terceiros, gastaram em seu nome durante o ano. Muitas pessoas não atingem o limite de \$4,130 dólares num ano.

Se atingir este montante de \$4,130 dólares, avisá-lo-emos. Se atingir este montante, deixará a Fase Inicial de Cobertura e avançará para a Fase de Intervalo de Cobertura

SECÇÃO 6 **Durante a Fase de Intervalo de Cobertura, recebe um desconto em medicamentos de marca e não paga mais de 25 % dos custos dos medicamentos genéricos**

Secção 6.1	Permanece na Fase de Intervalo de Cobertura até que os seus custos por inteiro atinjam \$6,550
-------------------	---

Quando se encontra na Fase de Intervalo de Cobertura, o Programa de Desconto para Intervalo de Cobertura da Medicare oferece descontos de fabricante em medicamentos de marca. Paga 25 % do preço negociado e uma parte da taxa de dispensa para medicamentos de marca. Tanto o montante que paga como o montante descontado pelo fabricante contam para os seus custos por inteiro como se os tivesse pago e fazem-no transitar pelo intervalo de cobertura.

Recebe também alguma cobertura para medicamentos genéricos. Não paga mais de 25 % do custo dos medicamentos genéricos e o plano paga o resto. Para medicamentos genéricos, o montante pago pelo plano (75 %) não conta para os seus custos por inteiro. Apenas o montante que paga conta e fá-lo transitar pelo intervalo de cobertura.

Continua a pagar o preço com desconto para medicamentos de marca e não mais de 25 % dos custos dos medicamentos genéricos até que os seus pagamentos anuais por inteiro atinjam um montante máximo que a Medicare tenha fixado. Em 2021, esse montante é de \$6,550.

A Medicare tem regras sobre o que conta e o que *não* conta como os custos por inteiro. Quando atinge um limite por inteiro de \$6,550, sai da Fase de Intervalo de Cobertura e passa para a Fase de Cobertura Catastrófica.

O BlueCHiP for Medicare Plus oferece cobertura adicional para insulinas selecionadas. Durante a Fase de Intervalo de Cobertura, os seus custos por inteiro de certas insulinas serão de \$35. Para saber quais medicamentos são insulinas selecionadas, analise a Lista de Medicamentos mais recente que fornecemos eletronicamente. Se tiver dúvidas sobre a Lista de Medicamentos, também pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone da Equipa de Concierge da Medicare estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 6.2	Como é que a Medicare calcula os seus custos por inteiro de medicamentos prescritos
-------------------	--

Aqui estão as regras da Medicare que temos de seguir quando monitorizamos os custos por inteiro dos seus medicamentos.

Estes pagamentos estão incluídos nos seus custos por inteiro

Quando somar os seus custos por inteiro, **pode incluir** os pagamentos indicados abaixo (desde que sejam para medicamentos cobertos da Parte D e que tenha seguido as regras de cobertura de medicamentos explicadas no Capítulo 5 deste folheto):

- O montante que paga por medicamentos quando se encontra em qualquer uma das seguintes fases de pagamento de medicamentos:
 - A Fase Inicial de Cobertura.
 - A Fase de Intervalo de Cobertura.
- Quaisquer pagamentos que tenha efetuado durante este ano civil enquanto membro de um plano diferente de medicamentos prescritos da Medicare antes de aderir ao nosso plano.

É importante saber quem paga:

- Se foi **você** a fazer estes pagamentos, estes estão incluídos nos seus custos por inteiro.
- Estes pagamentos estão *também incluídos* se forem efetuados em seu nome por **outros indivíduos ou organizações**. Isto inclui pagamentos dos seus medicamentos feitos por um amigo ou familiar, pela maioria das instituições de caridade, por programas de apoio aos medicamentos para a SIDA, por um Programa Estatal de Assistência Farmacêutica qualificado pela Medicare ou pelo Indian Health Service. Os pagamentos efetuados pelo Programa "Ajuda Extra" da Medicare também estão incluídos.
- Alguns dos pagamentos efetuados pelo Programa de Desconto para Intervalo de Cobertura da Medicare estão incluídos. O montante que o fabricante paga pelos seus medicamentos de marca está incluído. Mas o montante que o plano paga pelos seus medicamentos genéricos não está incluído.

Passar para a Fase de Cobertura Catastrófica:

Quando você (ou aqueles que pagam em seu nome) tiver gasto um total de \$6,550 em custos por inteiro no ano civil, passará da Etapa de Intervalo de Cobertura para a Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estes pagamentos não estão incluídos nos seus custos por inteiro

Quando somar os seus custos por inteiro, **não está autorizado a incluir** qualquer destes tipos de pagamentos por medicamentos prescritos:

- O montante que paga pelo seu prémio mensal.
- Medicamentos que compra fora dos Estados Unidos e dos seus territórios.
- Medicamentos que não estão cobertos pelo nosso plano.
- Medicamentos obtidos numa farmácia fora da rede que não cumprem os requisitos do plano para cobertura fora da rede.
- Medicamentos não cobertos pela Parte D, incluindo medicamentos prescritos cobertos pela Parte A ou Parte B e outros medicamentos excluídos da cobertura pela Medicare.
- Pagamentos efetuados pelo plano para a sua marca ou medicamentos genéricos enquanto se encontrar no Intervalo de Cobertura.
- Pagamentos pelos seus medicamentos feitos por planos de saúde de grupo, incluindo planos de saúde do empregador.
- Pagamentos pelos seus medicamentos que são efetuados por determinados planos de seguro e programas de saúde financiados pelo governo, tais como o TRICARE e os Assuntos de Veteranos.
- Pagamentos pelos seus medicamentos efetuados por um terceiro com a obrigação legal de pagar os custos da receita médica (por exemplo, Compensação de Trabalhadores).

Lembrete: Se qualquer outra organização, como as acima indicadas, pagar parte ou a totalidade dos seus custos de medicamentos por inteiro, é obrigado a informar o nosso plano. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare para nos informar (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Como é que pode monitorizar o seu total de custos por inteiro?

- **Nós ajudamos.** O relatório da *Explicação de Benefícios da Parte D* (Parte D EOB) que lhe enviamos inclui o montante atual dos seus custos por inteiro (a Secção 3 neste capítulo fala sobre este relatório). Quando atinge um total de \$6,550 em custos por inteiro no ano, este relatório dir-lhe-á que deixou a Fase de Intervalo de Cobertura e passou para a Fase de Cobertura Catastrófica.
- **Certifique-se de que temos a informação de que necessitamos.** A Secção 3.2 diz o que pode fazer para ajudar a garantir que os nossos registos do que gastou estão completos e atualizados.

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

Secção 7.1	Assim que estiver na Fase de Cobertura Catastrófica, permanecerá nesta fase durante o resto do ano
-------------------	---

Qualifica-se para a Fase de Cobertura Catastrófica quando os seus custos por inteiro tiverem atingido o limite de \$6,350 para o ano civil. Assim que estiver na Fase de Cobertura Catastrófica, permanecerá nesta fase de pagamento até ao fim do ano civil.

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

- **A sua parte** do custo de um medicamento coberto será uma participação ou um copagamento, o que for *maior*:
 - – *seja* – participação de 5 % do custo do medicamento
 - – *ou* – \$3,70 por um medicamento genérico ou um medicamento que é tratado como um genérico e \$9,20 por todos os outros medicamentos.
- **O nosso plano paga o resto** dos custos.

SECÇÃO 8 O que paga pelas vacinas cobertas pela Parte D depende de como e onde as toma

Secção 8.1 O nosso plano pode ter uma cobertura separada para a própria medicação de vacina da Parte D e para o custo da toma da vacina
--

O nosso plano fornece cobertura para uma série de vacinas da Parte D. Também cobrimos vacinas que são consideradas benefícios médicos. Pode informar-se sobre a cobertura destas vacinas consultando a Tabela de benefícios médicos no Capítulo 4, Secção 2.1.

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

- A primeira parte da cobertura é o custo **da própria medicação de vacina**. A vacina é um medicamento prescrito.
- A segunda parte da cobertura é pelo custo **da toma da vacina**. (Isto é por vezes denominado de "administração" da vacina).

O que paga por uma vacinação da Parte D?

O que paga por uma vacinação da Parte D depende de três coisas:

- 1. O tipo de vacina** (para que é que está a ser vacinado).
 - Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Pode informar-se sobre a sua cobertura destas vacinas consultando o Capítulo 4, *Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)*.
 - Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D. Pode encontrar estas vacinas listadas na *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano.
- 2. Onde obtém a medicação da vacina.**
- 3. Quem lhe administra a vacina.**

O que paga no momento em que recebe a vacinação da Parte D pode variar, dependendo das circunstâncias. Por exemplo:

- Por vezes, quando tomar a vacina, terá de pagar o custo total, tanto da medicação da vacina como da toma da vacina. Pode pedir que o nosso plano o reembolse pela nossa parte do custo.
- Outras vezes, quando receber a medicação da vacina ou a vacina, pagará apenas a sua parte do custo.

Para mostrar como isto funciona, aqui estão três formas comuns de obter uma vacina da Parte D.

- Situação 1:* Compra a vacina da Parte D na farmácia e recebe a sua vacina na farmácia da rede. (Se tem esta opção ou não, depende da área onde vive. Alguns estados não permitem que as farmácias administrem uma vacinação.)
- Terá de pagar à farmácia o montante da sua comparticipação ou do seu copagamento pela vacina e o custo da toma da vacina.
 - O nosso plano pagará o resto dos custos.
- Situação 2:* Toma a vacinação da Parte D no consultório do seu médico.
- Quando tomar a vacina, pagará o custo total da vacina e da sua administração.
 - Poderá, então, pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte dos custos, utilizando os procedimentos descritos no Capítulo 7 deste folheto (*Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que recebeu por serviços médicos ou medicamentos cobertos*).
 - Será reembolsado pelo montante pago menos a sua comparticipação ou o seu copagamento normal pela vacina (incluindo a administração)
- Situação 3:* Compra a vacina da Parte D na sua farmácia, e depois leva-a ao consultório do seu médico, onde lhe dão a vacina.
- Terá de pagar à farmácia o montante da sua comparticipação ou do seu copagamento pela própria vacina.
 - Quando o seu médico lhe administrar a vacina, pagará o custo total deste serviço. Poderá, então, pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte dos custos, utilizando os procedimentos descritos no Capítulo 7 deste folheto.
 - Será reembolsado pelo montante cobrado pelo médico pela administração da vacina

Secção 8.2	Poderá querer entrar em contacto connosco, através da Equipa de Concierge da Medicare, antes de tomar uma vacina
-------------------	---

As regras de cobertura das vacinações são complicadas. Estamos aqui para ajudar. Recomendamos que nos contacte primeiro através da Equipa de Concierge da Medicare sempre que estiver a planear tomar uma vacina. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

- Podemos dizer-lhe como é que a sua vacinação é coberta pelo nosso plano e explicar-lhe a sua parte do custo.
- Podemos dizer-lhe como manter os seus próprios custos baixos, utilizando prestadores e farmácias da nossa rede.
- Se não conseguir utilizar um prestador da rede e uma farmácia, podemos dizer-lhe o que precisa de fazer para obter o pagamento da nossa parte do custo.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos

SECÇÃO 1	Situações em que nos pode pedir que paguemos a nossa parte dos custos dos seus serviços ou medicamentos cobertos	156
Secção 1.1	Se pagar a parte do custo do nosso plano dos seus serviços ou medicamentos cobertos ou se receber uma conta, pode pedir-nos o pagamento dessa parte	156
SECÇÃO 2	Como pedir-nos que lhe paguemos ou que paguemos uma conta que tenha recebido	158
Secção 2.1	Como e para onde nos enviar o seu pedido de pagamento.....	158
SECÇÃO 3	Consideraremos o seu pedido de pagamento e responderemos afirmativamente ou não	159
Secção 3.1	Verificamos se devemos cobrir o serviço ou o medicamento e quanto devemos	159
Secção 3.2	Se lhe dissermos que não pagaremos a totalidade ou parte dos cuidados médicos ou do medicamento, pode fazer recorrer	160
SECÇÃO 4	Outras situações em que deverá guardar os seus recibos e enviar-nos cópias	160
Secção 4.1	Em alguns casos, deverá enviar-nos cópias dos seus recibos para nos ajudar a localizar os seus custos de medicamentos por inteiro	160

SECÇÃO 1 Situações em que nos pode pedir que paguemos a nossa parte dos custos dos seus serviços ou medicamentos cobertos

Secção 1.1	Se pagar a parte do custo do nosso plano dos seus serviços ou medicamentos cobertos ou se receber uma conta, pode pedir-nos o pagamento dessa parte
-------------------	--

Por vezes, quando receber cuidados médicos ou um medicamento prescrito, poderá ser necessário pagar o custo total de imediato. Outras vezes, poderá perceber que pagou mais do que esperava ao abrigo das regras de cobertura do plano. Em qualquer um dos casos, pode pedir ao nosso plano para lhe pagar (pagar-lhe é muitas vezes denominado de "reembolsar-lhe/reembolsá-lo"). Tem direito a ser reembolsado pelo nosso plano sempre que tenha pago mais do que a sua parte do custo dos serviços médicos ou medicamentos que são cobertos pelo nosso plano.

Pode também haver alturas em que recebe uma conta de um prestador pelo custo total dos cuidados médicos que recebeu. Em muitos casos, deve enviar-nos esta conta em vez de a pagar. Analisaremos a conta e decidiremos se os serviços devem ser cobertos. Se decidirmos que devem ser cobertos, pagaremos diretamente ao prestador.

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

1. Quando tiver recebido cuidados médicos de emergência ou necessários com urgência de um prestador que não se encontre na rede do nosso plano

Pode receber serviços de emergência de qualquer prestador, quer o prestador faça ou não parte da nossa rede. Quando recebe serviços de emergência ou necessários com urgência de um prestador que não faz parte da nossa rede, é apenas responsável pelo pagamento da sua parte do custo, e não pelo custo total. Deverá pedir ao prestador que cobre ao plano pela nossa parte do custo.

- Se pagar o montante total no momento em que receber os cuidados, tem de nos pedir que lhe paguemos a nossa parte dos custos. Envie-nos a conta, juntamente com a documentação de quaisquer pagamentos que tenha efetuado.
- Por vezes poderá receber uma conta do prestador a pedir um pagamento que pensa não estar em dívida. Envie-nos a conta, juntamente com a documentação de quaisquer pagamentos que já tenha efetuado.
 - Se se dever alguma coisa ao prestador, pagar-lhe-emos diretamente.
 - Se já tiver pago mais do que a sua parte do custo do serviço, determinaremos quanto deve e faremos o reembolso da nossa parte do custo.

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

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

- Só terá de pagar o seu montante de repartição de custos quando receber serviços cobertos pelo nosso plano. Não permitimos que os prestadores adicionem encargos adicionais separados, denominados de "faturação de saldo". Esta proteção (que nunca pague mais do que o seu montante de repartição de custos) aplica-se mesmo que paguemos ao prestador menos, do que este cobra, por um serviço e mesmo que exista um litígio e não paguemos determinados encargos do prestador. Para obter mais informações sobre "faturação de saldo", consulte o Capítulo 4, Secção 1.3.
- Sempre que receber uma conta de um prestador da rede que considere ser mais do que deve pagar, envie-nos a conta. Contactaremos diretamente o prestador e resolveremos o problema da faturação.
- Se já tiver pago uma conta a um prestador da rede, mas achar que pagou em demasia, envie-nos a conta juntamente com a documentação de qualquer pagamento que tenha efetuado e peça-nos para lhe pagarmos a diferença entre o montante que pagou e o montante que devia ao abrigo do plano.

3. Se estiver inscrito retroativamente no nosso plano

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

Se tiver sido inscrito no nosso plano com efeitos retroativos e tiver pago por inteiro por qualquer um dos seus serviços ou medicamentos cobertos após a data da sua inscrição, pode pedir-nos que lhe paguemos a nossa parte dos custos. Terá de nos enviar papelada para que possamos tratar do reembolso.

Por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare para obter informações adicionais sobre como pedir-nos que lhe paguemos e prazos para fazer o seu pedido. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)

4. Quando utiliza uma farmácia fora da rede para preencher uma receita médica

Se for a uma farmácia fora da rede e tentar utilizar o seu cartão de membro para preencher uma receita médica, a farmácia poderá não conseguir apresentar o pedido diretamente a nós. Quando isso acontecer, terá de pagar o custo total da sua receita médica. (Cobrimos receitas médicas preenchidas em farmácias fora da rede apenas em algumas situações especiais. Por favor consulte o Capítulo 5, Secção 2.5 para saber mais.)

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

Capítulo 7. Pedir que paguemos a nossa **parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos**

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

Se não tiver consigo o seu cartão de sócio do plano, pode pedir à farmácia que ligue para o plano ou que consulte as informações de inscrição do seu plano. No entanto, se a farmácia não conseguir obter de imediato as informações de inscrição de que necessita, poderá ter de pagar por si mesmo o custo total da receita médica.

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

6. Quando paga o custo total de uma receita médica noutras situações

Poderá pagar o custo total da receita médica porque verifica que o medicamento não está coberto, por algum motivo.

- Por exemplo, o medicamento pode não constar da *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários)* do plano; ou pode ter uma exigência ou restrição que não conhecia ou que pensa que não se lhe deveria aplicar. Se decidir comprar o medicamento imediatamente, poderá ter de pagar o custo total do mesmo.
- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia quando nos pedir o reembolso. Em algumas situações, poderemos precisar de obter mais informações do seu médico para lhe pagar a nossa parte do custo.

Todos os exemplos acima são tipos de decisões de cobertura. Isto significa que se negarmos o seu pedido de pagamento, poderá recorrer da nossa decisão. O Capítulo 9 deste folheto (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*) tem informações sobre como fazer um recurso.

SECÇÃO 2 Como pedir-nos que lhe paguemos ou que paguemos uma conta que tenha recebido

Secção 2.1 Como e para onde nos enviar o seu pedido de pagamento

Envie-nos o seu pedido de pagamento, juntamente com a sua conta e documentação de qualquer pagamento que tenha efetuado. É uma boa ideia tirar cópias da sua conta e recibos para guardar os seus registos.

Envie-nos o seu pedido de pagamento juntamente com quaisquer contas ou recibos para este endereço:

Pedidos de pagamento de cuidados médicos:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Medicare Concierge Team/GA
500 Exchange Street
Providence, RI 02903

Capítulo 7. Pedir que paguemos a nossa **parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos**

Pedidos de pagamento de medicamentos prescritos da Parte D:

BlueCHiP for Medicare Plus
Attn: Paper Claims (Reclamações em papel)
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

Pode também entrar em contacto com o nosso plano para solicitar o pagamento. Para obter mais detalhes, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de *Para onde enviar um pedido solicitando-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos cuidados médicos ou de um medicamento que tenha recebido*.

Deverá apresentar-nos o seu pedido no prazo de 12 meses a contar da data em que recebeu o serviço, artigo ou medicamento.

Contacte a Equipa de Concierge da Medicare se tiver alguma dúvida (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Se não souber o que deveria ter pago ou se receber contas e não souber o que fazer em relação às mesmas, podemos ajudar. Pode também entrar em contacto connosco se nos quiser dar mais informações sobre um pedido de pagamento que já nos tenha enviado.

SECÇÃO 3 Consideraremos o seu pedido de pagamento e responderemos afirmativamente ou não

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

Quando recebermos o seu pedido de pagamento, informá-lo-emos se precisarmos de qualquer informação adicional da sua parte. Caso contrário, consideraremos o seu pedido e tomaremos uma decisão de cobertura.

- Se decidirmos que os cuidados médicos ou o medicamento estão cobertos e se seguir todas as regras para obter os cuidados ou o medicamento, pagaremos a nossa parte dos custos. Se já tiver pago o serviço ou o medicamento, enviar-lhe-emos pelo correio o reembolso da nossa parte do custo. Se ainda não tiver pago o serviço ou o medicamento, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. (O Capítulo 3 explica as regras que deve seguir para obter a cobertura dos seus serviços médicos. O Capítulo 5 explica as regras que deve seguir para obter os seus medicamentos prescritos da Parte D.)
- Se decidirmos que os cuidados médicos ou o medicamento *não* estão cobertos ou se *não* seguir todas as regras, não pagaremos a nossa parte dos custos. Em vez disso, enviar-lhe-emos uma carta que explicará as razões pelas quais não enviamos o pagamento que solicitou e os seus direitos de recurso dessa decisão.

Secção 3.2 Se lhe dissermos que não pagaremos a totalidade ou parte dos cuidados médicos ou do medicamento, pode fazer recorrer

Se achar que cometemos um erro ao recusarmos o seu pedido de pagamento ou se não concordar com o montante que estamos a pagar, pode recorrer. Se recorrer, significa que nos está a pedir que alteremos a decisão que tomámos quando recusámos o seu pedido de pagamento.

Para obter mais informações sobre como recorrer, consulte o Capítulo 9 deste folheto (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*). O processo de recurso é um processo formal com procedimentos detalhados e prazos importantes. Se nunca tiver apresentado um antes, verá que será útil começar por ler a Secção 4 do Capítulo 9. A Secção 4 é uma secção introdutória que explica o processo de decisões de cobertura e recursos e fornece definições de termos tais como “recurso”. Depois de ter lido a Secção 4, pode consultar a secção do Capítulo 9 que informa sobre o que fazer na sua situação:

- Se quiser recorrer sobre como ser pago por um serviço médico, consulte a Secção 5.3 no Capítulo 9.
- Se quiser recorrer sobre como ser pago por um medicamento, consulte a Secção 6.5 no Capítulo 9.

SECÇÃO 4 Outras situações em que deverá guardar os seus recibos e enviar-nos cópias**Secção 4.1 Em alguns casos, deverá enviar-nos cópias dos seus recibos para nos ajudar a localizar os seus custos de medicamentos por inteiro**

Existem algumas situações em que nos deve informar sobre os pagamentos que fez dos seus medicamentos. Nesses casos, não nos está a pedir o pagamento. Em vez disso, está a informar-nos sobre os seus pagamentos para que possamos calcular corretamente os seus custos por inteiro. Isto poderá ajudá-lo a qualificar-se mais rapidamente para a Fase de Cobertura Catastrófica.

Aqui estão duas situações em que nos deve enviar cópias de recibos para nos informar sobre os pagamentos que fez dos seus medicamentos:

1. Quando compra o medicamento por um preço inferior ao nosso preço

Por vezes, quando se encontra na Fase de Intervalo de Cobertura, pode comprar o seu medicamento **numa farmácia da rede** por um preço inferior ao nosso preço.

- Por exemplo, uma farmácia pode oferecer um preço especial pelo medicamento. Ou poderá ter um cartão de desconto que está fora do nosso benefício e que oferece um preço mais baixo.
- A menos que se apliquem condições especiais, deve utilizar uma farmácia da rede nestas situações e o seu medicamento deve constar da nossa Lista de Medicamentos.
- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia para que possamos fazer com que as suas despesas sejam contabilizadas para a Fase de Cobertura Catastrófica.

Capítulo 7. Pedir que paguemos a nossa **parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos**

- **Por favor, tenha em atenção que:** Se estiver na Fase de Intervalo de Cobertura, não pagaremos qualquer parte dos custos destes medicamentos. Mas o envio de uma cópia do recibo permite-nos calcular corretamente os seus por inteiro e pode ajudá-lo a qualificar-se mais rapidamente para a Fase de Cobertura Catastrófica.

2. Quando obtém um medicamento através de um programa de assistência a doentes oferecido por um fabricante de medicamentos

Alguns membros estão inscritos num programa de assistência a doentes oferecido por um fabricante de medicamentos que está fora dos benefícios do plano. Se receber medicamentos através de um programa oferecido por um fabricante de medicamentos, poderá pagar um copagamento ao programa de assistência a doentes.

- Guarde o seu recibo e envie-nos uma cópia para que possamos fazer com que as suas despesas sejam contabilizadas para a Fase de Cobertura Catastrófica.
- **Por favor, tenha em atenção que:** Como está a receber o seu medicamento através do programa de assistência a doentes e não através dos benefícios do plano, não pagaremos qualquer parte destes custos de medicamentos. Mas o envio de uma cópia do recibo permite-nos calcular corretamente os seus por inteiro e pode ajudá-lo a qualificar-se mais rapidamente para a Fase de Cobertura Catastrófica.

Uma vez que não está a pedir o pagamento nos dois casos acima descritos, estas situações não são consideradas decisões de cobertura. Por conseguinte, não pode recorrer se discordar da nossa decisão.

CAPÍTULO 8

Os seus direitos e responsabilidades

Capítulo 8. Os seus direitos e responsabilidades

SECÇÃO 1	O nosso plano deve honrar os seus direitos enquanto membro do plano	164
Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)	164
Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande, u otros formatos alternativos, etc.)	164
Secção 1.1	Devemos fornecer informações de uma forma que funcione para si (noutras línguas para além do inglês, em braille, em letras grandes ou noutros formatos alternativos, etc.)	165
Secção 1.2	Temos de garantir que recebe atempadamente acesso aos seus serviços e medicamentos cobertos	165
Secção 1.3	Devemos proteger a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde	166
Secção 1.4	Devemos fornecer-lhe informações sobre o plano, a sua rede de prestadores e os seus serviços cobertos	167
Secção 1.5	Devemos apoiar o seu direito a tomar decisões sobre os seus cuidados	168
Secção 1.6	Tem o direito a apresentar reclamações e a pedir-nos que reconsideremos as decisões que tomámos	170
Secção 1.7	O que pode fazer se acreditar que está a ser tratado injustamente ou que os seus direitos não estão a ser respeitados?	170
Secção 1.8	Como obter mais informações sobre os seus direitos.....	171
SECÇÃO 2	Tem algumas responsabilidades enquanto membro do plano	171
Secção 2.1	Quais são as suas responsabilidades?	171

SECÇÃO 1 O nosso plano deve honrar os seus direitos enquanto membro do plano

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

To get information from us in a way that works for you, please call the Medicare Concierge Team (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call the Medicare Concierge Team (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Medicare Concierge Team number at 401-277-2958 or 1-800-267-0439 for additional information. (TTY users should call 711). The Medicare Concierge Team is available October 1 - March 31, seven days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m.; April 1 - September 30, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m.; Saturday 8:00 a.m. to noon. An automated answering system is available outside of these hours. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact our Medicare Concierge Team number at 401-277-2958 or 1-800-267-0439 for additional information.

Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de una manera que a usted le resulte útil (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande, u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Si desea que le enviemos información de una manera que le resulte útil, llame al Equipo de Consejería de Medicare (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérprete gratis disponibles para responder las preguntas de los miembros discapacitados que no hablan inglés. De ser necesario, también podemos brindarle la información en braille, en texto con letras grandes o en otros formatos alternativos sin costo. Debemos proporcionarle la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Si desea que le enviemos información de una manera que le resulte útil, llame al Equipo de Consejería de Medicare (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este manual).

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar un reclamo a nuestro número del Equipo de Consejería de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 para obtener más información. (Los usuarios de TTY

deben llamar al 711). El Equipo de Consejería de Medicare está a su disposición del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Fuera de estos horarios, se encuentra disponible un sistema automatizado de respuesta de llamadas. También puede presentar una queja ante Medicare llamando a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o con este correo, o puede comunicarse con nuestro número del Equipo de Consejería de Medicare al (401) 277-2958 o al 1-800-267-0439 para obtener información adicional.

Secção 1.1	Devemos fornecer informações de uma forma que funcione para si (noutras línguas para além do inglês, em braille, em letras grandes ou noutros formatos alternativos, etc.)
-------------------	---

Para obter informações nossas de uma maneira que funcione para si, ligue para a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

O nosso plano tem pessoas e serviços gratuitos de intérprete disponíveis para responder às perguntas de pessoas com deficiências e que não falem inglês. Também podemos fornecer-lhe informações em braille, em letras grandes ou noutros formatos alternativos sem qualquer custo, caso necessite. Somos obrigados a fornecer-lhe informações sobre os benefícios do plano num formato que seja acessível e apropriado para si. Para obter informações nossas de uma maneira que funcione para si, por favor ligue para a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Se tiver qualquer problema ao obter informações do nosso plano num formato que seja acessível e apropriado para si, apresente uma queixa à nossa Equipa de Concierge da Medicare através de chamada telefónica para o número 401-277-2958 ou 1-800-267-0439 para obter informações adicionais. (Os utilizadores da TTY devem ligar para o 711). A Equipa de Concierge da Medicare está disponível de 1 de outubro a 31 de março, sete dias por semana, das 8h00 às 20h00; 1 de abril a 30 de setembro, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 20h00; sábados das 8h00 ao meio-dia. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado. Também pode apresentar uma reclamação à Medicare ao telefonar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou apresentá-la diretamente no Escritório de Direitos Cívicos. As informações de contacto estão incluídas neste Comprovativo de Cobertura ou com esta correspondência, sendo que pode também entrar em contacto com a Equipa de Concierge da Medicare através do número de telefone 401-277-2958 ou 1-800-267-0439 para obter informações adicionais.

Secção 1.2	Temos de garantir que recebe atempadamente acesso aos seus serviços e medicamentos cobertos
-------------------	--

Enquanto membro do nosso plano, tem o direito de escolher um prestador de cuidados primários (PCP) na rede do plano para prestar e organizar os seus serviços cobertos (o Capítulo 3 fornece mais explicações sobre isto). Contacte a Equipa de Concierge da Medicare para saber quais os médicos que estão a aceitar novos pacientes (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Tem também o direito de recorrer a um especialista em saúde feminina (como um ginecologista) sem um encaminhamento.

Enquanto membro do plano, tem o direito de obter consultas e serviços cobertos da rede de prestadores do plano *dentro de um período de tempo razoável*. Isto inclui o direito a obter serviços atempados de especialistas quando precisar desses cuidados. Também tem o direito ao preenchimento ou recarga das suas receitas médicas em qualquer uma das farmácias da nossa rede sem grandes atrasos.

Se considera que não está a receber os seus cuidados médicos ou medicamentos da Parte D num período de tempo razoável, o Capítulo 9, Secção 10 deste folheto diz o que pode fazer. (Se tivermos negado cobertura dos seus cuidados médicos ou medicamentos e não concordar com a nossa decisão, o Capítulo 9, Secção 4 diz o que pode fazer).

Secção 1.3 Devemos proteger a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde

As leis federais e estaduais protegem a privacidade dos seus registos médicos e informações pessoais sobre a saúde. Protegemos a sua informação pessoal sobre a saúde, conforme exigido por estas leis.

- A sua “informação pessoal de saúde” inclui as informações pessoais que nos forneceu quando se inscreveu neste plano, bem como os seus registos médicos e outras informações médicas e de saúde.
- As leis que protegem a sua privacidade dão-lhe direitos relacionados com a obtenção de informações e o controlo da forma como as suas informações de saúde são utilizadas. Damos-lhe um aviso por escrito, denominada de “Aviso de Prática de Privacidade”, que informa sobre estes direitos e explica como protegemos a privacidade das suas informações de saúde.

Como protegemos a privacidade da sua informação de saúde?

- Certificamo-nos de que pessoas não autorizadas não veem nem alteram os seus registos.
- Na maioria das situações, se dermos informações sobre a sua saúde a alguém que não esteja a prestar os seus cuidados ou a pagar por eles, *somos obrigados a obter primeiro autorização por escrito da sua parte*. A permissão por escrito pode ser dada por si ou por alguém a quem tenha dado poderes legais para tomar decisões por si.
- Existem algumas exceções que não requerem que obtenhamos primeiro a sua permissão por escrito. Estas exceções são permitidas ou exigidas por lei.
 - Por exemplo, somos obrigados a divulgar informação sobre saúde a agências governamentais que estejam a verificar a qualidade dos cuidados de saúde.
 - Como é membro do nosso plano através da Medicare, somos obrigados a fornecer as suas informações de saúde à Medicare, incluindo informações sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D. Se a Medicare divulgar a sua informação para investigação ou outros fins, isto será feito de acordo com os estatutos e regulamentos federais.

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

Tem o direito de ver os seus registos médicos mantidos no plano, e de obter uma cópia dos seus registos. Estamos autorizados a cobrar-lhe uma taxa pela obtenção de cópias. Tem também o direito a pedir-nos para fazer aditamentos ou correções aos seus registos médicos. Se nos pedir que o façamos,

trabalharemos em conjunto com o seu prestador de cuidados de saúde para decidir se as alterações devem ser feitas.

Tem o direito a saber como a sua informação sobre saúde foi partilhada com outros para quaisquer fins que não sejam de rotina.

Se tiver dúvidas ou preocupações sobre a privacidade das suas informações pessoais de saúde, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 1.4	Devemos fornecer-lhe informações sobre o plano, a sua rede de prestadores e os seus serviços cobertos
-------------------	--

Enquanto membro da BlueCHiP for Medicare Plus, tem o direito de obter vários tipos de informação da nossa parte. (Tal como explicado acima na Secção 1.1, tem o direito a obter informações da nossa parte de uma forma que funcione para si. Isto inclui obter a informação noutras línguas para além do inglês e em letras grandes ou noutros formatos alternativos).

Se desejar obter qualquer um dos seguintes tipos de informação, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto):

- **Informações sobre o nosso plano.** Isto inclui, por exemplo, informações sobre a condição financeira do plano. Também inclui informações sobre o número de recursos apresentados pelos membros e as classificações de desempenho do plano, incluindo como foi classificado pelos membros do plano e como se compara a outros planos de saúde da Medicare.
- **Informações sobre os nossos prestadores da rede, incluindo as nossas farmácias da rede.**
 - Por exemplo, tem o direito a obter informações da nossa parte sobre as qualificações dos prestadores e farmácias da nossa rede e como pagamos aos prestadores da nossa rede.
 - Para obter uma lista dos prestadores da rede do plano, consulte o Diretório de Prestadores do BlueCHiP for Medicare.
 - Para obter uma lista das farmácias da rede do plano, consulte o Diretório de Farmácias do BlueCHiP for Medicare.
 - Para obter informações mais detalhadas sobre os nossos prestadores ou farmácias, pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) ou pode visitar o nosso site, em www.BCBSRI.com/Medicare.
- **Informações sobre a sua cobertura e as regras que deve seguir ao utilizar a sua cobertura.**
 - Nos Capítulos 3 e 4 deste folheto, explicamos que serviços médicos estão cobertos para si, quaisquer restrições à sua cobertura, e que regras deve seguir para obter os seus serviços médicos cobertos.
 - Para obter os detalhes da sua cobertura de medicamentos da Parte D, consulte os Capítulos 5 e 6 deste folheto mais a Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários) do plano. Estes capítulos, juntamente com a Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários), indicam quais são os medicamentos cobertos e explicam as regras que deve seguir e as restrições à sua cobertura para determinados medicamentos.

- Se tiver dúvidas sobre as regras ou restrições, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- **Informações sobre os motivos pelos quais algo não está coberto e o que pode fazer a esse respeito.**
 - Se não tiver a cobertura de um serviço médico ou medicamento da Parte D, ou se a sua cobertura for restrita de alguma forma, pode solicitar-nos uma explicação por escrito. Tem direito a esta explicação, mesmo que tenha recebido o serviço médico ou o medicamento de um prestador ou farmácia fora da rede.
 - Se não estiver satisfeito ou se discordar de uma decisão que tomemos sobre os cuidados médicos ou o medicamento da Parte D, tem o direito de nos pedir que alteremos a decisão. Pode pedir-nos que alteremos a decisão através da interposição de um recurso. Para obter detalhes sobre o que fazer se algo não estiver coberto da forma que pensa que deveria estar coberto, consulte o Capítulo 9 deste folheto. Fornece-lhe os detalhes sobre como recorrer se quiser que alteremos a nossa decisão. (O Capítulo 9 também informa como apresentar uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera e outras preocupações).
 - Se quiser pedir ao nosso plano para pagar a nossa parte de uma conta que tenha recebido por cuidados médicos ou um medicamento prescrito da Parte D, consulte o Capítulo 7 deste folheto.

Secção 1.5	Devemos apoiar o seu direito a tomar decisões sobre os seus cuidados
-------------------	---

Tem o direito a conhecer as suas opções de tratamento e participar nas decisões sobre os seus cuidados de saúde

Tem o direito a obter informações completas dos seus médicos e de outros prestadores de cuidados de saúde quando recorre a cuidados médicos. Os seus prestadores devem explicar a sua condição médica e as suas escolhas de tratamento *de uma forma que consiga compreender*.

Tem também o direito a participar plenamente nas decisões sobre os seus cuidados de saúde. Para o ajudar a tomar decisões com os seus médicos sobre qual o melhor tratamento para si, os seus direitos incluem o seguinte:

- **Ter conhecimento sobre todas as suas escolhas.** Isto significa que tem o direito de ser informado sobre todas as opções de tratamento recomendadas para a sua doença, independentemente do seu custo ou se estão cobertas pelo nosso plano. Também inclui ser informado sobre programas que o nosso plano oferece para ajudar os membros a gerir as suas medicações e a usar medicamentos em segurança.
- **Ter conhecimento sobre os riscos.** Tem o direito a ser informado sobre quaisquer riscos envolvidos nos seus cuidados. Deve ser informado com antecedência se algum tratamento ou cuidados médicos propostos fazem parte de uma experiência de investigação. Tem sempre a possibilidade de recusar qualquer tratamento experimental.
- **O direito a dizer "não".** Tem o direito a recusar qualquer tratamento recomendado. Isto inclui o direito a deixar um hospital ou outro estabelecimento médico, mesmo que o seu médico o aconselhe a não sair. Também tem o direito a deixar de tomar a sua medicação. Claro que, se recusar tratamento ou parar de tomar medicação, aceita total responsabilidade pelo que acontecer ao seu corpo como resultado disso.

- **Receber uma explicação se lhe for negada cobertura para cuidados.** Tem o direito a receber uma explicação da nossa parte se um prestador lhe tiver negado cuidados que acredita que deve receber. Para receber esta explicação, terá de nos pedir uma decisão de cobertura. O Capítulo 9 deste folheto informa como pedir ao plano uma decisão de cobertura.

Tem o direito a dar instruções sobre o que deve ser feito se não for capaz de tomar decisões médicas por si próprio

Por vezes, as pessoas tornam-se incapazes de tomar decisões de cuidados de saúde por si próprias devido a acidentes ou doença grave. Tem o direito a dizer o que quer que aconteça se se encontrar nesta situação. Isto significa que, *se quiser*, pode:

- Preencher um formulário escrito para dar a **alguém a autoridade legal para tomar decisões médicas por si**, se alguma vez se tornar incapaz de tomar decisões por si próprio.
- **Dar aos seus médicos instruções escritas** sobre como deseja que eles lidem com os seus cuidados médicos, caso se torne incapaz de tomar decisões por si próprio.

Os documentos legais que pode utilizar para dar as suas orientações antecipadamente nestas situações são denominados de "diretivas antecipadas". Existem tipos diferentes de diretivas antecipadas e diferentes nomes para elas. Os documentos denominados de "**testamento em vida**" e "**procuração para cuidados de saúde**" são exemplos de diretivas antecipadas.

Se quiser utilizar uma "diretiva antecipada" para dar as suas instruções, eis o que deve fazer:

- **Obter o formulário.** Se quiser ter uma diretiva antecipada, pode obter um formulário do seu advogado, de um assistente social ou de algumas lojas de material de escritório. Por vezes é possível obter formulários de diretivas antecipadas de organizações que fornecem às pessoas informações sobre a Medicare. Também pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare para pedir os formulários (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- **Preencher o formulário e assiná-lo.** Independentemente da forma como obtiver este formulário, tenha em mente que se trata de um documento legal. Deve considerar a possibilidade de pedir a um advogado para o ajudar a preparar o formulário.
- **Dar cópias às pessoas apropriadas.** Deve dar uma cópia do formulário ao seu médico e à pessoa que nomear no formulário como a pessoa que deve tomar decisões por si se não puder. Pode querer dar cópias também a amigos ou familiares próximos. Certifique-se de que guarda uma cópia em casa.

Se souber com antecedência que vai ser hospitalizado e se tiver assinado uma diretiva antecipada, **leve uma cópia consigo para o hospital.**

- Se for internado no hospital, ser-lhe-á perguntado se assinou um formulário de diretiva antecipada e se o tem consigo.
- Se não tiver assinado um formulário de diretiva antecipada, o hospital tem formulários disponíveis e perguntará se deseja assinar um.

Lembre-se, a escolha é sua se quiser preencher uma diretiva antecipada (incluindo se quer assinar uma se estiver no hospital). De acordo com a lei, ninguém pode negar cuidados ou discriminá-lo com base no facto de ter ou não assinado uma diretiva antecipada.

E se as suas instruções não forem seguidas?

Se tiver assinado uma diretiva prévia e acreditar que um médico ou hospital não seguiu as instruções nela contidas, pode apresentar uma reclamação ao Departamento de Saúde de Rhode Island - Rhode Island Department of Health, 3 Capitol Hill, Providence, RI 02908.

Secção 1.6	Tem o direito a apresentar reclamações e a pedir-nos que reconsideremos as decisões que tomámos
-------------------	--

Se tiver problemas ou preocupações sobre os seus serviços ou cuidados cobertos, o Capítulo 9 deste folheto diz o que pode fazer. Fornece os pormenores sobre como lidar com todos os tipos de problemas e reclamações. O que é preciso fazer para dar seguimento a um problema ou preocupação depende da situação. Poderá ter de pedir ao nosso plano para tomar uma decisão de cobertura por si, interpor um recurso para que alteremos uma decisão de cobertura ou apresentar uma reclamação. O que quer que faça – peça uma decisão de cobertura, faça um recurso, ou apresente uma reclamação – **somos obrigados a tratá-lo de forma justa.**

Tem o direito a obter um resumo das informações sobre os recursos e reclamações que outros membros apresentaram contra o nosso plano no passado. Para obter esta informação, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 1.7	O que pode fazer se acreditar que está a ser tratado injustamente ou que os seus direitos não estão a ser respeitados?
-------------------	---

Se se tratar de discriminação, contacte o Escritório dos Direitos Civis

Se acredita ter sido tratado injustamente ou os seus direitos não tiverem sido respeitados devido à sua raça, deficiência, religião, género, saúde, etnia, credo (crenças), idade ou origem nacional, deve ligar para o **Escritório dos Direitos Civis** do Departamento de Saúde e Serviços Sociais pelo 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697, ou ligar para o Escritório dos Direitos Civis do seu país.

Trata-se de algo mais?

Se acredita ter sido tratado injustamente ou os seus direitos não tiverem sido respeitados, *e não* se trata de discriminação, pode obter ajuda para lidar com o problema que está a ter:

- Pode **contactar a Equipa de Concierge da Medicare** (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- Pode **contactar o Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado**. Para obter detalhes sobre esta organização e como contactá-la, consulte o Capítulo 2, Secção 3.

- Ou, **pode contactar a Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Secção 1.8 Como obter mais informações sobre os seus direitos

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

- Pode **contactar a Equipa de Concierge da Medicare** (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- Pode **contactar o Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP)**. Para obter detalhes sobre esta organização e como contactá-la, consulte o Capítulo 2, Secção 3.
- Pode contactar a **Medicare**.
 - Pode visitar o site da Medicare para ler ou descarregar a publicação "Direitos e Proteções Medicare". (A publicação está disponível em: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - Ou 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.

SECÇÃO 2 Tem algumas responsabilidades enquanto membro do plano

Secção 2.1 Quais são as suas responsabilidades?

O que precisa de fazer enquanto membro do plano está listado abaixo. Se tiver dúvidas, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Estamos aqui para ajudar.

- **Familiarize-se com os seus serviços cobertos e com as regras que deve seguir para obter estes serviços cobertos.** Utilize este folheto de *Comprovativo de Cobertura* para saber o que está coberto para si e as regras que precisa de seguir para obter os seus serviços cobertos.
 - Os Capítulos 3 e 4 fornecem os detalhes sobre os seus serviços médicos, incluindo o que está coberto, o que não está coberto, regras a seguir e o que paga.
 - Os Capítulos 5 e 6 fornecem os detalhes sobre a sua cobertura para medicamentos prescritos da Parte D.
- Se tiver qualquer outra cobertura de seguro de saúde ou cobertura de medicamentos prescritos para além do nosso plano, é obrigado a informar-nos. Por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare para nos informar (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
 - Somos obrigados a seguir as regras estabelecidas pela Medicare para nos certificarmos de que está a utilizar a combinação de toda a sua cobertura quando obtém os seus serviços cobertos do nosso plano. Isto é denominado de "coordenação de benefícios", porque envolve a coordenação dos benefícios de saúde e medicamentos que recebe do nosso plano com quaisquer outros benefícios de saúde e medicamentos à sua disposição. Ajudá-lo-emos a coordenar os seus benefícios. (Para obter mais informações sobre a coordenação de benefícios, consulte o Capítulo 1, Secção 10.)

- **Informe o seu médico e outros prestadores de cuidados de saúde que está inscrito no nosso plano.** Mostre o seu cartão de membro do plano sempre que receber os seus cuidados médicos ou medicamentos prescritos da Parte D.
- Ajude os seus médicos e outros prestadores de serviços, dando-lhes informações, fazendo perguntas e acompanhando os seus cuidados.
 - Para ajudar os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde a prestar-lhe os melhores cuidados, fique a saber tanto quanto puder sobre os seus problemas de saúde e dê-lhes a informação de que necessitam sobre si e a sua saúde. Siga os planos de tratamento e as instruções com os quais você e os seus médicos concordam.
 - Certifique-se de que os seus médicos sabem de todos os medicamentos que está a tomar, incluindo medicamentos de venda livre, vitaminas e suplementos.
 - Se tiver alguma dúvida, não hesite em perguntar. Os seus médicos e outros prestadores de cuidados de saúde devem explicar as coisas de uma forma que possa compreender. Se fizer uma pergunta e não entender a resposta que lhe é dada, pergunte novamente.
- **Esteja atento.** Esperamos que todos os nossos membros respeitem os direitos de outros pacientes. Esperamos também que aja de forma a ajudar o bom funcionamento do seu consultório médico, hospitais e outros consultórios.
- **Pague o que deve.** Enquanto membro do plano, é responsável por estes pagamentos:
 - Deve pagar os prémios do seu plano para continuar a ser um membro do nosso plano.
 - Para ser elegível para o nosso plano, deve possuir o Medicare Parte A e o Medicare Parte B. Alguns membros do plano devem pagar um prémio pelo Medicare Parte A. A maioria dos membros do plano devem pagar um prémio pelo Medicare Parte B para continuar a ser membro do plano.
 - Para a maioria dos seus serviços médicos ou medicamentos cobertos pelo plano, deve pagar a sua parte do custo quando recebe o serviço ou medicamento. Este será um copagamento (um montante fixo) ou participação (uma percentagem do custo total). O Capítulo 4 informa sobre o que deve pagar pelos seus serviços médicos. O Capítulo 6 informa sobre o que deve pagar pelos seus medicamentos prescritos da Parte D.
 - Se receber serviços médicos ou medicamentos que não estejam cobertos pelo nosso plano ou por outro seguro que possa ter, deverá pagar o custo total.
 - Se discordar da nossa decisão de negar cobertura para um serviço ou medicamento, pode recorrer. Por favor consulte o Capítulo 9 deste folheto para obter informações sobre como recorrer.
 - Se for obrigado a pagar uma penalização de inscrição tardia, deve pagar a penalização para manter a sua cobertura de medicamentos prescritos.
 - Se for obrigado a pagar o montante extra da Parte D devido aos seus rendimentos anuais, deverá pagar o montante extra diretamente ao governo para continuar a ser membro do plano.
- **Diga-nos se mudar de residência.** Se mudar de residência, é importante que nos diga imediatamente. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- **Se mudar para uma zona fora da nossa área de serviço do plano, não pode continuar a ser membro do nosso plano.** (O Capítulo 1 informa sobre a nossa área de serviço). Podemos ajudá-lo a descobrir se se está a mudar para uma zona fora da nossa área de serviço. Se sair da nossa área de serviço, terá um Período Especial de Inscrição para poder aderir a qualquer plano da Medicare disponível na sua nova área. Poderemos informá-lo se tivermos um plano na sua nova área.

- **Se se mudar *dentro* da nossa área de serviço, ainda precisaremos de saber**, para que possamos manter o seu registo de membro atualizado e saber como contactá-lo.
- Se se mudar, é também importante informar a Segurança Social (ou o Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro). Pode encontrar números de telefone e informações de contacto destas organizações no Capítulo 2.
- **Contacte a Equipa de Concierge da Medicare para obter ajuda se tiver dúvidas ou preocupações.** Agradecemos também quaisquer sugestões que possa ter para melhorar o nosso plano.
 - Números de telefone e horários para ligar para a Equipa de Concierge da Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.
 - Para obter mais informações sobre como nos contactar, incluindo o nosso endereço postal, por favor consulte o Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*O que fazer se tiver um problema
ou uma reclamação (decisões de cobertura,
recursos, reclamações)*

Capítulo 9. O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação **(decisões de cobertura, recursos, reclamações)**

SECÇÃO 1	Introdução.....	178
Secção 1.1	O que fazer se tiver um problema ou preocupação	178
Secção 1.2	E quanto aos termos legais?	178
SECÇÃO 2	Pode obter ajuda de organizações governamentais que não estão ligadas a nós	179
Secção 2.1	Onde obter mais informações assistência personalizada.....	179
SECÇÃO 3	Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar?	179
Secção 3.1	Deverá utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou deve utilizar o processo para fazer reclamações?	179
DECISÕES DE COBERTURA E RECURSOS		180
SECÇÃO 4	Um guia para as noções básicas das decisões de cobertura e recursos..	180
Secção 4.1	Pedir decisões de cobertura e interpor recursos: o quadro geral	180
Secção 4.2	Como obter ajuda quando se pede uma decisão de cobertura ou se interpõe um recurso	181
Secção 4.3	Que secção deste capítulo fornece os pormenores da sua situação?	182
SECÇÃO 5	Os seus cuidados médicos: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso.....	183
Secção 5.1	Esta secção informa sobre o que fazer se tiver problemas em obter cobertura de cuidados médicos ou se quiser que lhe paguemos a nossa parte dos custos dos seus cuidados.....	183
Secção 5.2	Passo-a-passo: Como pedir uma decisão de cobertura (como pedir ao nosso plano para autorizar ou fornecer a cobertura de cuidados médicos que deseja)184	
Secção 5.3	Passo-a-passo: Como interpor um recurso de Nível 1 (como pedir uma análise de uma decisão de cobertura de cuidados médicos tomada pelo nosso plano) 187	
Secção 5.4	Passo-a-passo: Como é feito um Recurso de Nível 2.....	190
Secção 5.5	E se nos pedir que lhe paguemos a nossa parte de uma conta que recebeu por cuidados médicos?.....	192
SECÇÃO 6	Os seus medicamentos prescritos da Parte D: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso	193
Secção 6.1	Esta secção informa sobre o que fazer se tiver problemas em obter um medicamento da Parte D ou se quiser que lhe paguemos um medicamento da Parte D.....	193

Secção 6.2	O que é uma exceção?.....	195
Secção 6.3	Coisas importantes a saber sobre pedidos de exceções.....	197
Secção 6.4	Passo-a-passo: Como pedir uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.....	198
Secção 6.5	Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 1 (como pedir uma análise de uma decisão de cobertura tomada pelo nosso plano)	201
Secção 6.6	Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 2	203
SECÇÃO 7	Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado.....	205
Secção 7.1	Durante o seu internamento hospitalar, receberá um aviso escrito da Medicare que informa sobre os seus direitos	206
Secção 7.2	Passo-a-passo: Como fazer um Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar	207
Secção 7.3	Passo-a-passo: Como fazer um Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar	209
Secção 7.4	E se falhar o prazo para interpor o seu Recurso de Nível 1?.....	211
SECÇÃO 8	Como nos pedir que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo	213
Secção 8.1	<i>Esta secção trata apenas de três serviços: Cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de enfermagem especializado e serviços em Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF)</i>	<i>213</i>
Secção 8.2	Dir-lhe-emos antecipadamente quando terminará a sua cobertura.....	214
Secção 8.3	Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados por um período de tempo mais longo	215
Secção 8.4	Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados por um período de tempo mais longo	217
Secção 8.5	E se falhar o prazo para interpor o seu Recurso de Nível 1?.....	218
SECÇÃO 9	Levar o seu apelo para o Nível 3 e posteriores.....	220
Secção 9.1	Níveis de Recurso 3, 4, e 5 para Pedidos de Serviços Médicos	220
Secção 9.2	Níveis de Recurso 3, 4, e 5 para Pedidos de Medicamentos da Parte D	222
APRESENTAR RECLAMAÇÕES	223
SECÇÃO 10	Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente e outras preocupações	223
Secção 10.1	Que tipos de problemas são tratados pelo processo de reclamação?	223
Secção 10.2	O nome formal para "apresentar uma reclamação" é "apresentar uma queixa".	225
Secção 10.3	Passo-a-passo: Apresentar uma reclamação.....	225

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

Secção 10.4	Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade dos cuidados à Organização para a Melhoria da Qualidade	226
Secção 10.5	Também pode informar a Medicare sobre a sua reclamação	227

SECÇÃO 1 **Introdução**

Secção 1.1 O que fazer se tiver um problema ou preocupação
--

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

- Para alguns tipos de problemas, é necessário utilizar o **processo para decisões de cobertura e recursos**.
- Para outros tipos de problemas, é necessário utilizar o **processo para realização de reclamações**.

Ambos os processos foram aprovados pela Medicare. Para assegurar a equidade e o tratamento rápido dos seus problemas, cada processo tem um conjunto de regras, procedimentos e prazos que devem ser seguidos por nós e por si.

Qual deles é utilizado por si? Isso depende do tipo de problema que tiver. O guia na Secção 3 ajudá-lo-á a identificar o processo correto a utilizar.

Secção 1.2 E quanto aos termos legais?
--

Existem termos técnicos legais para algumas das regras, procedimentos e tipos de prazos explicados neste capítulo. Muitos destes termos são desconhecidos para a maioria das pessoas e podem ser difíceis de compreender.

Para simplificar, este capítulo explica as regras e procedimentos legais usando palavras mais simples em vez de certos termos legais. Por exemplo, por norma este capítulo diz "fazer uma reclamação" em vez de "apresentar uma queixa", "decisão de cobertura" em vez de "determinação da organização", ou "determinação da cobertura", ou "determinação de risco", e "Organização de Análise Independente" em vez de "Entidade de Análise Independente". Utiliza também o menos possível abreviaturas.

Contudo, pode ser útil – e por vezes bastante importante – conhecer os termos legais corretos para a situação em que se encontra. Saber quais os termos a utilizar ajudá-lo-á a comunicar de forma mais clara e precisa quando estiver a lidar com o seu problema e a obter a ajuda ou informação certa para a sua situação. Para o ajudar a saber quais os termos a utilizar, incluímos termos legais quando fornecemos os detalhes para o tratamento de tipos específicos de situações.

SECÇÃO 2 Pode obter ajuda de organizações governamentais que não estão ligadas a nós

Secção 2.1 Onde obter mais informações assistência personalizada
--

Por vezes, pode ser confuso iniciar ou acompanhar o processo para lidar com um problema. Isto pode ser especialmente verdade se não se sentir bem ou se tiver uma energia limitada. Outras vezes, poderá não ter os conhecimentos necessários para dar o passo seguinte.

Obter ajuda de uma organização governamental independente

Estamos sempre disponíveis para o ajudar. Mas em algumas situações pode também querer ajuda ou orientação de alguém que não esteja ligado a nós. Pode sempre entrar em contacto com o seu **Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP)**. Este programa governamental formou conselheiros em todos os estados. O programa não está ligado a nós nem a nenhuma companhia de seguros ou plano de saúde. Os conselheiros deste programa podem ajudá-lo a compreender qual o processo que deve utilizar para lidar com um problema que esteja a ter. Podem também responder às suas perguntas, dar-lhe mais informações, e oferecer orientações sobre o que fazer.

Os serviços dos conselheiros do Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) são gratuitos. Encontrará os números de telefone no Capítulo 2, Secção 3 deste folheto.

Também pode obter ajuda e informação da Medicare

Para obter mais informações e ajuda no tratamento de um problema, pode também contactar a Medicare. Aqui estão duas formas de obter informação diretamente da Medicare:

- Pode ligar para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.
- Pode visitar o site da Medicare (www.medicare.gov).

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

Secção 3.1 Deverá utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou deve utilizar o processo para fazer reclamações?
--

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

Para saber que parte deste capítulo ajudará com o seu problema ou preocupação específica, **COMECE AQUI**

O seu problema ou preocupação tem a ver com os seus benefícios ou cobertura?

(Isto inclui problemas sobre se determinados cuidados médicos ou medicamentos prescritos estão ou não cobertos, a forma como estão cobertos e problemas relacionados com o pagamento de cuidados médicos ou medicamentos prescritos).

Sim. O meu problema tem a ver com benefícios ou cobertura.

Consulte a secção seguinte deste capítulo, **Secção 4, "Um guia para as noções básicas das decisões de cobertura e recursos."**

Não. O meu problema não tem a ver com benefícios ou cobertura.

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

DECISÕES DE COBERTURA E RECURSOS

SECÇÃO 4 Um guia para as noções básicas das decisões de cobertura e recursos

Secção 4.1	Pedir decisões de cobertura e interpor recursos: o quadro geral
-------------------	--

O processo para decisões de cobertura e recursos lida com problemas relacionados com os seus benefícios e cobertura de serviços médicos e medicamentos prescritos, incluindo problemas relacionados com o pagamento. Este é o processo que se utiliza para questões como, por exemplo, se algo está ou não coberto e a forma como algo é coberto.

Pedir decisões de cobertura

Uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o montante que iremos pagar pelos seus serviços médicos ou medicamentos. Por exemplo, o médico da rede do seu plano toma uma decisão (favorável) de cobertura para si sempre que recebe cuidados médicos da parte dele ou se o médico da sua rede o encaminhar para um especialista médico. Você ou o seu médico pode também contactar-nos e pedir uma decisão de cobertura se o seu médico não tiver a certeza se iremos cobrir um determinado serviço médico ou se se recusar a prestar cuidados médicos que

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação** (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

you consider necessary. In other words, if you want to know if we will cover a medical service before you receive it, you can ask us to make a coverage decision for you.

We make a coverage decision for you whenever we decide what is covered for you and how much we pay. In some cases, we can decide that a service or medication is not covered or is already covered by Medicare for you. If you disagree with this coverage decision, you can appeal.

Interpor um recurso

If we make a coverage decision and you are not satisfied with it, you can "appeal" the decision. An appeal is a formal way of asking us to review and change a coverage decision we made.

When you appeal a decision for the first time, it is called a Level 1 Appeal. In this appeal, we review the coverage decision we made to see if we followed all the rules. Your appeal is handled by reviewers different from those who made the original decision. When we finish our review, we send you our decision. In some circumstances, which we discuss later, you can request a faster coverage decision or a "fast coverage decision" or a fast appeal of a coverage decision.

If we say no to all or part of your Level 1 Appeal, you can go to a Level 2 Appeal. A Level 2 Appeal is handled by an Independent Review Organization that is not connected to us. (In some situations, your case will be automatically sent to an Independent Review Organization for a Level 2 Appeal. In other situations, you will need to request a Level 2 Appeal). If you are not satisfied with the decision in your Level 2 Appeal, you can continue through additional levels of appeal.

Secção 4.2	Como obter ajuda quando se pede uma decisão de cobertura ou se interpõe um recurso
-------------------	---

Would you like to get help? Here are the resources you can use if you decide to request any type of coverage decision or appeal:

- You can **contact the Medicare Concierge Team** (the phone numbers are printed on the back of this leaflet).
- You can **get free help** from your State Health Assistance Program (consult Section 2 of this chapter).
- **Your doctor can make a request for you.**
 - For medical services or medications prescribed under Part B, your doctor can request a coverage decision or a Level 1 Appeal on your behalf. If your appeal is denied at the Level 1, it will be automatically sent to the Level 2. To request any appeal after the Level 2, your doctor must be named as your representative.
 - For medications prescribed under Part D, your doctor or another prescriber can request a coverage decision or a Level 1 or Level 2 Appeal on your behalf. To request any

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

recurso após o Nível 2, o seu médico ou outro prescritor deve ser nomeado como seu representante.

- **Pode pedir a alguém que aja em seu nome.** Se desejar, pode nomear outra pessoa para agir por si como seu "representante" para pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso.
 - Pode existir alguém que já esteja legalmente autorizado a agir como seu representante ao abrigo da lei do Estado.
 - Se quiser que um amigo, parente, o seu médico ou outro prestador, ou outra pessoa, seja o seu representante, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) e peça o formulário de "Nomeação de Representante". (O formulário está também disponível no site da Medicare, em www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). O formulário dá a essa pessoa permissão para agir em seu nome. Deve ser assinado por si e pela pessoa que gostaria de agisse em seu nome. Deve fornecer-nos uma cópia do formulário assinado.
- **Tem também o direito a contratar um advogado para agir em seu nome.** Pode contactar o seu próprio advogado ou obter o nome de um advogado da sua associação de advogados local ou outro serviço de encaminhamento. Também existem grupos que lhe prestarão serviços jurídicos gratuitos se se qualificar para tal. Contudo, **não é obrigado a contratar um advogado para solicitar** qualquer tipo de decisão de cobertura ou recorrer de uma decisão.

Secção 4.3

Que secção deste capítulo fornece os pormenores da sua situação?

Existem quatro tipos diferentes de situações que envolvem decisões de cobertura e recursos. Uma vez que cada situação tem regras e prazos diferentes, damos os detalhes para cada uma delas numa secção separada:

- **Secção 5** deste capítulo: "Os seus cuidados médicos: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso".
- **Secção 6** deste capítulo: "Os seus medicamentos prescritos da Parte D: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso".
- **Secção 7** deste capítulo: "Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado cedo"
- **Secção 8** deste capítulo: "Como nos pedir que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo" (*Aplica-se apenas a estes serviços: cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de enfermagem especializado e Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF)*)

Se não tiver a certeza de qual a secção que deve utilizar, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Também pode obter ajuda ou informação de organizações governamentais tais como o seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) (o Capítulo 2, Secção 3, deste folheto tem os números de telefone deste programa).

SECÇÃO 5 Os seus cuidados médicos: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso



Leu a Secção 4 deste capítulo (*Um guia para as "noções básicas" das decisões de cobertura e recursos*)? Se não leu, poderá querer fazê-lo antes de iniciar esta secção.

Secção 5.1	Esta secção informa sobre o que fazer se tiver problemas em obter cobertura de cuidados médicos ou se quiser que lhe paguemos a nossa parte dos custos dos seus cuidados
-------------------	---

Esta secção fala sobre os seus benefícios para cuidados e serviços médicos. Estes benefícios são descritos no Capítulo 4 deste folheto: *Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)*. Para simplificar, referimo-nos geralmente à "cobertura de cuidados médicos" ou "cuidados médicos" no resto desta secção, em vez de repetir sempre "cuidados ou tratamentos ou serviços médicos". O termo "cuidados médicos" inclui artigos e serviços médicos, bem como medicamentos prescritos do Medicare Parte B. Em alguns casos, aplicam-se regras diferentes a um pedido de um medicamento prescrito da Parte B. Nesses casos, explicaremos como as regras para os medicamentos prescritos da Parte B são diferentes das regras para os artigos e serviços médicos.

Esta secção diz o que pode fazer se se encontrar em qualquer uma das cinco situações seguintes:

1. Não está a receber determinados cuidados médicos que deseja, e acredita que estes cuidados estão cobertos pelo nosso plano.
2. O nosso plano não aprovará os cuidados médicos que o seu médico ou outro prestador de cuidados médicos lhe queira prestar e acredita que estes cuidados estão cobertos pelo plano.
3. Recebeu cuidados médicos que considera que deveriam ser cobertos pelo plano, mas dissemos que não pagaremos estes cuidados.
4. Recebeu e pagou cuidados médicos que acredita deverem ser cobertos pelo plano e quer pedir ao nosso plano para o reembolsar por esses cuidados.
5. É-lhe dito que a cobertura para determinados cuidados médicos que tem recebido será reduzida ou interrompida e acredita que a redução ou interrupção destes cuidados poderá prejudicar a sua saúde.

NOTA: Se a cobertura que será interrompida for para cuidados hospitalares, cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de enfermagem especializados ou serviços de Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF), é necessário consultar uma secção separada deste capítulo, porque se aplicam regras especiais a estes tipos de cuidados. Eis o que se deve consultar nessas situações:

- Capítulo 9, Secção 7: *Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado cedo.*
- Capítulo 9, Secção 8: *Como nos pedir que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo.* Esta secção fala apenas sobre três serviços: cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de

enfermagem especializados e serviços de Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF).

Para *todas as outras* situações que envolvam ser informado de que os cuidados médicos que tem recebido serão interrompidos, use esta secção (Secção 5) como guia para o que fazer.

Em qual destas situações se encontra?

Se se encontrar nesta situação:	Isto é o que pode fazer:
Para saber se iremos cobrir os cuidados médicos que deseja.	Pode pedir-nos que tomemos uma decisão de cobertura por si. Consulte a secção seguinte deste capítulo, Secção 5.2 .
Se já lhe dissemos que não iremos cobrir ou pagar um serviço médico da forma que pretende que seja coberto ou pago?	Pode interpor um recurso . (Isto significa que nos está a pedir que reconsideremos). Passe para a Secção 5.3 deste capítulo.
Se quiser pedir-nos que lhe paguemos os cuidados médicos que já recebeu e que pagou.	Pode enviar-nos a conta. Passe para a Secção 5.5 deste capítulo.

Secção 5.2 **Passo-a-passo: Como pedir uma decisão de cobertura (como pedir ao nosso plano para autorizar ou fornecer a cobertura de cuidados médicos que deseja)**

Termos Legais

Quando uma decisão de cobertura envolve a sua assistência médica, é denominada de "**determinação da organização**".

Passo 1: Pede ao nosso plano que tome uma decisão de cobertura sobre os cuidados médicos que está a solicitar. Se a sua saúde requerer uma resposta rápida, deve pedir-nos que tomemos uma "**decisão de cobertura rápida**".

Termos Legais

Uma "decisão de cobertura rápida" é denominada de "**determinação célere**".

Como pedir cobertura para os cuidados médicos que deseja

- Comece por ligar, escrever ou enviar um fax para o nosso plano para fazer o seu pedido para que possamos autorizar ou fornecer cobertura dos cuidados médicos que deseja. Você, o seu médico, ou o seu representante, pode fazê-lo.

- Para obter os detalhes sobre como nos contactar, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de, *Como entrar em contacto connosco quando solicita uma decisão de cobertura sobre os seus cuidados médicos.*

Por norma, utilizamos os prazos padrão para lhe dar a nossa decisão

Quando lhe dermos a nossa decisão, utilizaremos os prazos "padrão", a menos que tenhamos concordado em utilizar os prazos "rápidos". **Uma decisão de cobertura padrão significa que lhe daremos uma resposta no espaço de 14 dias consecutivos** após termos recebido o seu pedido de um artigo ou serviço médico. Se o seu pedido for de um **medicamento prescrito Medicare Parte B, dar-lhe-emos uma resposta no prazo de 72 horas** após termos recebido o seu pedido.

- **No entanto**, para um pedido de um artigo ou serviço médico, **podemos demorar até 14 dias consecutivos** se pedir mais tempo, ou se precisarmos de informações (tais como registos médicos de prestadores fora da rede) que o possam beneficiar. Se decidirmos demorar dias extra para tomar a decisão, dir-lhe-emos por escrito. Não podemos demorar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.
- Se achar que *não* devemos demorar dias extra, pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de demorar dias extra. Quando apresentar uma reclamação rápida, dar-lhe-emos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. (O processo de apresentação de uma reclamação é diferente do processo de decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 10 deste capítulo.)

Se a sua saúde assim o exigir, peça-nos que lhe demos uma "decisão de cobertura rápida"

- **Uma decisão de cobertura rápida significa que responderemos no prazo de 72 horas se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B, responderemos no prazo de 24 horas.**
 - **No entanto, para um pedido de um artigo ou serviço médico, podemos demorar até 14 dias consecutivos** se verificarmos que faltam algumas informações que o possam beneficiar (tais como registos médicos de prestadores fora da rede), ou se precisar de tempo para nos dar informações para a análise. Se decidirmos demorar dias extra, dir-lhe-emos por escrito. Não podemos demorar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.
 - Se achar que *não* devemos demorar dias extra, pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de demorar dias extra. (Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 10 deste capítulo.) Ligar-lhe-emos assim que tomarmos a decisão.
- **Para obter uma decisão rápida de cobertura, deve cumprir dois requisitos:**
 - *Só* pode obter uma decisão de cobertura rápida se estiver a pedir cobertura para cuidados médicos *que ainda não recebeu*. (Não pode pedir uma decisão de cobertura rápida se o seu pedido tiver a ver com o pagamento de cuidados médicos que já recebeu).
 - *Só* pode obter uma decisão rápida de cobertura se a utilização dos prazos padrão puder *causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de agir*.
- **Se o seu médico nos disser que a sua saúde requer uma "decisão de cobertura rápida", concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.**

- Se pedir uma decisão de cobertura rápida por si próprio, sem o apoio do seu médico, decidiremos se a sua saúde requer que lhe demos uma decisão de cobertura rápida.
 - Se decidirmos que a sua condição médica não satisfaz os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta a informar sobre isso (e em vez disso utilizaremos os prazos padrão).
 - Esta carta informá-lo-á que, se o seu médico pedir a decisão de cobertura rápida, dar-lhe-emos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - A carta informará também como pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou. (Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 10 deste capítulo.)

Passo 2: Consideramos o seu pedido de cobertura de cuidados médicos e damos-lhe a nossa resposta.

Prazos para uma "decisão de cobertura rápida"

- Por norma, para uma decisão rápida de cobertura sobre um pedido de um artigo ou serviço médico, dar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 72 horas**. Se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B, responderemos **no prazo de 24 horas**.
 - Como explicado acima, podemos demorar até 14 dias consecutivos adicionais em determinadas circunstâncias. Se decidirmos demorar dias extra para tomar a decisão, dir-lhe-emos por escrito. Não podemos demorar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.
 - Se achar que *não* devemos demorar dias extra, pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de demorar dias extra. Quando apresentar uma reclamação rápida, dar-lhe-emos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. (Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 10 deste capítulo.)
 - Se não lhe dermos a nossa resposta no espaço de 72 horas (ou se houver um período de tempo prolongado, até ao final desse período) ou 24 horas se o seu pedido for de um medicamento prescrito da Parte B, tem o direito a recorrer. A Secção 5.3 abaixo diz como interpor um recurso.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou a totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma explicação detalhada por escrito sobre o porquê de termos dito não.

Prazos para uma "decisão de cobertura padrão"

- Por norma, para uma decisão de cobertura padrão sobre um pedido de um artigo ou serviço médico, dar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 14 dias consecutivos após a receção do seu pedido**. Se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B, dar-lhe-emos uma resposta **no prazo de 72 horas** após a receção do seu pedido.
 - Para um pedido de um artigo ou serviço médico, podemos demorar até 14 dias consecutivos ("um período de tempo alargado") em determinadas circunstâncias. Se decidirmos demorar dias extra para tomar a decisão, dir-lhe-emos por escrito. Não podemos demorar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se achar que *não* devemos demorar dias extra, pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de demorar dias extra. Quando apresentar uma reclamação rápida, dar-lhe-emos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. (Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 10 deste capítulo.)
 - Se não lhe dermos a nossa resposta no espaço de 14 dias consecutivos (ou se houver um período de tempo prolongado, até ao final desse período) ou 72 horas se o seu pedido for de um medicamento prescrito da Parte B, tem o direito a recorrer. A Secção 5.3 abaixo diz como interpor um recurso.
- .
- **Se a nossa resposta for não a parte ou a totalidade do que pediu,** enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não.

Passo 3: Se dissermos não ao seu pedido de cobertura para cuidados médicos, você decide se quer interpor um recurso.

- Se dissermos não, tem o direito de nos pedir que reconsideremos – e talvez alteremos – esta decisão através da interposição de um recurso. Interpor um recurso significa fazer outra tentativa para obter a cobertura de cuidados médicos que deseja.
- Se decidir interpor um recurso, significa que vai para o Nível 1 do processo de recurso (ver Secção 5.3 abaixo).

Secção 5.3

**Passo-a-passo: Como interpor um recurso de Nível 1
(como pedir uma análise de uma decisão de cobertura de cuidados médicos
tomada pelo nosso plano)**

Termos Legais

Um recurso para o plano sobre uma decisão de cobertura de cuidados médicos é denominado de "**reconsideração**" do plano.

Passo 1: Contacte-nos e interponha o seu recurso. Se a sua saúde requerer uma resposta rápida, deve pedir um "**recurso rápido**".

O que fazer

- **Para iniciar um recurso, você, o seu médico, ou o seu representante, deve entrar em contacto connosco.** Para obter os detalhes sobre como nos contactar para qualquer finalidade relacionada com o seu recurso, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de *Como entrar em contacto connosco quando interpuser um recurso sobre os seus cuidados médicos.*

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- **Se estiver a pedir um recurso padrão, interponha o seu recurso padrão por escrito, apresentando um pedido.**
 - Se tiver alguém que recorra da nossa decisão por si para além do seu médico, o seu recurso deve incluir um formulário de Nomeação de Representante que autorize essa pessoa a representá-lo. Para obter o formulário, contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) e peça o formulário "Nomeação de Representante". Também está disponível no site da Medicare, em www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf ou no nosso site, em www.bcbsri.com/BCBSRIWeb/pdf/Appointment_of_Representative_Form.pdf. Embora possamos aceitar um pedido de recurso sem o formulário, não podemos iniciar ou concluir a nossa análise até o recebermos. Se não recebermos o formulário no prazo de 44 dias consecutivos após a receção do seu pedido de recurso (o nosso prazo para tomar uma decisão sobre o seu recurso), o seu pedido de recurso será indeferido. Se isto acontecer, enviar-lhe-emos uma notificação escrita explicando o seu direito a pedir à Organização de Análise Independente que analise a nossa decisão de indeferir o seu recurso.
- **Se estiver a pedir um recurso rápido, interponha o seu recurso por escrito ou ligue-nos** para o número de telefone indicado no Capítulo 2, Secção 1 (*Como entrar em contacto connosco quando interpuser um recurso sobre os seus cuidados médicos*).
- **Deve apresentar o seu pedido de recurso no prazo de 60 dias consecutivos** a partir da data da notificação escrita que enviámos para lhe dar a nossa resposta ao seu pedido de decisão de cobertura. Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para o ter falhado, explique a razão pela qual o seu recurso está atrasado quando interpuser o seu recurso. Poderemos dar-lhe mais tempo para interpor o seu recurso. Exemplos de bons motivos para não cumprir o prazo podem incluir ter uma doença grave que o tenha impedido de nos contactar ou se lhe tivermos fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **Pode pedir uma cópia das informações relativas à sua decisão médica e acrescentar mais informações para apoiar o seu recurso.**
 - Tem o direito de nos pedir uma cópia das informações relativas ao seu recurso.
 - Se o desejar, você e o seu médico podem fornecer-nos informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Se a sua saúde assim o exigir, peça um "recurso rápido" (pode fazer um pedido entrando em contacto telefónico connosco)

Termos Legais
Um "recurso rápido" é também denominado de " reconsideração célere ".

- Se estiver a recorrer de uma decisão que tomámos sobre a cobertura de cuidados que ainda não recebeu, você e/ou o seu médico terão de decidir se precisam de um "recurso rápido".
- Os requisitos e procedimentos para obter um "recurso rápido" são os mesmos que para obter uma "decisão de cobertura rápida". Para pedir um recurso rápido, siga as instruções para pedir uma decisão de cobertura rápida. (Estas instruções são fornecidas anteriormente nesta secção).
- Se o seu médico nos disser que a sua saúde requer um "recurso rápido", dar-lhe-emos um recurso rápido.

Passo 2: Consideramos o seu recurso e damos-lhe a nossa resposta.

- Quando o nosso plano estiver a analisar o seu recurso, verificamos cuidadosamente todas as informações sobre o seu pedido de cobertura de cuidados médicos. Verificamos se estamos a seguir todas as regras quando dizemos não ao seu pedido.
- Recolheremos mais informação se precisarmos dela. Podemos contactá-lo a si ou ao seu médico para obter mais informações.

Prazos para um "recurso rápido"

- Quando estamos a utilizar os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso**. Dar-lhe-emos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Contudo, se pedir mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias consecutivos** se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se decidirmos demorar dias extra para tomar a decisão, dir-lhe-emos por escrito. Não podemos demorar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.
 - Se não lhe dermos uma resposta no prazo de 72 horas (ou no final do período de tempo alargado se demormos dias extra), somos obrigados a enviar automaticamente o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos desta organização e explicamos o que acontece no Nível 2 do processo de recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que solicitou**, temos de autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que solicitou**, enviaremos automaticamente o seu recurso para a Organização de Análise Independente, para um recurso de Nível 2.

Prazos para um "recurso padrão"

- Se estivermos a utilizar os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta sobre um pedido de um artigo ou serviço médico **no prazo de 30 dias consecutivos** após termos recebido o seu recurso, se o seu recurso for sobre a cobertura de serviços que ainda não tenha recebido. Se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B, dar-lhe-emos a nossa resposta **no prazo de 7 dias consecutivos** após recebermos o seu recurso, se o seu recurso for sobre a cobertura de um medicamento prescrito da Parte B que ainda não tenha recebido. Dar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se o seu estado de saúde assim o exigir.
 - Contudo, se pedir mais tempo, ou se precisarmos de recolher mais informações que o possam beneficiar, **poderemos demorar até 14 dias consecutivos** se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico. Se decidirmos demorar dias extra para tomar a decisão, dir-lhe-emos por escrito. Não podemos demorar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.
 - Se achar que *não* devemos demorar dias extra, pode apresentar uma "reclamação rápida" sobre a nossa decisão de demorar dias extra. Quando apresentar uma reclamação rápida, dar-lhe-emos uma resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas. (Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, incluindo reclamações rápidas, consulte a Secção 10 deste capítulo.)

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se não lhe dermos uma resposta dentro do prazo aplicável acima (ou no final do período de tempo alargado se tivermos demorado dias extra a seu pedido de um artigo ou serviço médico), somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do processo de recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que solicitou**, devemos autorizar ou fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 30 dias consecutivos se o seu pedido for para um artigo ou serviço médico, ou **no prazo de 7 dias consecutivos** se o seu pedido for para um medicamento prescrito do Medicare Parte B.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que solicitou**, enviaremos automaticamente o seu recurso para a Organização de Análise Independente, para um recurso de Nível 2.

Passo 3: Se o nosso plano disser não a parte ou totalidade do seu recurso, o seu caso será automaticamente enviado para o nível seguinte do processo de recurso.

- Para termos a certeza de que estávamos a seguir todas as regras quando dissemos não ao seu recurso, **somos obrigados a enviar o seu recurso para a "Organização de Análise Independente"**. Quando o fazemos, significa que o seu recurso vai para o nível seguinte do processo de recurso, que é o Nível 2.

Secção 5.4

Passo-a-passo: Como é feito um Recurso de Nível 2

Se dissermos não ao seu Recurso de Nível 1, o seu caso será *automaticamente* enviado para o nível seguinte do processo de recurso. Durante o Recurso de Nível 2, a **Organização de Análise Independente** analisa a nossa decisão para o seu primeiro recurso. Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada.

Termos Legais

O nome formal da "Organização de Análise Independente" é a "**Entidade de Análise Independente**". É por vezes denominada de "**IRE**".

Passo 1: A Organização de Análise Independente analisa o seu recurso.

- **A Organização de Análise Independente é uma organização independente que é contratada pela Medicare.** Esta organização não está ligada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização é uma empresa escolhida pela Medicare para desempenhar a função de Organização de Análise Independente. A Medicare supervisiona o seu trabalho.
- Enviaremos as informações sobre o seu recurso para esta organização. Esta informação é denominada de o seu "ficheiro de caso". **Tem o direito de nos pedir uma cópia do seu ficheiro de caso**

- Tem o direito de fornecer à Organização de Análise Independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.
- Os analistas da Organização de Análise Independente analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Se teve um "recurso rápido" no Nível 1, também terá um "recurso rápido" no Nível 2

- Se teve um recurso rápido no Nível 1, também terá um recurso rápido no Nível 2 A organização de análise deve dar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** a partir do momento em que recebe o seu recurso.
- Contudo, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico e a Organização de Análise Independente precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, **poderá demorar até 14 dias consecutivos adicionais**. A Organização de Análise Independente não pode levar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

Se teve um "recurso padrão" no Nível 1, também terá um "recurso padrão" no Nível 2

- Se teve um recurso padrão no Nível 1, receberá automaticamente um recurso padrão no Nível 2 Se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico, a organização de análise deve dar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 30 dias consecutivos** a partir do momento em que recebe o seu recurso. Se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B, a organização de análise deve dar uma resposta ao seu recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias consecutivos** a partir do momento em que recebe o seu recurso.
- Contudo, se o seu pedido for de um artigo ou serviço médico e a Organização de Análise Independente precisar de recolher mais informações que o possam beneficiar, **poderá demorar até 14 dias consecutivos adicionais**. A Organização de Análise Independente não pode levar tempo extra para tomar uma decisão se o seu pedido for de um medicamento prescrito do Medicare Parte B.

Passo 2: A Organização de Análise Independente dá-lhe a sua resposta.

A Organização de Análise Independente comunicar-lhe-á a sua decisão por escrito e explicará as razões da mesma.

- **Se a organização de análise disser sim a parte ou totalidade de um pedido de um artigo ou serviço médico**, devemos autorizar a cobertura de cuidados médicos no prazo de 72 horas ou prestar o serviço no prazo de 14 dias consecutivos após termos recebido a decisão da organização de análise para pedidos padrão ou no prazo de 72 horas a partir da data em que recebemos a decisão da organização de análise para pedidos céleres.
- **Se a organização de análise disser sim a uma parte ou totalidade de um pedido de um medicamento prescrito da Parte B**, temos de autorizar ou fornecer o medicamento prescrito da Parte B em disputa no prazo de **72 horas** após termos recebido a decisão da organização de análise para **pedidos padrão** ou no prazo de **24 horas** a partir da data em que recebemos a decisão da organização de análise para **pedidos céleres**.
- **Se esta organização disser não a parte ou totalidade do seu recurso**, significa que concorda conosco que o seu pedido (ou parte do seu pedido) de cobertura para cuidados médicos não deve ser aprovado. (A isto chama-se "sustentar a decisão". É também denominado de "recusar o seu recurso").

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se a Organização de Análise Independente "sustentar a decisão", tem direito a um recurso de Nível 3. No entanto, para interpor outro recurso no Nível 3, o valor em dólares da cobertura de cuidados médicos que está a solicitar deve cumprir um certo mínimo. Se o valor em dólares da cobertura que solicita for demasiado baixo, não pode interpor outro recurso, o que significa que a decisão no Nível 2 é definitiva. O aviso escrito que recebe da Organização de Análise Independente dir-lhe-á como saber qual o montante em dólares para continuar com o processo de recurso.

Passo 3: Se o seu caso satisfizer os requisitos, escolhe se quer levar o seu recurso mais além.

- Existem três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (para um total de cinco níveis de recurso).
- Se o seu Recurso de Nível 2 for recusado e cumprir os requisitos para continuar com o processo de recurso, deve decidir se quer continuar para o Nível 3 e interpor um terceiro recurso. Os detalhes sobre como fazer isto estão no aviso escrito que recebe após o seu Recurso de Nível 2.
- O Recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário. A Secção 9 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 5.5

E se nos pedir que lhe paguemos a nossa parte de uma conta que recebeu por cuidados médicos?

Se quiser pedir-nos o pagamento de cuidados médicos, comece por consultar o Capítulo 7 deste folheto: *Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos*. O Capítulo 7 descreve as situações em que poderá ter de pedir reembolso ou pagar uma conta que recebeu de um prestador. Também informa como nos enviar a papelada que nos pede para o pagamento.

Pedir-nos o reembolso é pedir-nos uma decisão de cobertura

Se nos enviar a papelada que solicita o reembolso, está a pedir-nos que tomemos uma decisão de cobertura (para mais informações sobre decisões de cobertura, consulte a Secção 4.1 deste capítulo). Para tomar esta decisão de cobertura, verificaremos se a assistência médica que pagou é um serviço coberto (ver Capítulo 4: *Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)*). Verificaremos também se seguiu todas as regras para utilizar a sua cobertura para cuidados médicos (estas regras são fornecidas no Capítulo 3 deste folheto: *Usar a cobertura do plano para os seus serviços médicos*).

Diremos sim ou não ao seu pedido

- Se os cuidados médicos por si pagos estiverem cobertos e tiver seguido todas as regras, enviar-lhe-emos o pagamento da nossa parte do custo dos seus cuidados médicos no prazo de 60 dias consecutivos depois de termos recebido o seu pedido. Ou, se não tiver pago pelos serviços, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. Quando enviamos o pagamento, é o mesmo que dizer *sim* ao seu pedido para uma decisão de cobertura.

- Se os cuidados médicos *não* estiverem cobertos ou se *não* seguiu todas as regras, não enviaremos o pagamento. Em vez disso, enviar-lhe-emos uma carta a dizer que não pagaremos os serviços e as razões pelas quais não o faremos em pormenor. (Quando recusamos o seu pedido de pagamento, é o mesmo que dizer *não* ao seu pedido para uma decisão de cobertura).

E se pedir o pagamento e dissermos que não iremos pagar?

Se não concordar com a nossa decisão de recusar, **pode interpor um recurso**. Se recorrer, significa que nos está a pedir que alteremos a decisão de cobertura que tomámos quando recusámos o seu pedido de pagamento.

Para interpor este recurso, siga o processo de recurso que descrevemos na Secção 5.3. Consulte esta secção para instruções passo-a-passo. Quando estiver a seguir estas instruções, por favor tenha em atenção:

- Se interpuser um recurso para reembolso, devemos dar-lhe a nossa resposta no prazo de 60 dias consecutivos após termos recebido o seu recurso. (Se nos estiver a pedir que lhe paguemos por cuidados médicos que já recebeu e pagou por si próprio, não está autorizado a pedir um recurso rápido).
- Se a Organização de Análise Independente inverter a nossa decisão de negar o pagamento, devemos enviar o pagamento solicitado ao cliente ou ao prestador no prazo de 30 dias consecutivos. Se a resposta ao seu recurso for sim em qualquer fase do processo de recurso após o Nível 2, devemos enviar-lhe o pagamento solicitado ou ao prestador no prazo de 60 dias consecutivos.

SECÇÃO 6 Os seus medicamentos prescritos da Parte D: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso



Leu a Secção 4 deste capítulo (*Um guia para as "noções básicas" das decisões de cobertura e recursos*)? Se não leu, poderá querer fazê-lo antes de iniciar esta secção.

Secção 6.1	Esta secção informa sobre o que fazer se tiver problemas em obter um medicamento da Parte D ou se quiser que lhe paguemos um medicamento da Parte D
-------------------	--

Os seus benefícios enquanto membro do nosso plano incluem a cobertura de muitos medicamentos prescritos. Por favor consulte a nossa *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano. Para ser coberto, o medicamento deve ser utilizado para uma indicação clinicamente aceite. (Uma "indicação clinicamente aceite" é um uso do medicamento que é aprovado pela 'Food and Drug Administration' (FDA) ou apoiado por determinados livros de referência. Consulte o Capítulo 5, Secção 3 para obter mais informações sobre uma indicação clinicamente.)

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- **Esta secção fala apenas sobre os medicamentos da Parte D.** Para simplificar, dizemos geralmente "medicamento" no resto desta secção, em vez de repetir sempre "medicamento prescrito de regime ambulatorio coberto" ou "medicamento da Parte D".
- Para obter detalhes sobre o que entendemos por medicamentos da Parte D, a *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários)*, regras e restrições de cobertura e informação sobre custos, consulte o Capítulo 5 (*Usar a cobertura do nosso plano para os seus medicamentos da Parte D*) e Capítulo 6 (*O que paga pelos seus medicamentos da Parte D*).

Decisões de cobertura da Parte D e recursos

Como discutido na Secção 4 deste capítulo, uma decisão de cobertura é uma decisão que tomamos sobre os seus benefícios e cobertura ou sobre o montante que iremos pagar pelos seus medicamentos.

Termos Legais
Uma decisão de cobertura inicial sobre os seus medicamentos da Parte D é denominada de " determinação de cobertura. "

Aqui estão exemplos de decisões de cobertura que nos pede para tomar sobre os seus medicamentos da Parte D:

- Pede-nos que façamos uma exceção, incluindo:
 - Pedir-nos para cobrir um medicamento da Parte D que não conste da *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulário)* do plano
 - Pedir-nos que renunciemos a uma restrição da cobertura do plano para um medicamento (tais como limites da quantidade do medicamento que se pode obter)
 - Pedir-nos para pagar um montante de repartição de custos mais baixo por um medicamento coberto num escalão de repartição de custos mais elevado
- Pergunta-nos se um medicamento está coberto para si e se satisfaz alguma regra de cobertura aplicável. (Por exemplo, quando o seu medicamento constar da Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários) do plano, mas exigimos que obtenha a nossa aprovação antes de o cobrirmos para si).
 - *Por favor, tenha em atenção que:* Se a sua farmácia lhe disser que a sua receita não pode ser preenchida por escrito, a farmácia dar-lhe-á um aviso escrito explicando como nos contactar para pedir uma decisão de cobertura.
- Pede-nos para pagar um medicamento que já comprou. Este é um pedido para uma decisão de cobertura sobre o pagamento.

Se não concordar com uma decisão de cobertura que tenhamos tomado, pode recorrer da nossa decisão.

Esta secção diz-lhe como pedir decisões de cobertura e como pedir um recurso. Utilize a tabela abaixo para o ajudar a determinar que parte tem informações para a sua situação:

Em qual destas situações se encontra?

Se se encontrar nesta situação:	Isto é o que pode fazer:
Se necessitar de um medicamento que não esteja na nossa Lista de Medicamentos ou precisar que renunciemos a uma regra ou restrição sobre um medicamento que cobrimos.	Pode pedir-nos para abirmos uma exceção. (Este é um tipo de decisão de cobertura). Comece com a Secção 6.2 deste capítulo.
Se quiser que cubra um medicamento da nossa Lista de Medicamentos e acreditar que cumpre quaisquer regras ou restrições do plano (tais como obter aprovação prévia) para o medicamento de que necessita.	Pode pedir-nos uma decisão de cobertura. Passe para a Secção 6.4 deste capítulo.
Se quiser pedir-nos que lhe paguemos um medicamento que já recebeu e que pagou.	Pode pedir-nos que lhe paguemos de volta. (Este é um tipo de decisão de cobertura). Passe para a Secção 6.4 deste capítulo.
Se já lhe dissemos que não iremos cobrir ou pagar um medicamento da forma que pretende que seja coberto ou pago.	Pode interpor um recurso. (Isto significa que nos está a pedir que reconsideremos). Passe para a Secção 6.5 deste capítulo.

Secção 6.2 O que é uma exceção?

Se um medicamento não estiver coberto da forma que gostaria que estivesse, pode pedir-nos para abirmos uma "exceção". Uma exceção é um tipo de decisão de cobertura. Semelhantemente a outros tipos de decisões de cobertura, se recusarmos o seu pedido de exceção, pode recorrer da nossa decisão.

Quando pedir uma exceção, o seu médico ou outro prescritor terá de explicar as razões médicas pelas quais necessita que a exceção seja aprovada. Consideraremos então o seu pedido. Aqui estão três exemplos de exceções que você ou o seu médico ou outro prescritor nos pode pedir:

- 1. Cobrir um medicamento da Parte D para si que não conste da nossa *Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários)*.** (Chamamos-lhe a "Lista de Medicamentos", para abreviar.)

Termos Legais

Pedir a cobertura de um medicamento que não conste da Lista de Medicamentos é, por vezes, denominado de pedir uma "**exceção ao formulário**".

- Se concordarmos em abrir uma exceção e cobrir um medicamento que não conste da Lista de Medicamentos, terá de pagar o montante de repartição de custos que se aplica aos medicamentos do escalão 4. Não pode pedir uma exceção ao montante do copagamento ou da comparticipação que lhe exigimos que pague pelo medicamento.

2. Remover uma restrição à nossa cobertura para um medicamento coberto. Existem regras ou restrições adicionais que se aplicam a determinados medicamentos na nossa Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários) (para mais informações, consulte o Capítulo 5 e procure a Secção 4).

Termos Legais

Pedir a remoção de uma restrição a uma cobertura de um medicamento é, por vezes, denominado de pedir uma "**exceção ao formulário**".

- As regras extra e restrições de cobertura para determinados medicamentos incluem:
 - *Ser obrigado a utilizar a versão genérica* de um medicamento em vez do medicamento de marca.
 - *Obter a aprovação do plano com antecedência* antes de concordarmos em cobrir o medicamento para si. (A isto chama-se, por vezes, "autorização prévia.")
 - *Ser obrigado a experimentar primeiro um medicamento diferente* antes de concordarmos em cobrir o medicamento que está a pedir. (A isto chama-se, por vezes, "protocolo por etapas".)
 - *Limites de quantidade.* Para alguns medicamentos, existem restrições quanto à quantidade do medicamento que se pode ter.
- Se concordarmos em abrir uma exceção e renunciarmos a uma restrição para si, pode pedir uma exceção ao montante do copagamento ou da comparticipação que lhe exigimos que pague pelo medicamento.

3. Mudar a cobertura de um medicamento para um nível de repartição de custos mais baixo.

Cada medicamento na nossa Lista de Medicamentos encontra-se num dos cinco (5) escalões de repartição de custos. Por norma, quanto mais baixo for o número de escalão de repartição de custos, menos pagará pela sua parte do custo do medicamento.

Termos Legais

Pedir para pagar um preço mais baixo por um medicamento não-preferencial coberto é, por vezes, denominado de pedir uma "**exceção por escalões**".

- Se a nossa lista de medicamentos contiver medicamentos alternativos para tratar a sua condição médica que se encontrem num escalão de repartição de custos inferior ao do seu medicamento, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da repartição de custos que se aplica ao(s) medicamento(s) alternativo(s). Isto reduziria a sua parte do custo do medicamento.

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se o medicamento que está a tomar for um produto biológico, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da repartição de custos que se aplica ao escalão mais baixo que contém alternativas de produtos biológicos para tratar a sua doença.
 - Se o medicamento que está a tomar for um medicamento de marca, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da repartição de custos que se aplica ao escalão mais baixo que contém alternativas de medicamentos de marca para tratar a sua doença.
 - Se o medicamento que está a tomar for um medicamento genérico, pode pedir-nos que cubra o seu medicamento pelo montante da repartição de custos que se aplica ao escalão mais baixo que contém alternativas de medicamentos de marca ou genéricos para tratar a sua doença.
- Não nos pode pedir para alterar o escalão de repartição de custos de qualquer medicamento dos escalões 1 (escalão genérico preferencial) ou 5 (escalão de especialidade).
 - Se aprovarmos o seu pedido de uma exceção por escalões e houver mais do que um escalão de repartição de custos mais baixo com medicamentos alternativos que não pode tomar, normalmente pagará o montante mais baixo.

Secção 6.3**Coisas importantes a saber sobre pedidos de exceções****O seu médico deve indicar-nos as razões médicas**

O seu médico ou outro prescritor deve dar-nos uma declaração que explique as razões médicas para solicitar uma exceção. Para uma decisão mais rápida, inclua esta informação médica do seu médico ou outro prescritor quando solicitar a exceção.

Tipicamente, a nossa Lista de Medicamentos inclui mais do que um medicamento para tratar uma doença específica. Estas diferentes possibilidades são denominadas de medicamentos "alternativas". Se um medicamento alternativo for tão eficaz quanto o medicamento que está a pedir e não causar mais efeitos secundários ou outros problemas de saúde, por norma, *não* aprovaremos o seu pedido de uma exceção. Se nos pedir uma exceção por escalões, por norma, *não* aprovaremos o seu pedido de exceção, a menos que todos os medicamentos alternativos no(s) escalão(/ões) de repartição de custos mais baixos não funcionem tão bem para si ou sejam suscetíveis de causar uma reação adversa ou outros danos.

Podemos dizer sim ou não ao seu pedido

- Se aprovarmos o seu pedido para uma exceção, a nossa aprovação é geralmente válida até ao final do ano do plano. Isto é verdade enquanto o seu médico continuar a prescrever-lhe o medicamento e esse medicamento continuar a ser seguro e eficaz para tratar a sua doença.
- Se dissermos não ao seu pedido de exceção, pode pedir uma análise da nossa decisão através da interposição de um recurso. A Secção 6.5 diz como interpor um recurso se dissermos não.

A secção que se segue diz-lhe como pedir uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção.

Secção 6.4 **Passo-a-passo: Como pedir uma decisão de cobertura, incluindo uma exceção**

Passo 1: **Pede-nos que tomemos uma decisão de cobertura sobre o(s) medicamento(s) ou pagamento(s) de que necessita. Se a sua saúde requerer uma resposta rápida, deve pedir-nos que tomemos uma "decisão de cobertura rápida". Não pode pedir uma decisão de cobertura rápida se nos estiver a pedir que lhe paguemos por um medicamento que já comprou.**

O que fazer

- **Solicite o tipo de decisão de cobertura que pretende.** Comece por ligar, escrever ou enviar-nos um fax para fazer o seu pedido. Você, o seu representante ou o seu médico (ou outro prescriptor) pode fazer isto. Também pode aceder ao processo de decisão de cobertura através do nosso site. Para obter os detalhes, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de, *Como entrar em contacto connosco quando solicita uma decisão de cobertura sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D*. Ou se nos estiver a pedir que lhe paguemos por um medicamento, procure a secção denominada de *Para onde enviar um pedido solicitando-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos cuidados médicos ou de um medicamento que tenha recebido*.
- **Você ou o seu médico ou outra pessoa que aja em seu nome** pode pedir uma decisão de cobertura. A Secção 4 deste capítulo diz como pode dar permissão por escrito a outra pessoa para agir como seu representante. Também pode pedir a um advogado que atue em seu nome.
- **Se quiser pedir-nos o pagamento de um medicamento**, comece por consultar o Capítulo 7 deste folheto: *Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos ou medicamentos cobertos*. O Capítulo 7 descreve as situações em que poderá ter de pedir o reembolso. Também nos diz como nos enviar a papelada que nos pede para lhe pagar a nossa parte do custo de um medicamento pelo qual pagou.
- **Se estiver a solicitar uma exceção, forneça a "declaração de apoio"**. O seu médico ou outro prescriptor deve dar-nos as razões médicas para a exceção de medicamentos que está a solicitar. (Chamamos a isto a "declaração de apoio"). O seu médico ou outro prescriptor pode enviar-nos a declaração por fax ou correio. Ou o seu médico ou outro prescriptor pode dizer-nos por telefone e dar seguimento por fax, ou enviar uma declaração escrita, se necessário. Consulte as Secções 6.2 e 6.3 para obter mais informações sobre pedidos de exceção.
- **Temos de aceitar qualquer pedido escrito**, incluindo um pedido apresentado no Formulário de Pedido de Determinação de Cobertura do Modelo CMS ou no formulário do nosso plano, que está disponível no nosso site.
- Permitimos que você, o seu médico ou um representante nomeado, solicite uma determinação de cobertura de Medicamentos Prescritos da Medicare. Para solicitar uma determinação de cobertura, pode preencher o Formulário de Pedido de Determinação de Cobertura e enviá-lo por correio ou fax para as informações de contacto incluídas no formulário, ou pode iniciar sessão na sua conta de membro do CSBSBSRI e preencher e enviar o formulário por via eletrónica.

Termos Legais

Uma "decisão de cobertura rápida" é denominada de "**determinação de cobertura célere**".

Se a sua saúde assim o exigir, peça-nos que lhe demos uma "decisão de cobertura rápida"

- Quando lhe dermos a nossa decisão, utilizaremos os prazos "padrão", a menos que tenhamos concordado em utilizar os prazos "rápidos". Uma decisão de cobertura padrão significa que lhe daremos uma resposta no espaço de 72 horas após termos recebido a declaração do seu médico. Uma decisão de cobertura rápida significa que responderemos no espaço de 24 horas após termos recebido a declaração do seu médico.
- **Para obter uma decisão rápida de cobertura, deve cumprir dois requisitos:**
 - Só pode obter uma decisão de cobertura rápida se estiver a pedir *um medicamento que ainda não recebeu*. (Não pode pedir uma decisão de cobertura rápida se nos estiver a pedir que lhe paguemos por um medicamento que já comprou.)
 - Só pode obter uma decisão rápida de cobertura se a utilização dos prazos padrão puder *causar sérios danos à sua saúde ou prejudicar a sua capacidade de agir*.
- **Se o seu médico ou outro prescritor nos disser que a sua saúde requer uma "decisão de cobertura rápida", concordaremos automaticamente em dar-lhe uma decisão de cobertura rápida.**
- Se pedir uma decisão de cobertura rápida por si próprio (sem o apoio do seu médico ou de outro prescritor), decidiremos se a sua saúde requer que lhe demos uma decisão de cobertura rápida.
 - Se decidirmos que a sua condição médica não satisfaz os requisitos para uma decisão de cobertura rápida, enviar-lhe-emos uma carta a informar sobre isso (e em vez disso utilizaremos os prazos padrão).
 - Esta carta informá-lo-á que, se o seu médico ou outro prescritor pedir a decisão de cobertura rápida, dar-lhe-emos automaticamente uma decisão de cobertura rápida.
 - A carta informará também como pode apresentar uma reclamação sobre a nossa decisão de lhe dar uma decisão de cobertura padrão em vez da decisão de cobertura rápida que solicitou. Diz como apresentar uma "reclamação rápida", o que significa que obterá a nossa resposta à sua reclamação no prazo de 24 horas após a receção da reclamação. (O processo de apresentação de uma reclamação é diferente do processo de decisões de cobertura e recursos. Para obter mais informações sobre o processo de apresentação de reclamações, consulte a Secção 10 deste capítulo.)

Passo 2: Consideramos o seu pedido e damos-lhe a nossa resposta.

Prazos para uma "decisão de cobertura rápida"

- Se estivermos a utilizar os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 24 horas**.
 - Geralmente, isto significa no prazo de 24 horas depois de termos recebido o seu pedido. Se estiver a pedir uma exceção, dar-lhe-emos uma resposta no espaço de 24 horas após termos recebido a declaração do seu médico a apoiar o seu pedido. Dar-lhe-emos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do Recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que solicitou**, temos de fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 24 horas após termos recebido o seu pedido ou declaração médica a apoiar o seu pedido.

- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não. Também lhe diremos como pode interpor recurso.

Prazos para uma "decisão de cobertura padrão" acerca de um medicamento que ainda não tenha recebido

- Se estivermos a utilizar os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 72 horas**.
 - Geralmente, isto significa no prazo de 72 horas depois de termos recebido o seu pedido. Se estiver a pedir uma exceção, dar-lhe-emos uma resposta no espaço de 72 horas após termos recebido a declaração do seu médico a apoiar o seu pedido. Dar-lhe-emos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do Recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que pediu –**
 - Se aprovarmos o seu pedido de cobertura, **temos de fornecer a cobertura** que concordámos em fornecer **no prazo de 72 horas** após termos recebido o seu pedido ou declaração médica a apoiar o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não. Também lhe diremos como pode interpor recurso.

Prazos para uma “decisão de cobertura padrão” referentes ao pagamento de um medicamento que já comprou

- Devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias consecutivos** após termos recebido o seu pedido.
 - Se não cumprirmos este prazo, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do Recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que pediu**, somos igualmente obrigados a efetuar o pagamento dentro de 14 dias consecutivos após termos recebido o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não. Também lhe diremos como pode interpor recurso.

Passo 3: Se dissermos não ao seu pedido de cobertura, você decide se quer interpor um recurso.

- Se dissermos não, tem o direito de pedir um recurso. Pedir um recurso significa pedir-nos para reconsiderar – e possivelmente alterar – a decisão que tomámos.

Secção 6.5	Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 1 (como pedir uma análise de uma decisão de cobertura tomada pelo nosso plano)
-------------------	--

Termos Legais

Um recurso para o plano sobre uma decisão de cobertura de medicamentos da Parte D é denominada de "redeterminação" do plano.
--

Passo 1: Contacte-nos e interponha o seu Recurso de Nível 1. Se a sua saúde requerer uma resposta rápida, deve pedir um "recurso rápido".

O que fazer

- **Para iniciar o seu recurso, você (ou o seu representante, o seu médico ou o seu prescriptor) deve entrar em contacto connosco.**
 - Para obter os detalhes sobre como nos contactar por telefone, fax, e-mail ou através do nosso site para qualquer finalidade relacionada com o seu recurso, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de *Como entrar em contacto connosco quando interpuser um recurso sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D*.
- **Se estiver a pedir um recurso padrão, interponha o seu recurso apresentando um pedido por escrito.**
- **Se estiver a pedir um recurso rápido, poderá interpor o seu recurso por escrito ou poderá ligar-nos para o número de telefone indicado no Capítulo 2, Secção 1** (*Como entrar em contacto connosco quando interpuser um recurso sobre os seus medicamentos prescritos da Parte D*).
- **Temos de aceitar qualquer pedido escrito**, incluindo um pedido apresentado no Formulário de Pedido de Determinação de Cobertura do Modelo CMS, que está disponível no nosso site.
- Permitimos que você, o seu médico ou um representante nomeado, solicite um recurso de Medicamentos Prescritos da Medicare. Para solicitar um recurso, pode preencher o Formulário de Pedido de Redeterminação e enviá-lo por e-mail ou fax para as informações de contacto incluídas no formulário, ou pode iniciar sessão na sua conta de membro do CSBSBSRI e preencher e enviar o formulário por via eletrónica.
- **Deve apresentar o seu pedido de recurso no prazo de 60 dias consecutivos** a partir da data da notificação escrita que enviámos para lhe dar a nossa resposta ao seu pedido de decisão de cobertura. Se falhar este prazo e tiver uma boa razão para o ter falhado, poderemos dar-lhe mais tempo para interpor o seu recurso. Exemplos de bons motivos para não cumprir o prazo podem incluir ter uma doença grave que o tenha impedido de nos contactar ou se lhe tivermos fornecido informações incorretas ou incompletas sobre o prazo para solicitar um recurso.
- **Pode pedir uma cópia das informações no seu recurso e acrescentar mais informações.**
 - Tem o direito de nos pedir uma cópia das informações relativas ao seu recurso.
 - Se o desejar, você e o seu médico ou outro prescriptor podem fornecer-nos informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Termos Legais
Um "recurso rápido" é também denominado de " redeterminação célere ".

Se a sua saúde assim o requerer, peça um "recurso rápido"

- Se estiver a recorrer de uma decisão que tomámos sobre um medicamento que ainda não recebeu, você e o seu médico ou outro prescritor terão de decidir se necessita de um "recurso rápido".
- Os requisitos para obter um "recurso rápido" são os mesmos que aqueles feitos para obter uma "decisão de cobertura rápida" na Secção 6.4 deste capítulo.

Passo 2: Consideramos o seu recurso e damos-lhe a nossa resposta.

- Quando estivermos a analisar o seu recurso, verificamos cuidadosamente todas as informações sobre o seu pedido de cobertura. Verificamos se estamos a seguir todas as regras quando dizemos não ao seu pedido. Podemos contactá-lo a si, ao seu médico ou a outro prescritor para obter mais informações.

Prazos para um "recurso rápido"

- Se estivermos a utilizar os prazos rápidos, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso**. Dar-lhe-emos a nossa resposta mais cedo se a sua saúde assim o exigir.
 - Se não lhe dermos uma resposta no prazo de 72 horas, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do processo de recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que solicitou**, temos de fornecer a cobertura que concordámos em fornecer no prazo de 72 horas após termos recebido o seu recurso.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não e como recorrer da nossa decisão.

Prazos para um "recurso padrão"

- Se estivermos a utilizar os prazos padrão, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 7 dias consecutivos** após termos recebido o seu recurso para um medicamento que ainda não recebeu. Dar-lhe-emos a nossa decisão mais cedo se ainda não tiver recebido o medicamento e o seu estado de saúde assim o exigir. Se acreditar que a sua saúde assim o exige, deve pedir um "recurso rápido".
 - Se não lhe dermos uma decisão no prazo de 7 dias consecutivos, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do processo de recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que pediu** –
 - Se aprovarmos um pedido de cobertura, temos de **fornecer a cobertura** que concordámos em fornecer tão rapidamente quanto a sua saúde o exigir, mas **o mais tardar 7 dias consecutivos** após termos recebido o seu recurso.

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- Se aprovarmos um pedido de reembolso de um medicamento que já tenha comprado, somos obrigados a **enviar-lhe o pagamento no prazo de 30 dias consecutivos** após termos recebido o seu pedido de recurso.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não e como recorrer da nossa decisão.
- Se nos solicitar que lhe paguemos por um medicamento que já comprou, devemos dar-lhe a nossa resposta **no prazo de 14 dias** consecutivos após termos recebido o seu pedido.
 - Se não lhe dermos uma decisão no prazo de 14 dias consecutivos, somos obrigados a enviar o seu pedido para o Nível 2 do processo de recurso, onde será analisado por uma Organização de Análise Independente. Mais tarde, nesta secção, falamos sobre esta organização na análise e explicamos o que acontece no Nível 2 do Recurso.
- **Se a nossa resposta for sim a parte ou totalidade do que pediu**, somos igualmente obrigados a efetuar o pagamento dentro de 30 dias consecutivos após termos recebido o seu pedido.
- **Se a nossa resposta for não a parte ou totalidade do que pediu**, enviar-lhe-emos uma declaração escrita sobre o porquê de termos dito não. Também lhe diremos como pode recorrer da nossa decisão.

Passo 3: Se dissermos não ao seu recurso, você decide se quer continuar com o processo de recurso e interpor *outro* recurso.

- Se dissermos que não ao seu recurso, escolherá então se aceita esta decisão ou continua com outro recurso.
- Se decidir interpor outro recurso, significa que o seu recurso vai para o Nível 2 do processo de recurso (ver abaixo).

Secção 6.6

Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 2

Se dissermos que não ao seu recurso, escolherá então se aceita esta decisão ou continua com outro recurso. Se decidir passar para um Recurso de Nível 2, a **Organização de Análise Independente** analisa a decisão que tomámos quando dissermos não ao seu primeiro recurso. Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada.

Termos Legais

O nome formal da "Organização de Análise Independente" é a "**Entidade de Análise Independente**". É por vezes denominada de "**IRE**".

Passo 1: Para interpor um Recurso de Nível 2, você (ou o seu representante, o seu médico ou outro prescritor) deve contactar a Organização de Análise Independente e pedir uma análise do seu caso.

- Se dissermos não ao seu Recurso de Nível 1, o aviso escrito que lhe enviarmos incluirá **instruções sobre como interpor um Recurso de Nível 2** à Organização de Análise Independente. Estas instruções dirão quem pode interpor este Recurso de Nível 2, que prazos deve seguir e como chegar à organização de análise.
- Quando interpuser um recurso à Organização de Análise Independente, enviaremos a esta organização a informação que temos sobre o seu recurso. Esta informação é denominada de o seu "ficheiro de caso". **Tem o direito de nos pedir uma cópia do seu ficheiro de caso.**
- Tem o direito de fornecer à Organização de Análise Independente informações adicionais para apoiar o seu recurso.

Passo 2: A Organização de Análise Independente faz uma análise do seu recurso e dá-lhe uma resposta.

- **A Organização de Análise Independente é uma organização independente que é contratada pela Medicare.** Esta organização não está ligada a nós e não é uma agência governamental. Esta organização é uma empresa escolhida pela Medicare para analisar connosco as nossas decisões sobre os seus benefícios da Parte D.
- Os analistas da Organização de Análise Independente analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso. A organização comunicar-lhe-á a sua decisão por escrito e explicará as razões da mesma.

Prazos para um "recurso rápido" no Nível 2

- Se a sua saúde assim o requerer, peça um "recurso rápido" à Organização de Análise Independente.
- Se a organização de análise concordar em conceder-lhe um "recurso rápido", a organização de análise deve dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **no prazo de 72 horas** após receber o seu pedido de recurso.
- **Se a Organização de Análise Independente disser sim a parte ou totalidade do que pediu,** devemos fornecer a cobertura de medicamentos que foi aprovada pela organização de análise **no prazo de 24 horas** após termos recebido a decisão da organização de análise.

Prazos para um "recurso padrão" no Nível 2

- Se tiver um recurso padrão no Nível 2, a organização de análise deve dar-lhe uma resposta ao seu Recurso de Nível 2 **no prazo de 7 dias consecutivos** após receber o seu recurso, se se tratar de um medicamento que ainda não tenha recebido. Se nos solicitar que lhe paguemos por um medicamento que já comprou, a organização de análise deve dar-lhe uma resposta ao seu recurso de nível 2 no prazo de 14 dias consecutivos após ter recebido o seu pedido.
- **Se a Organização de Análise Independente dizer sim a parte ou totalidade do que pediu –**
 - Se a Organização de Análise Independente aprovar um pedido de cobertura, **devemos fornecer a cobertura de medicamentos** que foi aprovada pela organização de análise **no prazo de 72 horas** após termos recebido a decisão da organização de análise.

- Se a Organização de Análise Independente aprovar um pedido de reembolso de um medicamento que já tenha comprado, somos obrigados a **enviar-lhe o pagamento no prazo de 30 dias consecutivos** após termos recebido a decisão da organização de análise.

E se a organização de análise disser não ao seu recurso?

Se esta organização disser não ao seu recurso, significa que concorda com a nossa decisão de não aprovar o seu pedido. (A isto chama-se "sustentar a decisão". É também denominado de "recusar o seu recurso").

Se a Organização de Análise Independente "sustentar a decisão", tem direito a um recurso de Nível 3. No entanto, para interpor outro recurso no Nível 3, o valor em dólares da cobertura de medicamentos que está a solicitar deve cumprir um montante mínimo. Se o valor em dólares da cobertura de medicamentos que solicita for demasiado baixo, não pode interpor outro recurso e a decisão no Nível 2 é definitiva. O aviso que recebe da Organização de Análise Independente dir-lhe-á qual o valor em dólares que deve estar em disputa para continuar com o processo de recurso.

Passo 3: Se o valor em dólares da cobertura que está a pedir cumprir os requisitos, escolhe se quer levar o seu recurso mais além.

- Existem três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (para um total de cinco níveis de recurso).
- Se o seu Recurso de Nível 2 for recusado e cumprir os requisitos para continuar com o processo de recurso, deve decidir se quer continuar para o Nível 3 e interpor um terceiro recurso. Se decidir interpor um terceiro recurso, os detalhes sobre como fazer isto estão no aviso escrito que recebeu após o seu segundo recurso.
- O Recurso de Nível 3 é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário. A Secção 9 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 7 Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado

Quando for internado num hospital, tem o direito de obter todos os seus serviços hospitalares cobertos necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão. Para obter mais informações sobre a nossa cobertura para os seus cuidados hospitalares, incluindo quaisquer limitações a esta cobertura, consulte o Capítulo 4 deste folheto: *Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)*.

Durante a sua estadia coberta no hospital, o seu médico e o pessoal do hospital trabalharão consigo para se prepararem para o dia em que deixará o hospital. Ajudarão também a organizar os cuidados de que possa necessitar depois de sair.

- O dia em que sai do hospital é denominado de a sua "**data de alta**".

- Quando a data da sua alta tiver sido decidida, o seu médico ou o pessoal do hospital informá-lo-ão sobre isso.
- Se achar que lhe está a ser pedido para deixar o hospital demasiado cedo, pode pedir uma estadia mais longa no hospital e o seu pedido será considerado. Esta secção diz-lhe como pedir.

Secção 7.1	Durante o seu internamento hospitalar, receberá um aviso escrito da Medicare que informa sobre os seus direitos
-------------------	--

Durante a sua estadia hospitalar coberta, ser-lhe-á entregue um aviso escrito denominado de *Uma Mensagem Importante da Medicare sobre os seus Direitos*. Todas as pessoas que possuam Medicare recebem uma cópia deste aviso sempre que são internadas num hospital. Alguém no hospital (por exemplo, um assistente social ou enfermeiro) deve dar-lho no prazo de dois dias após o seu internamento. Se não receber o aviso, peça-o a qualquer funcionário do hospital. Se precisar de ajuda, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Também 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.

- 1. Leia atentamente este aviso e faça perguntas se não o entender.** Fala-lhe dos seus direitos enquanto paciente hospitalar, incluindo:
 - O seu direito a receber serviços cobertos pela Medicare durante e após o seu internamento hospitalar, conforme as ordens do seu médico. Isto inclui o direito de saber quais são estes serviços, quem os pagará e onde os poderá obter.
 - O seu direito a estar envolvido em quaisquer decisões sobre o seu internamento hospitalar, e o seu direito a saber quem pagará por ele.
 - Onde comunicar quaisquer preocupações que tenha sobre a qualidade dos seus cuidados hospitalares.
 - O seu direito de recorrer da sua decisão de alta se achar que vai ter alta do hospital demasiado cedo.

Termos Legais

O aviso escrito da Medicare diz-lhe como pode " solicitar uma análise imediata ". Solicitar uma análise imediata é uma maneira formal e legal de pedir um atraso na data da sua alta, para que possamos cobrir os seus cuidados hospitalares por um período mais longo. (A Secção 7.2 abaixo diz-lhe como pode solicitar uma análise imediata).
--

- 2. Ser-lhe-á pedido que assine o aviso escrito, para demonstrar que o recebeu e que compreende os seus direitos.**
 - Será pedido, a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome, que assine o aviso. (A Secção 4 deste capítulo diz como pode dar permissão por escrito a outra pessoa para agir como seu representante.)
 - A assinatura do aviso mostra *apenas* que recebeu a informação sobre os seus direitos. O aviso não indica a data da sua alta (o seu médico ou pessoal hospitalar dir-lhe-ão a data da sua alta). A assinatura do aviso **não significa que** está a concordar com uma data de alta.

- 3. Guarde a sua cópia** do aviso para ter à mão as informações sobre como fazer um recurso (ou comunicar uma preocupação sobre a qualidade dos cuidados) se precisar dele.
- Se assinar o aviso mais de dois dias antes do dia em que sair do hospital, receberá outra cópia antes de ter alta marcada.
 - Para ver uma cópia deste aviso com antecedência, pode contactar a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) ou 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. Também pode consultar o aviso online, em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Secção 7.2	Passo-a-passo: Como fazer um Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar
-------------------	---

Se quiser pedir que os seus serviços hospitalares de internamento sejam cobertos por nós por um período mais longo, terá de utilizar o processo de recurso para fazer este pedido. Antes de começar, compreenda o que precisa de fazer e quais são os prazos.

- **Acompanhar o processo.** Cada etapa nos dois primeiros níveis do processo de recurso é explicada abaixo.
- **Cumprir os prazos.** Os prazos são importantes. Certifique-se de que compreende e segue os prazos que se aplicam às coisas que deve fazer.
- **Peça ajuda se precisar dela.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Ou contacte o seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado, uma organização governamental que presta assistência personalizada (consulte a Secção 2 deste capítulo).

Durante um recurso de Nível 1, a Organização para a Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso. Verifica se a sua data de alta planeada é clinicamente apropriada para si.

Passo 1: Contacte a Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado e peça uma "análise rápida" da sua alta hospitalar. Deve agir rapidamente.

O que é a Organização para a Melhoria da Qualidade?

- Esta organização é um grupo de médicos e outros profissionais de saúde que são pagos pelo governo federal. Estes peritos não fazem parte do nosso plano. Esta organização é paga pela Medicare para verificar e ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde das pessoas com Medicare. Isto inclui a análise das datas de alta hospitalar para pessoas com Medicare.

Como pode entrar em contacto com esta organização?

- O aviso escrito que recebeu (*Uma mensagem importante da Medicare sobre os seus direitos*) diz-lhe como chegar a esta organização. (Ou veja o nome, morada e número de telefone da Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado no Capítulo 2, Secção 4 deste folheto).

Atue rapidamente:

- Para interpor o seu recurso, deve contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade *antes* de deixar o hospital e **o mais tardar até à meia-noite do dia da sua alta**. (A sua "data de alta prevista" é a data que foi definida para deixar o hospital).
 - Se cumprir este prazo, é-lhe permitido permanecer no hospital *após* a data da sua alta *sem pagar por isso*, enquanto espera para obter a decisão sobre o seu recurso da Organização de Melhoria da Qualidade.
 - Se *não* cumprir este prazo, e decidir ficar no hospital após a data de alta planeada, *poderá ter de pagar todos os custos* dos cuidados hospitalares que receber após a data de alta planeada.
- Se falhar o prazo para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade, e ainda assim desejar recorrer, deve, em vez disso, interpor um recurso diretamente ao nosso plano. Para obter detalhes sobre esta outra forma de interpor o seu recurso, consulte a Secção 7.4.

Peça uma "análise rápida":

- Deve pedir à Organização para a Melhoria da Qualidade uma "**análise rápida**" da sua alta. Pedir uma "análise rápida" significa pedir que a organização utilize os prazos "rápidos" para um recurso em vez de utilizar os prazos padrão.

Termos Legais
Uma " análise rápida " é também denominada de " análise imediata " ou " análise célere ."

Passo 2: A Organização para a Melhoria da Qualidade efetua uma análise independente do seu caso.

O que acontece durante esta análise?

- Os profissionais de saúde da Organização para a Melhoria da Qualidade (abreviadamente, chamá-lhes-emos "os analistas") perguntar-lhe-ão (a si ou ao seu representante) por que razão acredita que a cobertura dos serviços deve continuar. Não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se assim o desejar.
- Os analistas também analisarão a sua informação médica, falarão com o seu médico e analisarão a informação que o hospital e nós lhes demos.
- Por volta do meio-dia do dia seguinte ao dia em que os analistas informaram o nosso plano do seu recurso, receberá também um aviso escrito que indica a data prevista para a alta e explica em pormenor as razões pelas quais o seu médico, o hospital e nós pensamos que é correto (cl clinicamente apropriado) que tenha alta nessa data.

Termos Legais

Esta explicação escrita é denominada de "**Aviso Detalhado de Alta**". Pode obter uma amostra deste aviso entrando em contacto com a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto) ou 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.) Ou pode consultar um aviso de amostra online, em www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Passo 3: No prazo de um dia inteiro após ter todas as informações necessárias, a Organização para a Melhoria da Qualidade dar-lhe-á a resposta ao seu recurso.

O que acontece se a resposta for sim?

- Se a organização de análise disser *sim* ao seu recurso, **devemos continuar a prestar-lhe serviços hospitalares cobertos em regime de internamento enquanto estes serviços forem clinicamente necessários.**
- Terá de continuar a pagar a sua parte dos custos (tais como franquias ou copagamentos, se estes se aplicarem). Além disso, poderá haver limitações aos seus serviços hospitalares cobertos. (Consulte o Capítulo 4 deste folheto).

O que acontece se a resposta for não?

- Se a organização de análise disser *não* ao seu recurso, estão a dizer que a sua data de alta planeada é clinicamente apropriada. Se isto acontecer, **a nossa cobertura para os seus serviços hospitalares de internamento terminará** ao meio-dia do dia *após* a Organização para a Melhoria da Qualidade lhe dar a sua resposta ao seu recurso.
- Se a organização de análise disser *não* ao seu recurso e você decidir ficar no hospital, então **podrá ter de pagar o custo total** dos cuidados hospitalares que receber após o meio-dia do dia seguinte à Organização para a Melhoria da Qualidade lhe dar a resposta ao seu recurso.

Passo 4: Se a resposta ao seu Recurso de Nível 1 for não, você decide se quer interpor outro recurso.

- Se a Organização para a Melhoria da Qualidade tiver recusado o seu recurso *e* ficar no hospital após a data prevista para a sua alta, então pode interpor outro recurso. Interpor outro recurso significa que vai para o "Nível 2" do processo de recurso.

Secção 7.3

Passo-a-passo: Como fazer um Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar

Se a Organização para a Melhoria da Qualidade tiver recusado o seu recurso *e* ficar no hospital após a data prevista para a sua alta, então pode interpor um Recurso de Nível 2. Durante um Recurso de Nível 2, pede à Organização para a Melhoria da Qualidade que examine novamente a decisão que tomaram sobre o seu primeiro recurso. Se a Organização para a Melhoria da Qualidade recusar o seu Recurso de Nível 2, poderá ter de pagar o custo total da sua estadia após a data prevista para a sua alta.

Eis as etapas para o Nível 2 do processo de recurso:

Passo 1: Contacta novamente a Organização para a Melhoria da Qualidade e pede outra análise.

- Deve solicitar esta análise no prazo de **60 dias consecutivos** após o dia em que a Organização para a Melhoria da Qualidade disse *não* ao seu Recurso de Nível 1. Só pode pedir esta análise se permanecer no hospital após a data em que a sua cobertura dos cuidados terminou.

Passo 2: A Organização para a Melhoria da Qualidade efetua uma segunda análise da sua situação.

- Os analistas da Organização para a Melhoria da Qualidade analisarão de novo e cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias consecutivos a contar da receção do seu pedido para uma segunda análise, os analistas da Organização para a Melhoria da Qualidade decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

Se a organização de análise disser sim:

- **Devemos reembolsá-lo** pela nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde o meio-dia no dia seguinte à data em que o seu primeiro recurso foi recusado pela Organização para a Melhoria da Qualidade. **Temos de continuar a fornecer cobertura aos seus cuidados hospitalares em regime de internamento pelo tempo que for clinicamente necessário.**
- Deve continuar a pagar a sua parte dos custos e podem aplicar-se limitações de cobertura.

Se a organização de análise disser não:

- Isto significa que concordam com a decisão que tomaram sobre o seu Recurso de Nível 1 e não a alterarão. A isto chama-se "sustentar a decisão".
- O aviso recebido dir-lhe-á por escrito o que pode fazer se desejar continuar com o processo de análise. Dar-lhe-á os detalhes sobre como passar para o nível seguinte de recurso, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário.

Passo 4: Se a resposta for não, terá de decidir se quer levar o seu recurso mais além, passando para o Nível 3.

- Existem três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (para um total de cinco níveis de recurso). Se a organização de análise recusar o seu Recurso de Nível 2, pode escolher se aceita essa decisão ou se passa para o Nível 3 e interpõe outro recurso. No Nível 3, o seu Recurso é analisado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário.
- A Secção 9 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 7.4 E se falhar o prazo para interpor o seu Recurso de Nível 1?

Em vez disso, pode interpor o recurso a nós

Como explicado acima na Secção 7.2, deve agir rapidamente para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade, de modo a iniciar o seu primeiro recurso da alta hospitalar. ("Rapidamente" significa antes de deixar o hospital e o mais tardar na data prevista para a sua alta, o que ocorrer primeiro). Se falhar o prazo para contactar esta organização, existe outra forma de interpor o seu recurso.

Se utilizar esta outra forma de interpor o seu recurso, *os dois primeiros níveis de recurso são diferentes.*

Passo-a-passo: Como interpor um Recurso *Alternativo* de Nível 1

Se falhar o prazo para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade, pode interpor-nos um recurso, solicitando uma "análise rápida". Uma análise rápida é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos normais.

Termos Legais

Uma "análise rápida" (ou "recurso rápido") também é denominado de "**recurso célere.**"

Passo 1: Entre em contacto connosco e peça uma "análise rápida".

- Para obter detalhes sobre como nos contactar, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de, *Como entrar em contacto connosco quando interpuser um recurso sobre os seus cuidados médicos.*
- **Certifique-se de que pede uma "análise rápida".** Isto significa que nos está a pedir para lhe darmos uma resposta utilizando os prazos "rápidos" em vez dos prazos "normais".

Passo 2: Fazemos uma "análise rápida" da sua data de alta planeada, verificando se foi clinicamente apropriada.

- Durante esta análise, verificamos toda a informação sobre a sua estadia hospitalar. Verificamos se a sua data de alta planeada foi clinicamente apropriada para si. Verificaremos se a decisão sobre quando deve deixar o hospital foi justa e se cumpriu todas as regras.
- Nesta situação, utilizaremos os prazos "rápidos" em vez dos prazos normais para lhe dar a resposta a esta análise.

Passo 3: Damos-lhe a nossa decisão no prazo de 72 horas após ter solicitado uma "análise rápida" ("recurso rápido").

- **Se dissermos sim ao seu rápido apelo**, significa que concordámos consigo que ainda precisa de estar no hospital após a data da alta e que continuaremos a prestar os seus serviços hospitalares de internamento cobertos durante o tempo que for clinicamente necessário. Significa também que concordámos em reembolsar-lhe a nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. (Deve pagar a sua parte dos custos e poderão aplicar-se limitações de cobertura.)
- **Se dissermos não ao seu recurso**, estamos a dizer que a sua data de alta planeada foi clinicamente apropriada. A nossa cobertura dos seus serviços hospitalares de internamento termina a partir do dia em que dissemos que a cobertura iria terminar.
 - Se ficou no hospital *após* a data prevista para a alta, então poderá **ter de pagar o custo total** dos cuidados hospitalares que recebeu após a data prevista para a alta.

Passo 4: Se dissermos não ao seu recurso rápido, o seu caso será *automaticamente* enviado para o nível seguinte do processo de recurso.

- Para termos a certeza de que estávamos a seguir todas as regras quando dissemos não ao seu recurso rápido, **somos obrigados a enviar o seu recurso para a "Organização de Análise Independente"**. Quando fizemos isto, significa que vai *automaticamente* para o Nível 2 do processo de recurso.

Passo-a-passo: Nível 2 do Processo de Recurso Alternativo

Durante o Recurso de Nível 2, uma **Organização de Análise Independente** analisa a decisão que tomámos quando dissemos não ao seu primeiro recurso rápido. Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada.

Termos Legais
O nome formal da "Organização de Análise Independente" é a " Entidade de Análise Independente ". É por vezes denominada de " IRE ".

Passo 1: Transmitiremos automaticamente o seu caso à Organização de Análise Independente.

- Somos obrigados a enviar as informações para o seu Recurso de Nível 2 à Organização de Análise Independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que lhe dissermos que estamos a dizer não ao seu primeiro recurso. (Se pensa que não estamos a cumprir este prazo ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. O processo de reclamação é diferente do processo de recurso. A Secção 10 deste capítulo diz como interpor um recurso.)

Passo 2: A Organização de Análise Independente faz uma "análise rápida" do seu recurso. Os analistas dão-lhe uma resposta no prazo de 72 horas.

- **A Organização de Análise Independente é uma organização independente que é contratada pela Medicare.** Esta organização não está ligada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização é uma empresa escolhida pela Medicare para desempenhar a função de Organização de Análise Independente. A Medicare supervisiona o seu trabalho.
- Os analistas da Organização de Análise Independente analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso da sua alta hospitalar.
- **Se esta organização disser *sim* ao seu recurso,** então devemos reembolsá-lo (pagar-lhe) pela nossa parte dos custos dos cuidados hospitalares que recebeu desde a data da sua alta prevista. Temos também de continuar com a cobertura do plano dos seus serviços hospitalares em regime de internamento pelo tempo que for clinicamente necessário. Deve continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, estas poderiam limitar o quanto reembolsaríamos ou quanto tempo continuaríamos a cobrir os seus serviços.
- **Se esta organização disser *não* ao seu recurso,** isso significa que concordam connosco que a sua data de alta planeada foi clinicamente apropriada.
 - O aviso recebido da Organização de Análise Independente dir-lhe-á por escrito o que pode fazer se desejar continuar com o processo de análise. Dar-lhe-á os detalhes sobre como passar para um Recurso de Nível 3, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário.

Passo 3: Se a Organização de Análise Independente recusar o seu recurso, a decisão de querer levar o seu recurso mais além é sua.

- Existem três níveis adicionais no processo de recurso após o Nível 2 (para um total de cinco níveis de recurso). Se os analistas disserem não ao seu Recurso de Nível 2, pode escolher se aceita a decisão deles ou se passa para o Nível 3 e interpõe um terceiro recurso.
- A Secção 9 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 8 **Como nos pedir que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo**

Secção 8.1	<i>Esta secção trata apenas de três serviços:</i> Cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de enfermagem especializado e serviços em Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF)
-------------------	--

Esta secção trata *apenas* dos seguintes tipos de cuidados:

- **Cuidados de saúde domiciliários** que está a receber.

- **Cuidados de enfermagem especializados** que está a receber enquanto paciente num centro de enfermagem qualificado. (Para conhecer os requisitos para ser considerado um "centro de enfermagem especializado", consulte o Capítulo 12, *Definições de palavras importantes*).
- **Cuidados de reabilitação** que está a receber enquanto paciente externo num Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) aprovado pela Medicare. Normalmente, isto significa que está a receber tratamento para uma doença ou acidente, ou que está a recuperar de uma grande operação. (Para obter mais informações sobre este tipo de instalações, consulte o Capítulo 12, *Definições de palavras importantes*).

Quando recebe qualquer um destes tipos de cuidados, tem o direito de continuar a receber os seus serviços cobertos para aquele tipo de cuidados enquanto os cuidados forem necessários para diagnosticar e tratar a sua doença ou lesão. Para obter mais informações sobre os seus serviços cobertos, incluindo a sua parte do custo e quaisquer limitações à cobertura que se possam aplicar, consulte o Capítulo 4 deste folheto: *Tabela de benefícios médicos (o que está coberto e o que paga)*.

Quando decidirmos que é altura de deixar de cobrir qualquer dos três tipos de cuidados para si, somos obrigados a avisá-lo com antecedência. Quando a sua cobertura para esses cuidados terminar, *deixaremos de pagar a nossa parte dos custos dos seus cuidados*.

Se achar que estamos a terminar a cobertura dos seus cuidados demasiado cedo, **pode recorrer da nossa decisão**. Esta secção diz-lhe como interpor um recurso.

Secção 8.2 Dir-lhe-emos antecipadamente quando terminará a sua cobertura

1. **Recebe um aviso por escrito.** Pelo menos dois dias antes do nosso plano deixar de cobrir os seus cuidados, receberá um aviso.
 - O aviso escrito diz-lhe a data em que deixaremos de cobrir os cuidados por si.
 - O aviso escrito também diz o que pode fazer se quiser pedir ao nosso plano para alterar esta decisão sobre quando terminar os seus cuidados, e continuar a cobri-la durante um período de tempo mais longo.

Termos Legais

Ao dizer-lhe o que pode fazer, o aviso escrito diz-lhe como pode solicitar um "**recurso acelerado**". Pedir um recurso acelerado é uma forma formal e legal de solicitar uma alteração à nossa decisão de cobertura sobre quando interromper os seus cuidados. (A Secção 7.3 abaixo diz-lhe como pode solicitar um recurso acelerado).

O aviso escrito é denominado de "**Aviso de Não-Cobertura da Medicare**".

2. **Ser-lhe-á pedido que assine o aviso escrito, para demonstrar que o recebeu.**
 - Será pedido, a si ou a alguém que esteja a agir em seu nome, que assine o aviso. (A Secção 4 diz como pode dar permissão por escrito a outra pessoa para agir como seu representante.)

- A assinatura do aviso mostra *apenas* que recebeu a informação sobre quando terminará a sua cobertura. **A sua assinatura não significa que concorda** com o plano de que está na altura de deixar de receber os cuidados.

Secção 8.3	Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 1 para que o nosso plano cubra os seus cuidados por um período de tempo mais longo
-------------------	--

Se quiser pedir-nos que os seus cuidados sejam cobertos por nós por um período mais longo, terá de utilizar o processo de recurso para fazer este pedido. Antes de começar, compreenda o que precisa de fazer e quais são os prazos.

- **Acompanhar o processo.** Cada etapa nos dois primeiros níveis do processo de recurso é explicada abaixo.
- **Cumprir os prazos.** Os prazos são importantes. Certifique-se de que compreende e segue os prazos que se aplicam às coisas que deve fazer. Também existem prazos que o nosso plano deve seguir. (Se pensa que não estamos a cumprir os nossos prazos, pode apresentar uma reclamação. A Secção 10 deste capítulo diz como apresentar uma reclamação.)
- **Peça ajuda se precisar dela.** Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda a qualquer momento, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Ou contacte o seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado, uma organização governamental que presta assistência personalizada (consulte a Secção 2 deste capítulo).

Se pedir um Recurso de Nível 1 a tempo, a Organização para a Melhoria da Qualidade analisa o seu recurso e decide se deve alterar a decisão tomada pelo nosso plano.

Passo 1: Interponha o seu Recurso de Nível 1: contacte a Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado e peça uma análise. Deve agir rapidamente.

O que é a Organização para a Melhoria da Qualidade?

- Esta organização é um grupo de médicos e outros profissionais de cuidados de saúde que são pagos pelo governo federal. Estes peritos não fazem parte do nosso plano. Eles verificam a qualidade dos cuidados recebidos pelas pessoas com Medicare e analisam as decisões do plano sobre quando é altura de deixar de cobrir determinados tipos de cuidados médicos.

Como pode entrar em contacto com esta organização?

- O aviso escrito que recebeu diz-lhe como chegar a esta organização. (Ou veja o nome, morada e número de telefone da Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado no Capítulo 2, Secção 4 deste folheto).

O que deve pedir?

- Solicite a esta organização um "recurso acelerado" (para fazer uma análise independente) sobre se é clinicamente apropriado para nós acabar com a cobertura dos seus serviços médicos.

O seu prazo para contactar esta organização.

- Deve contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade para iniciar o seu recurso *até ao meio-dia do dia anterior à data efetiva do Aviso de Não-Cobertura de Medicamentos*.
- Se falhar o prazo para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade, e ainda assim desejar recorrer, deve, em vez disso, interpor um recurso diretamente a nós. Para obter detalhes sobre esta outra forma de interpor o seu recurso, consulte a Secção 8.5.

Passo 2: A Organização para a Melhoria da Qualidade efetua uma análise independente do seu caso.

O que acontece durante esta análise?

- Os profissionais de saúde da Organização para a Melhoria da Qualidade (abreviadamente, chamá-los-emos "os analistas") perguntar-lhe-ão (a si ou ao seu representante) por que razão acredita que a cobertura dos serviços deve continuar. Não tem de preparar nada por escrito, mas pode fazê-lo, se assim o desejar.
- A organização de análise também avaliará a sua informação médica, falará com o seu médico e analisará a informação que o seu plano lhe deu.
- No final do dia, os analistas informam-nos do seu recurso e receberá também um aviso escrito da nossa parte que explica em pormenor as nossas razões para terminar a nossa cobertura dos seus serviços.

Termos Legais
Este aviso de explicação é denominado de "Explicação Detalhada de Não-Cobertura".

Passo 3: No prazo de um dia inteiro após terem todas as informações de que necessitam, os analistas comunicar-lhe-ão a sua decisão.

O que acontece se os analistas disserem sim ao seu recurso?

- Se os analistas disserem *sim* ao seu recurso, então **devemos continuar a prestar-lhe serviços cobertos enquanto estes serviços forem clinicamente necessários**.
- Terá de continuar a pagar a sua parte dos custos (tais como franquias ou copagamentos, se estes se aplicarem). Além disso, poderá haver limitações aos seus serviços cobertos (consulte o Capítulo 4 deste folheto).

O que acontece se os analistas disserem não ao seu recurso?

- Se os analistas disserem *não* ao seu recurso, então a **sua cobertura terminará na data que lhe dissermos**. Deixaremos de pagar a nossa parte dos custos destes cuidados na data indicada no aviso.
- Se decidir continuar a receber os cuidados de saúde domiciliários, ou cuidados num centro de enfermagem especializado, ou serviços num Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) *após* esta data, quando a sua cobertura terminar, então **terá de ser você mesmo a pagar o custo total destes cuidados**.

Passo 4: Se a resposta ao seu Recurso de Nível 1 for não, você decide se quer interpor outro recurso.

- Este primeiro recurso que faz é de "Nível 1" do processo de recurso. Se os analistas disserem *não* ao seu Recurso do Nível 1 – e optar por continuar a receber cuidados após a sua cobertura dos cuidados ter terminado – então pode interpor outro recurso.
- Interpor outro recurso significa que vai para o "Nível 2" do processo de recurso.

Secção 8.4 Passo-a-passo: Como interpor um Recurso de Nível 2 para que o nosso plano cubra os seus cuidados por um período de tempo mais longo

Se a Organização para a Melhoria da Qualidade tiver recusado o seu recurso e escolher continuar a receber cuidados após a sua cobertura para os cuidados ter terminado, então pode interpor um Recurso de Nível 2. Durante um Recurso de Nível 2, pede à Organização para Melhoria da Qualidade que examine novamente a decisão que tomaram sobre o seu primeiro recurso. Se a Organização para a Melhoria da Qualidade recusar o seu Recurso de Nível 2, poderá ter de pagar o custo total dos seus cuidados de saúde domiciliários, ou cuidados num de enfermagem especializado, ou serviços num Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) *após* a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar.

Eis as etapas para o Nível 2 do processo de recurso:

Passo 1: Contacta novamente a Organização para a Melhoria da Qualidade e pede outra análise.

- Deve solicitar esta análise **no prazo de 60 dias** após o dia em que a Organização para a Melhoria da Qualidade tiver dito *não* ao seu Recurso de Nível 1. Só pode pedir esta análise se continuar a receber cuidados após a data em que a sua cobertura para os cuidados terminou.

Passo 2: A Organização para a Melhoria da Qualidade efetua uma segunda análise da sua situação.

- Os analistas da Organização para a Melhoria da Qualidade analisarão de novo e cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.

Passo 3: No prazo de 14 dias a contar da receção do seu pedido, os analistas da Organização para a Melhoria da Qualidade decidirão sobre o seu recurso e informá-lo-ão da sua decisão.

O que acontece se a organização de análise disser sim ao seu recurso?

- **Temos de o reembolsar** pela nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. **Temos de continuar a fornecer cobertura** aos seus cuidados hospitalares pelo tempo que for clinicamente necessário.
- Deve continuar a pagar a sua parte dos custos e poderão aplicar-se limitações de cobertura.

O que acontece se a organização de análise disser não?

- Isto significa que concordam com a decisão que tomámos sobre o seu Recurso de Nível 1 e não a alterarão.

- O aviso recebido dir-lhe-á por escrito o que pode fazer se desejar continuar com o processo de análise. Dar-lhe-á os detalhes sobre como passar para o nível seguinte de recurso, que é tratado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário.

Passo 4: Se a resposta for não, terá de decidir se quer levar o seu recurso mais além.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, para um total de cinco níveis de recurso. Se os analistas recusarem o seu Recurso de Nível 2, pode escolher se aceita essa decisão ou se passa para o Nível 3 e interpõe outro recurso. No Nível 3, o seu Recurso é analisado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário.
- A Secção 9 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 8.5 E se falhar o prazo para interpor o seu Recurso de Nível 1?

Em vez disso, pode interpor o recurso a nós

Como explicado acima na Secção 8.3, deve agir rapidamente para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade, de modo a iniciar o seu primeiro recurso (no prazo de um dia ou dois, no máximo). Se falhar o prazo para contactar esta organização, existe outra forma de interpor o seu recurso. Se utilizar esta outra forma de interpor o seu recurso, *os dois primeiros níveis de recurso são diferentes.*

Passo-a-passo: Como interpor um Recurso Alternativo de Nível 1

Se falhar o prazo para contactar a Organização para a Melhoria da Qualidade, pode interpor-nos um recurso, solicitando uma "análise rápida". Uma análise rápida é um recurso que utiliza os prazos rápidos em vez dos prazos normais.

Aqui estão as etapas para um Recurso Alternativo de Nível 1:

Termos Legais

Uma "análise rápida" (ou "recurso rápido") também é denominado de "**recurso célere.**"

Passo 1: Entre em contacto connosco e peça uma "análise rápida".

- Para obter detalhes sobre como nos contactar, consulte o Capítulo 2, Secção 1 e procure a secção denominada de, *Como entrar em contacto connosco quando interpuser um recurso sobre os seus cuidados médicos.*
- **Certifique-se de que pede uma "análise rápida".** Isto significa que nos está a pedir para lhe darmos uma resposta utilizando os prazos "rápidos" em vez dos prazos "normais".

Passo 2: Fazemos uma "análise rápida" da decisão que tomámos sobre quando terminar a cobertura dos seus serviços.

- Durante esta análise, verificamos novamente toda a informação sobre o seu caso. Verificamos se estamos a seguir todas as regras quando estabelecemos a data para terminar a cobertura do plano dos serviços que estava a receber.
- Utilizaremos os prazos "rápidos" em vez dos prazos normais para lhe dar a resposta a esta análise.

Passo 3: Damos-lhe a nossa decisão no prazo de 72 horas após ter solicitado uma "análise rápida" ("recurso rápido").

- **Se dissermos sim ao seu recurso rápido**, significa que concordámos consigo, que ainda precisa dos serviços durante mais tempo, e que continuaremos a prestar os seus serviços cobertos durante o tempo que for clinicamente necessário. Significa também que concordámos em reembolsar-lhe a nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data em que dissemos que a sua cobertura iria terminar. (Deve pagar a sua parte dos custos e poderão aplicar-se limitações de cobertura.)
- **Se dissermos não ao seu recurso rápido**, então a sua cobertura terminará na data que lhe dissemos e não pagaremos qualquer parte dos custos após esta data.
- Se continuasse a receber cuidados de saúde domiciliários, cuidados num centro de enfermagem especializado, ou serviços num Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) *após* a data que tivéssemos dito que a sua cobertura iria terminar, então **teria de ser você mesmo a pagar o custo total** destes cuidados.

Passo 4: Se dissermos não ao seu recurso rápido, o seu caso passará *automaticamente* para o nível seguinte do processo de recurso.

- Para termos a certeza de que estávamos a seguir todas as regras quando dissemos não ao seu recurso rápido, **somos obrigados a enviar o seu recurso para a "Organização de Análise Independente"**. Quando fizermos isto, significa que vai *automaticamente* para o Nível 2 do processo de recurso.

Passo-a-passo: Nível 2 do Processo de Recurso Alternativo

Durante o Recurso de Nível 2, uma **Organização de Análise Independente** analisa a decisão que tomámos quando dissemos não ao seu primeiro "recurso rápido". Esta organização decide se a decisão que tomámos deve ser alterada.

Termos Legais
O nome formal da "Organização de Análise Independente" é a " Entidade de Análise Independente ". É por vezes denominada de " IRE ".

Passo 1: Transmitiremos automaticamente o seu caso à Organização de Análise Independente.

- Somos obrigados a enviar as informações para o seu Recurso de Nível 2 à Organização de Análise Independente no prazo de 24 horas a partir do momento em que lhe dissermos que estamos a dizer não ao seu primeiro recurso. (Se pensa que não estamos a cumprir este prazo ou outros prazos, pode apresentar uma reclamação. O processo de reclamação é diferente do processo de recurso. A Secção 10 deste capítulo diz como interpor um recurso.)

Passo 2: A Organização de Análise Independente faz uma "análise rápida" do seu recurso. Os analistas dão-lhe uma resposta no prazo de 72 horas.

- **A Organização de Análise Independente é uma organização independente que é contratada pela Medicare.** Esta organização não está ligada ao nosso plano e não é uma agência governamental. Esta organização é uma empresa escolhida pela Medicare para desempenhar a função de Organização de Análise Independente. A Medicare supervisiona o seu trabalho.
- Os analistas da Organização de Análise Independente analisarão cuidadosamente todas as informações relacionadas com o seu recurso.
- **Se esta organização disser *sim* ao seu recurso,** então devemos reembolsá-lo (pagar-lhe) pela nossa parte dos custos dos cuidados que recebeu desde a data que dissermos que a sua cobertura iria terminar. Temos de continuar a cobrir os cuidados pelo tempo que for clinicamente necessário. Deve continuar a pagar a sua parte dos custos. Se houver limitações de cobertura, estas poderiam limitar o quanto reembolsaríamos ou quanto tempo continuaríamos a cobrir os seus serviços.
- **Se esta organização disser *não* ao seu recurso,** significa que concordam com a decisão que o nosso plano tomou em relação ao seu primeiro recurso e não o alterará.
 - O aviso recebido da Organização de Análise Independente dir-lhe-á por escrito o que pode fazer se desejar continuar com o processo de análise. Dar-lhe-á os detalhes sobre como passar para um Recurso de Nível 3.

Passo 3: Se a Organização de Análise Independente recusar o seu recurso, a decisão de querer levar o seu recurso mais além é sua.

- Existem três níveis adicionais de recurso após o Nível 2, para um total de cinco níveis de recurso. Se os analistas disserem não ao seu Recurso de Nível 2, pode escolher se aceita essa decisão ou se passa para o Nível 3 e interpõe outro recurso. No Nível 3, o seu Recurso é analisado por um Juiz de Direito Administrativo ou por um advogado adjudicatário.
- A Secção 9 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 9 Levar o seu apelo para o Nível 3 e posteriores

Secção 9.1 Níveis de Recurso 3, 4, e 5 para Pedidos de Serviços Médicos

Esta secção poderá ser apropriada para si se tiver apresentado um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 e ambos os seus recursos tiverem sido recusados.

Se o valor em dólares do artigo ou serviço médico de que recorreu corresponder a determinados níveis mínimos, poderá conseguir passar para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for inferior ao nível mínimo, não poderá recorrer mais. Se o valor em dólares for suficientemente elevado, a resposta escrita que receber ao seu Recurso de Nível 2 fornecerá informações sobre quem deverá contactar e o que fazer para pedir um Recurso de Nível 3.

Na maioria das situações que envolvem recursos, os últimos três níveis de recurso funcionam de forma muito semelhante. Aqui está quem trata da análise do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de Nível 3: Um juiz (denominado de Juiz de Direito Administrativo) ou um advogado adjudicatário que trabalha para o governo federal irá analisar o seu recurso e dar-lhe uma resposta.

- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o advogado adjudicatário disser que sim ao seu recurso, o processo de recurso *poderá ou não* ficar concluído** - Decidiremos se se deve recorrer desta decisão para o Nível 4. Ao contrário de uma decisão de Nível 2 (Organização de Análise Independente), temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 3 que seja favorável para si.
 - Se decidirmos *não* recorrer da decisão, devemos autorizar ou prestar-lhe o serviço no prazo de 60 dias consecutivos após recebermos a decisão do Juiz de Direito Administrativo ou do advogado adjudicatário.
 - Se decidirmos recorrer da decisão, enviar-lhe-emos uma cópia do pedido de Recurso de Nível 4 com os documentos que o acompanham. Poderemos esperar pela decisão de Recurso de Nível 4 antes de autorizar ou prestar o serviço em disputa.
- **Se o Juiz de Direito Administrativo ou o advogado adjudicatário disser que não ao seu recurso, o processo de recurso *poderá ou não* ficar concluído.**
 - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso fica concluído.
 - Se não quiser aceitar a decisão, pode continuar para o nível seguinte do processo de análise. Se o Juiz de Direito Administrativo ou o advogado adjudicatário disser que não ao seu recurso, a notificação que receber dir-lhe-á o que fazer a seguir se optar por continuar com o seu recurso.

Recurso de Nível 4: O Conselho de Recursos (Conselho) da Medicare irá analisar o seu recurso e dar-lhe-á uma resposta. O Conselho faz parte do Governo Federal.

- **Se a resposta for sim, ou se o Conselho negar o seu pedido de análise de uma decisão favorável de Recurso de Nível 3, o processo de recurso *poderá ou não* ficar concluído** - Decidiremos se se deve recorrer desta decisão para o Nível 5. Ao contrário de uma decisão de Nível 2 (Organização de Análise Independente), temos o direito de recorrer de uma decisão de Nível 4 que seja favorável para si se o valor do artigo ou serviço médico corresponder ao valor em dólares exigido.
 - Se decidirmos *não* recorrer da decisão, devemos autorizar ou prestar-lhe o serviço no prazo de 60 dias consecutivos após recebermos a decisão do Conselho.
 - Se decidirmos recorrer da decisão, dar-lhe-emos conhecimento por escrito.

- **Se a resposta for não ou se o Conselho negar o pedido de análise, o processo de recurso *poderá ou não* ficar concluído.**
 - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso fica concluído.
 - Se não quiser aceitar a decisão, poderá conseguir continuar para o nível seguinte do processo de análise. Se o Conselho disser não ao seu recurso, o aviso que receber dir-lhe-á se as regras lhe permitem passar a um Recurso de Nível 5. Se as regras lhe permitirem continuar, o aviso escrito também lhe dirá quem contactar e o que fazer a seguir se optar por continuar com o seu recurso.

Recurso de Nível 5: Um juiz do **Tribunal Distrital Federal** irá analisar o seu recurso.

- Esta é a última etapa do processo de recurso.

Secção 9.2 Níveis de Recurso 3, 4, e 5 para Pedidos de Medicamentos da Parte D

Esta secção poderá ser apropriada para si se tiver apresentado um Recurso de Nível 1 e um Recurso de Nível 2 e ambos os seus recursos tiverem sido recusados.

Se o valor do medicamento de que recorreu corresponder a um determinado valor em dólares, poderá conseguir passar para níveis adicionais de recurso. Se o valor em dólares for inferior, não poderá recorrer mais. A resposta escrita que receber ao seu Recurso de Nível 2 fornecerá informações sobre quem deverá contactar e o que fazer para pedir um Recurso de Nível 3.

Na maioria das situações que envolvem recursos, os últimos três níveis de recurso funcionam de forma muito semelhante. Aqui está quem trata da análise do seu recurso em cada um destes níveis.

Recurso de Nível 3: Um juiz (denominado de **Juiz de Direito Administrativo**) ou um **advogado adjudicatário que trabalha para o governo federal** irá analisar o seu recurso e dar-lhe uma resposta.

- **Se a resposta for sim, o processo de recurso fica concluído.** O que pediu no recurso foi aprovado. Temos de **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que foi aprovada pelo Juiz de Direito Administrativo ou pelo advogado adjudicatário **no prazo de 72 horas (24 horas para recursos céleres) ou fazer o pagamento o mais tardar 30 dias consecutivos** após termos recebido a decisão.
- **Se a resposta for não, o processo de recurso *poderá ou não* ficar concluído.**
 - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso fica concluído.
 - Se não quiser aceitar a decisão, pode continuar para o nível seguinte do processo de análise. Se o Juiz de Direito Administrativo ou o advogado adjudicatário disser que não ao seu recurso, a notificação que receber dir-lhe-á o que fazer a seguir se optar por continuar com o seu recurso.

Recurso de Nível 4 O **Conselho de Recursos** (Conselho) da Medicare irá analisar o seu recurso e dar-lhe-á uma resposta. O Conselho faz parte do Governo Federal.

- **Se a resposta for sim, o processo de recurso fica concluído.** O que pediu no recurso foi aprovado. Temos de **autorizar ou fornecer a cobertura de medicamentos** que foi aprovada pelo Conselho **no prazo de 72 horas (24 horas para recursos céleres) ou fazer o pagamento o mais tardar 30 dias consecutivos** após termos recebido a decisão.
- **Se a resposta for não, o processo de recurso *poderá ou não* ficar concluído.**
 - Se decidir aceitar esta decisão que rejeita o seu recurso, o processo de recurso fica concluído.
 - Se não quiser aceitar a decisão, poderá conseguir continuar para o nível seguinte do processo de análise. Se o Conselho disser não ao seu recurso ou negar o seu pedido de análise do recurso, o aviso que receber dir-lhe-á se as regras lhe permitem passar para um Recurso de Nível 5. Se as regras lhe permitirem continuar, o aviso escrito também lhe dirá quem contactar e o que fazer a seguir se optar por continuar com o seu recurso.

Recurso de Nível 5 Um juiz do **Tribunal Distrital Federal** irá analisar o seu recurso.

- Esta é a última etapa do processo de recurso.

APRESENTAR RECLAMAÇÕES

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



Se o seu problema for sobre decisões relacionadas com benefícios, cobertura, ou pagamento, então esta secção *não é para si*. Em vez disso, terá de utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos. Consulte a Secção 4 deste capítulo.

Secção 10.1 **Que tipos de problemas são tratados pelo processo de reclamação?**

Esta secção explica como utilizar o processo para a apresentação de reclamações. O processo de reclamação é utilizado *apenas* para determinados tipos de problemas. Isto inclui problemas relacionados com a qualidade dos cuidados, tempos de espera e o serviço ao cliente que recebe. Aqui estão exemplos dos tipos de problemas tratados pelo processo de reclamação.

Se tiver algum destes tipos de problemas, pode "apresentar uma reclamação"

Reclamação	Exemplo
Qualidade dos seus cuidados médicos	<ul style="list-style-type: none">• Está insatisfeito com a qualidade dos cuidados que recebeu (incluindo os cuidados no hospital)?
No que diz respeito à sua privacidade	<ul style="list-style-type: none">• Acredita que alguém não respeitou o seu direito à privacidade ou partilhou informações sobre si que considera que deveriam ser confidenciais?

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

Reclamação	Exemplo
Desrespeito, mau serviço ao cliente ou outros comportamentos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Alguém foi mal-educado ou desrespeitoso para consigo? • Está insatisfeito com a forma como a nossa equipa de Concierge da Medicare o tem tratado? • Considera que está a ser encorajado a abandonar o plano?
Tempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Está a ter dificuldades em conseguir uma consulta ou está a esperar demasiado tempo para a conseguir? • Tem sido mantido à espera demasiado tempo por médicos, farmacêuticos ou outros profissionais de saúde? Ou pela nossa Equipa de Concierge da Medicare ou por outro pessoal do plano? <ul style="list-style-type: none"> ○ Os exemplos incluem a espera demasiado longa ao telefone, na sala de espera, ao pedir uma receita médica ou na sala de exames.
Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Está insatisfeito com a limpeza ou o estado de uma clínica, hospital ou consultório médico?
Informação que recebe da nossa parte	<ul style="list-style-type: none"> • Acredita que não lhe demos um aviso prévio que somos obrigados a dar? • Considera que a informação escrita que lhe demos é difícil de compreender?
<p>Oportunidade (Estes tipos de reclamações estão todos relacionados com a oportunidade das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura e recursos)</p>	<p>O processo de pedir uma decisão de cobertura e de apresentar recursos é explicado nas Secções 4-9 deste capítulo. Se estiver a pedir uma decisão de cobertura ou a apresentar um recurso, utilizará esse processo e não o processo de reclamação.</p> <p>No entanto, se já nos tiver pedido uma decisão de cobertura ou interposto um recurso e pensa que não estamos a responder com rapidez suficiente, também pode apresentar uma reclamação sobre a nossa lentidão. Aqui estão exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se nos tiver pedido para lhe dar uma "decisão de cobertura rápida" ou um "recurso rápido", e nós dissermos que não o faremos, pode apresentar uma reclamação. • Se acredita que não estamos a cumprir os prazos para lhe dar uma decisão de cobertura ou uma resposta a um recurso que tenha feito, pode apresentar uma reclamação. • Quando uma decisão de cobertura que tomamos é analisada e nos é dito que devemos cobrir ou reembolsar determinados serviços médicos ou medicamentos, há prazos que se aplicam. Se pensa que não estamos a cumprir esses prazos, pode apresentar uma reclamação. • Quando não lhe damos uma decisão a tempo, somos obrigados a encaminhar o seu caso para a Organização de Análise Independente. Se não o fizermos dentro do prazo exigido, poderá apresentar uma reclamação.

Secção 10.2 O nome formal para "apresentar uma reclamação" é "apresentar uma queixa".

Termos Legais

- O que esta secção denomina de "**reclamação**" é também denominado de "**queixa**".
- Outro termo para "**apresentar uma reclamação**" é "**apresentar uma queixa**".
- Outra forma de dizer "**utilizar o processo de reclamações**" é "**utilizar o processo de apresentação de uma queixa**".

Secção 10.3 Passo-a-passo: Apresentar uma reclamação

Passo 1: Contacte-nos imediatamente – por telefone ou por escrito.

- **Por norma, contactar a Equipa de Concierge da Medicare é o primeiro passo.** Se houver algo mais que precise de fazer, a Equipa de Concierge da Medicare informá-lo-á. Por favor entre em contacto 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). A Equipa de Concierge da Medicare está disponível 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 8h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
- **Se não quiser telefonar (ou se telefonou e não ficou satisfeito), pode apresentar a sua reclamação por escrito e enviá-la para nós.** Se apresentar a sua reclamação por escrito, responderemos à sua reclamação pela mesma via.
- O BlueCHiP for Medicare tem um procedimento formal para analisar a sua queixa. É denominado de processo de queixa da Medicare. A queixa deve ser apresentada no prazo de 60 dias após a ocorrência do evento ou incidente. Com base no seu estado de saúde, a sua queixa deve ser tratada tão rapidamente quanto o seu caso o exigir, mas o mais tardar 30 dias após termos recebido a sua queixa. O BlueCHiP for Medicare pode prolongar o prazo até 14 dias se solicitar a prorrogação ou se for necessária informação adicional e o atraso for do seu melhor interesse. Se não estiver satisfeito com a resolução da sua reclamação, será informado de quaisquer opções de resolução de disputa que possa ter.

As queixas por escrito podem ser enviadas para a BlueCHiP for Medicare utilizando o seguinte endereço ou número de fax:

Por fax: 401-459-5668

Por correio:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

Grievances and Appeals Unit (Unidade de Reclamações e Recursos): Medicare Advantage
500 Exchange Street

Providence, RI 02903

Pode apresentar uma queixa célere sempre que não tomarmos uma decisão rápida sobre o seu pedido inicial de serviço, o seu pedido para recorrer da nossa recusa de um serviço, ou se tivermos invocado uma extensão. Temos de decidir sobre as suas queixas céleres no prazo de 24 horas.

- **Quer ligue ou escreva, deve contactar imediatamente a Equipa de Concierge da Medicare.** A queixa deve ser feita no prazo de 60 dias consecutivos após ter tido o problema sobre o qual se quer queixar.
- **Se estiver a apresentar uma reclamação por termos negado o seu pedido de uma "decisão de cobertura rápida" ou de um "recurso rápido", dar-lhe-emos automaticamente uma "reclamação rápida".** Se tiver uma "reclamação rápida", significa que lhe daremos **uma resposta no prazo de 24 horas.**

Termos Legais
O que esta secção denomina de "reclamação rápida" é também denominado de "queixa célere".

Passo 2: Analisamos a sua reclamação e damos-lhe a nossa resposta.

- **Se possível, responder-lhe-emos de imediato.** Se nos contactar telefonicamente para apresentar uma reclamação, poderemos dar-lhe uma resposta na mesma chamada telefónica. Se o seu estado de saúde nos exigir uma resposta rápida, fá-lo-emos.
- **A maioria das reclamações é respondida no prazo de 30 dias consecutivos.** Se necessitarmos de mais informações e o atraso for do seu interesse ou se pedir mais tempo, podemos demorar até mais 14 dias consecutivos (44 dias consecutivos no total) para responder à sua reclamação. Se decidirmos demorar dias extra, dir-lhe-emos por escrito.
- **Se não concordarmos** com alguma ou toda a sua reclamação ou não assumirmos a responsabilidade pelo problema que está a reclamar, informá-lo-emos. A nossa resposta incluirá as nossas razões para esta resposta. Temos de responder, quer concordemos ou não com a reclamação.

Secção 10.4	Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade dos cuidados à Organização para a Melhoria da Qualidade
--------------------	---

Pode apresentar a sua reclamação sobre a qualidade dos cuidados que recebeu, utilizando o processo passo-a-passo acima descrito.

Quando a sua reclamação for sobre a *qualidade dos cuidados*, também tem duas opções extra:

- **Pode apresentar a sua reclamação à Organização para a Melhoria da Qualidade.** Se preferir, pode apresentar a sua reclamação sobre a qualidade dos cuidados que recebeu diretamente a esta organização (*sem* nos apresentar a queixa a nós).

Capítulo 9. O que fazer se tiver **um problema ou uma reclamação**
(decisões de cobertura, recursos, reclamações)

- A Organização para a Melhoria da Qualidade é um grupo de médicos praticantes e outros especialistas em cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos pacientes da Medicare.
- Para saber o nome, morada e número de telefone da Organização para a Melhoria da Qualidade do seu estado no Capítulo 2, Secção 4 deste folheto. Se apresentar uma reclamação a esta organização, trabalharemos em conjunto com eles para resolver a sua reclamação.
- **Ou pode apresentar a sua reclamação a ambos ao mesmo tempo.** Se desejar, também pode apresentar a sua reclamação sobre a qualidade dos cuidados a nós e também à Organização para a Melhoria da Qualidade

Secção 10.5	Também pode informar a Medicare sobre a sua reclamação
--------------------	---

Pode apresentar uma reclamação sobre o BlueCHiP for Medicare Plus diretamente à Medicare. Para apresentar uma reclamação à Medicare, consulte a página www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. A Medicare leva as suas reclamações a sério e utilizará esta informação para ajudar a melhorar a qualidade do programa Medicare.

Se tiver qualquer outro feedback ou preocupações, ou se achar que o plano não está a abordar o seu problema, por favor ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY/TTD podem ligar para 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Terminar a sua adesão ao plano

Capítulo 10. Terminar a sua adesão ao plano

SECÇÃO 1	Introdução.....	230
Secção 1.1	Este capítulo centra-se no fim da sua adesão ao nosso plano	230
SECÇÃO 2	Quando pode terminar a sua adesão ao nosso plano?.....	230
Secção 2.1	Pode terminar a sua adesão durante o Período Anual de Inscrição.....	230
Secção 2.2	Pode terminar a sua adesão durante o Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage.....	231
Secção 2.3	Em determinadas situações, pode terminar a sua inscrição durante um Período Especial de Inscrição	231
Secção 2.4	Onde pode obter mais informações sobre quando pode terminar a sua adesão? 232	
SECÇÃO 3	Como pode terminar a sua adesão ao nosso plano?	233
Secção 3.1	Por norma, termina a sua adesão inscrevendo-se noutra plano.....	233
SECÇÃO 4	Até ao fim da sua adesão, deve continuar a obter os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano	234
Secção 4.1	Até ao fim da sua adesão, continua a ser membro do nosso plano	234
SECÇÃO 5	O BlueCHiP for Medicare Plus deve terminar a sua adesão ao plano em determinadas situações	235
Secção 5.1	Quando devemos terminar a sua adesão ao plano?	235
Secção 5.2	<u>Não</u> podemos pedir-lhe que abandone o nosso plano por qualquer razão relacionada com a sua saúde	236
Secção 5.3	Tem o direito de apresentar uma reclamação se terminarmos a sua adesão ao nosso plano	236

SECÇÃO 1 Introdução

Secção 1.1 Este capítulo centra-se no fim da sua adesão ao nosso plano

O fim da sua adesão ao BlueCHiP for Medicare Plus pode ser **voluntário** (por sua própria escolha) ou **involuntário** (não por sua própria escolha):

- Pode deixar o nosso plano porque decidiu que *quer* sair.
 - Há apenas certas alturas durante o ano, ou certas situações, em que pode voluntariamente terminar a sua adesão ao plano. A Secção 2 explica *quando* pode terminar a sua adesão ao plano.
 - O processo para terminar voluntariamente a sua adesão varia, dependendo do tipo de nova cobertura que escolher. A Secção 3 explica *como* terminar a sua adesão em cada situação.
- Existem também situações limitadas em que não opta por sair, mas somos obrigados a terminar a sua adesão. A Secção 5 informa-o sobre situações em que devemos terminar a sua adesão.

Se vai deixar o nosso plano, deve continuar a receber os seus cuidados médicos através do nosso plano até ao fim da sua adesão.

SECÇÃO 2 Quando pode terminar a sua adesão ao nosso plano?

Pode terminar a sua adesão ao nosso plano apenas durante determinados períodos do ano, conhecidos como períodos de inscrição. Todos os membros têm a oportunidade de abandonar o plano durante o Período de Inscrição Anual e durante o Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage. Em determinadas situações, poderá também ser elegível para deixar o plano noutras alturas do ano.

Secção 2.1 Pode terminar a sua adesão durante o Período Anual de Inscrição

Pode terminar a sua adesão durante o **Período Anual de Inscrição** (também conhecido como o "Período Anual de Inscrição Aberta"). Este é o momento em que deve rever a sua cobertura de saúde e medicamentos e tomar uma decisão sobre a sua cobertura para o ano seguinte.

- **Quando é o Período Anual de Inscrição?** Isto acontece de 15 de outubro a 7 de dezembro.
- **Para que tipo de plano pode mudar durante o Período Anual de Inscrição?** Pode optar por manter a sua cobertura atual ou fazer alterações à sua cobertura para o ano seguinte. Se decidir mudar para um novo plano, pode escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos:
 - Outro plano de saúde da Medicare. (Pode escolher um plano que cubra medicamentos prescritos ou um plano que não abranja medicamentos prescritos).
 - Original Medicare *com* um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.
 - – *ou* – Original Medicare *sem* um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.
 - **Se receber "Ajuda Extra" da Medicare para ajudar a pagar os seus medicamentos prescritos:** Se mudar para o Original Medicare e não se inscrever num plano de

medicamentos prescritos separado, a Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não se inscrever automaticamente.

Nota: Se cancelar a inscrição da cobertura de medicamentos prescritos da Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos prescritos credível durante 63 dias seguidos ou mais, poderá ter de pagar uma penalização de inscrição tardia da Parte D se aderir mais tarde a um plano de medicamentos Medicare. (Cobertura "credível" significa que a cobertura deve pagar, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare). Consulte o Capítulo 1, Secção 5 para obter mais informações sobre a penalização de inscrição tardia.

- **Quando termina a sua adesão?** A sua adesão termina quando a cobertura do seu novo plano começar, a 1 de janeiro.

Secção 2.2	Pode terminar a sua adesão durante o Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage
-------------------	--

Tem a oportunidade de fazer *uma* alteração à sua cobertura de saúde durante o **Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage**.

- **Quando é o Período anual de Inscrição Aberta Medicare Advantage?** Isto acontece todos os anos, de 1 de janeiro a 31 de março.
- **Para que tipo de plano pode mudar durante o Período anual de Inscrição Aberta Medicare Advantage?** Durante este período, pode:
 - Mudar para outro Plano Medicare Advantage. (Pode escolher um plano que cubra medicamentos prescritos ou um plano que não abranja medicamentos prescritos).
 - Cancelar a inscrição do nosso plano e obter cobertura através do Original Medicare. Se optar por mudar para o Original Medicare durante este período, pode também aderir a um plano de medicamentos prescritos da Medicare em separado nessa altura.
- **Quando termina a sua adesão?** A sua adesão terminará no primeiro dia do mês após a sua inscrição num plano diferente da Medicare Advantage ou quando recebermos o seu pedido para mudar para o Original Medicare. Se também optar por se inscrever num plano de medicamentos prescritos pela Medicare, a sua inscrição no plano de medicamentos começará no primeiro dia do mês após o plano de medicamentos receber o seu pedido de inscrição.

Secção 2.3	Em determinadas situações, pode terminar a sua inscrição durante um Período Especial de Inscrição
-------------------	--

Em determinadas situações, os membros do BlueCHiP for Medicare Plus podem ser elegíveis para terminar a sua adesão noutras alturas do ano. Isto é conhecido como um **Período Especial de Inscrição**.

- **Quem é elegível para um Período Especial de Inscrição?** Se alguma das seguintes situações se aplicar a si, poderá ser elegível para terminar a sua adesão durante um Período Especial de Inscrição. Estes são apenas exemplos, para obter a lista completa pode contactar o plano, telefonar para a Medicare ou visitar o site da Medicare (www.medicare.gov):
 - Por norma, quando mudou.

- Se tiver Medicaid.
- Se for elegível para "Ajuda Extra" no pagamento das suas receitas médicas da Medicare.
- Se violarmos o nosso contrato consigo.
- Se estiver a receber cuidados numa instituição, tal como um lar de idosos ou um hospital de cuidados prolongados (LTC).
- Se se inscrever no Programa de Cuidados Integrados para Idosos (PACE).
- **Nota:** Se estiver num programa de gestão de medicamentos, poderá não conseguir mudar de plano. O Capítulo 5, Secção 10 diz-lhe mais sobre programas de gestão de medicamentos.
- **Quando são os Períodos Especiais de Inscrição?** Os períodos de inscrição variam em função da sua situação.
- **O que pode fazer?** Para saber se é elegível para um Período Especial de Inscrição, por favor contacte Medicare pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Se for elegível para terminar a sua adesão devido a uma situação especial, pode optar por alterar tanto a sua cobertura de saúde Medicare como a cobertura de medicamentos prescritos. Isto significa que pode escolher qualquer um dos seguintes tipos de planos:
 - Outro plano de saúde da Medicare. (Pode escolher um plano que cubra medicamentos prescritos ou um plano que não abranja medicamentos prescritos).
 - Original Medicare *com* um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.
 - – *ou* – Original Medicare *sem* um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.
 - **Se receber "Ajuda Extra" da Medicare para ajudar a pagar os seus medicamentos prescritos:** Se mudar para o Original Medicare e não se inscrever num plano de medicamentos prescritos separado, a Medicare poderá inscrevê-lo num plano de medicamentos, a menos que tenha optado por não se inscrever automaticamente.
- Nota:** Se cancelar a inscrição da cobertura de medicamentos prescritos da Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos prescritos credível por um período contínuo de 63 dias ou mais, poderá ter de pagar uma penalização de inscrição tardia da Parte D se aderir mais tarde a um plano de medicamentos Medicare. (Cobertura "credível" significa que a cobertura deve pagar, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare). Consulte o Capítulo 1, Secção 5 para obter mais informações sobre a penalização de inscrição tardia.
- **Quando termina a sua adesão?** Por norma, a sua adesão terminará no primeiro dia do mês após a receção do seu pedido para alterar o seu plano.

Secção 2.4

Onde pode obter mais informações sobre quando pode terminar a sua adesão?

Se tiver alguma dúvida ou se quiser obter mais informações sobre quando pode terminar a sua adesão:

- Pode **contactar a Equipa de Concierge da Medicare** (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- Pode encontrar a informação no manual *Medicare e Você 2021*.
 - Todas as pessoas com Medicare recebem uma cópia de *Medicare e Você* a cada outono. Os novos membros da Medicare recebem-no no prazo de um mês após a primeira inscrição.

- Também pode descarregar uma cópia a partir do site da Medicare (www.medicare.gov). Ou, pode encomendar uma cópia impressa ligando para a Medicare através do número abaixo.
- Pode contactar a **Medicare** através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

SECÇÃO 3 Como pode terminar a sua adesão ao nosso plano?

Secção 3.1 Por norma, termina a sua adesão inscrevendo-se noutra plano

Normalmente, para terminar a sua adesão ao nosso plano, basta inscrever-se noutra plano da Medicare durante um dos períodos de inscrição (ver Secção 2 neste capítulo para obter informações sobre os períodos de inscrição). No entanto, se quiser mudar do nosso plano para o Original Medicare *sem* um plano de medicamentos prescritos da Medicare, deve pedir para ser removido do nosso plano. Existem duas formas de pedir para ser removido:

- Pode fazer-nos um pedido por escrito. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare se necessitar de mais informações sobre como fazer isto (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- --ou--Pode contactar a Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048.

Nota: Se cancelar a inscrição da cobertura de medicamentos prescritos da Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos prescritos credível por um período contínuo de 63 dias ou mais, poderá ter de pagar uma penalização de inscrição tardia da Parte D se aderir mais tarde a um plano de medicamentos Medicare. (Cobertura "credível" significa que a cobertura deve pagar, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare). Consulte o Capítulo 1, Secção 5 para obter mais informações sobre a penalização de inscrição tardia.

A tabela abaixo explica como deve terminar a sua adesão ao nosso plano.

Se quiser mudar do nosso plano para:	Isto é o que deve fazer:
<ul style="list-style-type: none">● Outro plano de saúde da Medicare.	<ul style="list-style-type: none">● Inscrever-se no novo plano de saúde da Medicare. Será automaticamente removido do BlueCHiP for Medicare Plus quando a cobertura do seu novo plano começar.
<ul style="list-style-type: none">● Original Medicare <i>com</i> um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.	<ul style="list-style-type: none">● Inscrever-se no novo plano de medicamentos prescritos da Medicare. Será automaticamente removido do BlueCHiP for Medicare Plus quando a cobertura do seu novo plano começar.

Se quiser mudar do nosso plano para:	Isto é o que deve fazer:
<ul style="list-style-type: none">• Original Medicare <i>sem</i> um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.○ Nota: Se cancelar a inscrição do plano de medicamentos prescritos da Medicare e ficar sem cobertura de medicamentos prescritos credível durante 63 dias seguidos ou mais, poderá ter de pagar uma penalização de inscrição tardia se aderir mais tarde a um plano de medicamentos Medicare. Consulte o Capítulo 1, Secção 5 para obter mais informações sobre a penalização de inscrição tardia.	<ul style="list-style-type: none">• Enviar-nos um pedido por escrito para cancelar a inscrição. Contacte a Equipa de Concierge da Medicare se necessitar de mais informações sobre como fazer isto (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).• Também pode 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.• Será automaticamente removido do BlueCHiP for Medicare Plus quando a cobertura do Original Medicare começar.

SECÇÃO 4 **Até ao fim da sua adesão, deve continuar a obter os seus serviços médicos e medicamentos através do nosso plano**

Secção 4.1 Até ao fim da sua adesão, continua a ser membro do nosso plano

Se deixar o BlueCHiP for Medicare Plus, poderá demorar algum tempo até que a sua adesão termine e a sua nova cobertura Medicare entre em vigor. (Consulte a Secção 2 para obter informações sobre quando começa a sua nova cobertura). Durante este tempo, deverá continuar a obter os seus cuidados médicos e medicamentos prescritos através do nosso plano.

- **Deverá continuar a utilizar as nossas farmácias da rede para preencher as suas receitas médicas até ao fim da sua adesão ao nosso plano.** Normalmente, os seus medicamentos prescritos só são cobertos se forem preenchidos numa farmácia da rede, incluindo através dos nossos serviços de encomenda por correio.
- **Se for hospitalizado no dia em que a sua inscrição terminar, por norma, a sua estadia no hospital será coberta pelo nosso plano até ter alta** (mesmo que tenha alta após o início da sua nova cobertura de saúde).

SECÇÃO 5 O BlueCHiP for Medicare Plus deve terminar a sua adesão ao plano em determinadas situações

Secção 5.1 Quando devemos terminar a sua adesão ao plano?
--

O BlueCHiP for Medicare Plus deve terminar a sua adesão ao plano se alguma das seguintes situações ocorrer:

- Se já não tiver o Medicare Parte A e Parte B.
- Se sair da nossa área de serviço.
- Se estiver fora da nossa área de serviço durante mais de seis meses.
 - Se se mudar ou fizer uma viagem longa, terá de contactar a Equipa de Concierge da Medicare para saber se o local para onde se está a mudar ou para onde vai viajar se encontra na área do nosso plano. (Os números de telefone da Equipa de Concierge Medicare estão impressos na contracapa deste folheto.)
- Se for detido (se for para a prisão).
- Se não for cidadão dos Estados Unidos ou estiver legalmente presente nos Estados Unidos.
- Se mentir ou retiver informações sobre outros seguros de que disponha que forneçam cobertura de medicamentos prescritos.
- Se nos der intencionalmente informações incorretas ao inscrever-se no nosso plano e essas informações afetarem a sua elegibilidade para o nosso plano. (Não podemos obrigá-lo a deixar o nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos autorização da Medicare primeiro).
- Se se comportar continuamente de uma forma que seja conflituosa e nos dificulte a prestação de cuidados médicos para si e para outros membros do nosso plano. (Não podemos obrigá-lo a deixar o nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos autorização da Medicare primeiro).
- Se deixar outra pessoa usar o seu cartão de membro para obter cuidados médicos. (Não podemos obrigá-lo a deixar o nosso plano por este motivo, a menos que obtenhamos autorização da Medicare primeiro).
 - Se terminarmos a sua adesão por este motivo, a Medicare poderá pedir ao Inspetor-Geral que investigue o seu caso.
- Se for obrigado a pagar o montante adicional da Parte D devido aos seus rendimentos e não o pagar, será removido pela Medicare do nosso plano e perderá a cobertura dos medicamentos prescritos.

Onde pode obter mais informações?

Se tiver dúvidas ou se quiser obter mais informações sobre quando podemos terminar a sua adesão:

- Pode contactar a **Equipa de Concierge da Medicare** para obter mais informações (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

Secção 5.2	<u>Não</u> podemos pedir-lhe que abandone o nosso plano por qualquer razão relacionada com a sua saúde
-------------------	---

O BlueCHiP for Medicare Plus não está autorizado a pedir-lhe que abandone o nosso plano por qualquer razão relacionada com a sua saúde.

O que deve fazer se isto acontecer?

Se considerar que está a ser convidado a abandonar o nosso plano por uma razão relacionada com a saúde, deve ligar para a Medicare através do número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os utilizadores de TTY devem ligar para 1-877-486-2048. Pode ligar 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Secção 5.3	Tem o direito de apresentar uma reclamação se terminarmos a sua adesão ao nosso plano
-------------------	--

Se terminarmos a sua adesão ao nosso plano, devemos comunicar-lhe por escrito as nossas razões para terminar a sua adesão. Devemos também explicar como pode apresentar uma queixa ou reclamação sobre a nossa decisão de terminar a sua adesão. Pode consultar o Capítulo 9, Secção 10 para obter informações sobre como apresentar uma reclamação.

CAPÍTULO 11

Avisos legais

Capítulo 11. Avisos legais

Capítulo 11. Avisos legais

SECÇÃO 1	Aviso sobre o direito aplicável.....	239
SECÇÃO 2	Aviso sobre a não-discriminação	239
SECÇÃO 3	Aviso sobre os direitos de subrogação do Pagador Secundário da Medicare	239
SECÇÃO 4	Aviso de Cálculo de Responsabilidade de Membro	240
SECÇÃO 5	Aviso sobre Práticas de Privacidade	240

SECÇÃO 1 Aviso sobre o direito aplicável

Muitas leis se aplicam a este *Comprovativo de Cobertura* e algumas disposições adicionais podem aplicar-se, uma vez que são exigidas por lei. Isto pode afetar os seus direitos e responsabilidades, mesmo que as leis não estejam incluídas ou explicadas neste documento. A principal lei que se aplica a este documento é o Título XVIII da Lei da Segurança Social e os regulamentos criados ao abrigo da Lei da Segurança Social pelo Centers for Medicare & Medicaid Services, ou CMS. Além disso, podem aplicar-se outras leis federais e, em determinadas circunstâncias, as leis do estado em que vive.

SECÇÃO 2 Aviso sobre a não-discriminação

O nosso plano deve obedecer a leis que o protejam de discriminação ou tratamento injusto. **Não discriminamos** com base na raça, etnia, origem nacional, cor, religião, sexo, género, idade, incapacidade mental ou física, estado de saúde, experiência de reclamações, historial médico, informação genética, evidência de segurabilidade ou localização geográfica dentro da área de serviço. Todas as organizações que fornecem planos Medicare Advantage, tal como o nosso plano, devem obedecer às leis federais contra a discriminação, incluindo o Título VI da Lei dos Direitos Cívicos de 1964, a Lei de Reabilitação de 1973, a Lei da Discriminação com base na Idade de 1975, a Lei dos Americanos com Deficiência, a Secção 1557 da Lei dos Cuidados Acessíveis, todas as outras leis que se aplicam a organizações que obtêm financiamento federal e quaisquer outras leis e regras que se apliquem por qualquer outro motivo.

Se desejar obter mais informações ou tiver preocupações sobre discriminação ou tratamento injusto, por favor contacte o **Escritório dos Direitos Cívicos** do Departamento de Saúde e Serviços Sociais pelo número 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) ou o seu Escritório local dos Direitos Cívicos.

Se tem uma incapacidade e precisar de ajuda no acesso a cuidados, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). Se tiver uma reclamação, como por exemplo um problema de acesso em cadeiras de rodas, a Equipa de Concierge da Medicare pode ajudar.

SECÇÃO 3 Aviso sobre os direitos de subrogação do Pagador Secundário da Medicare

Temos o direito e a responsabilidade de cobrar pelos serviços da Medicare cobertos para os quais a Medicare não é o principal pagador. De acordo com os regulamentos dos CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) no 42 CFR secções 422.108 e 423.462, a Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, enquanto Organização da Medicare Advantage, exercerá os mesmos direitos de recuperação que o Secretário exerce sob os regulamentos CMS nas subpartes B até D da parte 411 de 42 CFR e as regras estabelecidas nesta secção substituem quaisquer leis estatais.

Capítulo 11. Avisos legais

SECÇÃO 4 Aviso de Cálculo de Responsabilidade de Membro

O custo do serviço, no qual se baseia a responsabilidade do seu membro (copagamento/comparticipação), será um ou outro:

- O montante admissível da Medicare para serviços cobertos, ou
- O valor que a Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island negociar com o prestador ou que o plano local Blue Medicare Advantage negociar com seu prestador em nome dos nossos membros, se aplicável. O montante negociado pode ser superior, inferior ou igual ao montante admissível da Medicare.

SECÇÃO 5 Aviso sobre Práticas de Privacidade

O nosso Aviso de Práticas de Privacidade descreve como a informação médica sobre si pode ser utilizada e divulgada e como pode ter acesso a essa informação. Para obter uma cópia do nosso Aviso de Práticas de Privacidade, por favor visite www.BCBSRI.com/Medicare ou contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).

CAPÍTULO 12

Definições de palavras importantes

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Ajuda Extra – Um programa da Medicare para ajudar as pessoas com rendimentos e recursos limitados a pagar os custos do programa de medicamentos prescritos da Medicare, tais como prémios, franquias e participação.

Apólice "Medigap" (Seguro Adicional da Medicare) – Seguro complementar da Medicare vendido por companhias de seguros privadas para preencher "lacunas" no Original Medicare. As apólices Medigap só funcionam com o Original Medicare. (Um Plano Medicare Advantage não é uma apólice Medigap).

Área de Serviço – Uma área geográfica onde um plano de saúde aceita membros se limitar a adesão com base no local onde as pessoas vivem. Para planos que limitam os médicos e hospitais que pode utilizar, é também geralmente a área onde pode obter serviços de rotina (não-urgentes). O plano pode ser cancelado se sair permanentemente da área de serviço do plano.

Assistente de Saúde Domiciliário – Um assistente de saúde domiciliário fornece serviços que não necessitam das competências de uma enfermeira ou terapeuta licenciada, tais como ajuda com cuidados pessoais (p.ex., tomar banho, usar a casa de banho, vestir-se ou realizar os exercícios prescritos). Os assistentes de saúde domiciliários não possuem licença de enfermagem nem fornecem terapia.

Autorização Prévia – Aprovação prévia para obter serviços ou determinados medicamentos que podem ou não estar no nosso formulário. Alguns serviços médicos na rede só estão cobertos se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver "autorização prévia" do nosso plano. Os serviços cobertos que necessitam de aprovação prévia estão marcados na Tabela de Benefícios no Capítulo 4. Alguns medicamentos só estão cobertos se o seu médico ou outro prestador da rede obtiver "autorização prévia" da nossa parte. Os medicamentos cobertos que necessitam de autorização prévia estão marcados no formulário.

Cancelar Inscrição ou Cancelamento de Inscrição – O processo de terminar a sua adesão ao nosso plano. O cancelamento da inscrição pode ser voluntário (por sua própria escolha) ou involuntária (não por sua própria escolha).

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – A agência federal que administra a Medicare. O Capítulo 2 explica como contactar o CMS.

Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF) – Um centro que fornece principalmente serviços de reabilitação após uma doença ou lesão e fornece uma variedade de serviços, incluindo fisioterapia, serviços sociais ou psicológicos, terapia respiratória, terapia ocupacional e serviços de patologia da língua-fala e serviços de avaliação do ambiente domiciliar.

Centro Cirúrgico Ambulatório – Um Centro Cirúrgico Ambulatório é uma entidade que funciona exclusivamente com o objetivo de fornecer serviços cirúrgicos ambulatoriais a doentes que não necessitam de hospitalização e cuja estadia prevista no centro não excede 24 horas.

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Clinicamente Necessário – Serviços, suprimentos ou medicamentos que são necessários para a prevenção, diagnóstico ou tratamento da sua condição médica e cumprem as normas aceites de prática médica.

Cobertura de Medicamentos Prescritos Credível – Cobertura de medicamentos prescritos (por exemplo, de um empregador ou sindicato) que deverá pagar, em média, pelo menos o mesmo que a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare. As pessoas que têm este tipo de cobertura quando se tornam elegíveis para a Medicare podem, por norma, manter essa cobertura sem pagar uma penalização, se decidirem inscrever-se mais tarde na cobertura de medicamentos prescritos da Medicare.

Cobertura de Medicamentos Prescritos da Medicare (Medicare Parte D) – Seguro para ajudar a pagar os medicamentos prescritos em regime de ambulatório, vacinas, biológicos e alguns suprimentos não cobertos pelo Medicare Parte A ou Parte B.

Comparticipação – Um montante que lhe poderá ser exigido como parte do custo dos serviços ou dos medicamentos prescritos depois de ter pago quaisquer franquias. Por norma, a participação é uma percentagem (por exemplo, 20 %).

Comprovativo de Cobertura (EOC) e Informação de Divulgação – Este documento, juntamente com o seu formulário de inscrição e quaisquer outros anexos, cláusulas adicionais ou outra cobertura opcional selecionada, que explica a sua cobertura, o que devemos fazer, os seus direitos, e o que tem de fazer enquanto membro do nosso plano.

Copagamento – Um montante que lhe poderá ser exigido como parte do custo de um serviço ou suprimento médico, como uma visita médica, uma visita ao hospital em regime de ambulatório ou um medicamento prescrito. Um copagamento é um montante fixo, em vez de uma percentagem. Por exemplo, poderá pagar \$10 ou \$20 por uma visita médica ou medicamento prescrito.

Cuidados de Custódia – Os cuidados de custódia são cuidados pessoais prestados num lar de idosos, instituição para doentes terminais ou outro estabelecimento quando não necessitar de cuidados médicos especializados ou cuidados de enfermagem especializados. Os cuidados de custódia são cuidados pessoais que podem ser prestados por pessoas que não têm competências profissionais ou formação, tais como ajuda em atividades da vida diária como tomar banho, vestir-se, comer, entrar ou sair de uma cama ou cadeira, movimentar-se e usar a casa de banho. Também poderá incluir o tipo de cuidados relacionados com a saúde que a maioria das pessoas faz por si próprias, como a aplicação de gotas para os olhos. A Medicare não paga os cuidados de custódia.

Cuidados de Emergência – Serviços cobertos que são: 1) prestados por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência; e 2) necessários para tratar, avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência.

Cuidados em Centro de Enfermagem Especializado (SNF) – Serviços de enfermagem especializados e de reabilitação prestados numa base contínua e diária, num centro de enfermagem especializado. Exemplos de cuidados de enfermagem especializados incluem fisioterapia ou injeções intravenosas que só podem ser dadas por um enfermeiro ou médico registado.

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Custos Por Inteiro – Consulte a definição de "repartição de custos" acima. O requisito de repartição de custos de um membro para pagar uma parte dos serviços ou medicamentos recebidos é também referido como o requisito de custos "por inteiro" do membro.

Determinação da Cobertura – Uma decisão sobre se um medicamento prescrito para si está coberto pelo plano e o montante, se existir, que é obrigado a pagar pela receita. Por norma, se levar a sua receita médica a uma farmácia e a farmácia lhe disser que a receita médica não está coberta pelo seu plano, isso não é uma determinação de cobertura. Tem de telefonar ou escrever para o seu plano para solicitar uma decisão formal sobre a cobertura. As determinações de cobertura são denominadas de "decisões de cobertura" neste folheto. O Capítulo 9 fornece explicações sobre como nos solicitar uma decisão de cobertura.

Determinação da Organização – O plano Medicare Advantage fez uma determinação da organização quando toma uma decisão sobre se os artigos ou serviços estão cobertos ou quanto tem de pagar por artigos ou serviços cobertos. As determinações da organização são denominadas de "decisões de cobertura" neste folheto. O Capítulo 9 fornece explicações sobre como nos solicitar uma decisão de cobertura.

Emergência – Uma emergência médica é quando você ou qualquer outro leigo prudente com um conhecimento médio de saúde e medicina, acredita que tem sintomas médicos que requerem atenção médica imediata para evitar a perda de vida, perda de um membro ou perda de função de um membro. Os sintomas médicos podem ser uma doença, lesão, dor intensa ou uma condição médica que se está a agravar rapidamente.

Equipa de Concierge da Medicare – Um departamento dentro do nosso plano responsável por responder às suas perguntas sobre a sua adesão, benefícios, queixas e recursos. Consulte o Capítulo 2 para obter informações sobre como entrar em contacto com a Equipa de Concierge da Medicare.

Equipamento Médico Duradouro (DME) – Determinados equipamentos médicos que são encomendados pelo seu médico por razões médicas. Os exemplos incluem andarilhos, cadeiras de rodas, muletas, sistemas de colchões motorizados, suprimentos para diabéticos, bombas de infusão IV, dispositivos geradores de fala, equipamento de oxigénio, nebulizadores ou camas hospitalares encomendadas por um prestador para utilização em casa.

Escalão de Repartição de Custos – Cada medicamento da lista de medicamentos cobertos encontra-se num dos cinco (5) escalões de repartição de custos. Por norma, quanto maior for o escalão de repartição de custos, maior será o seu custo do medicamento.

Exceção – Um tipo de decisão de cobertura que, se aprovada, lhe permite obter um medicamento que não está no formulário do promotor do plano (uma exceção ao formulário), ou obter um medicamento não preferencial a um escalão de repartição de custos mais baixo (uma exceção por escalões). Também poderá solicitar uma exceção se o promotor do seu plano exigir que experimente outro medicamento antes de receber o medicamento que está a solicitar, ou se o plano limitar a quantidade ou a dosagem do medicamento que está a solicitar (uma exceção ao formulário).

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Farmácia da Rede – Uma farmácia da rede é uma farmácia onde os membros do nosso plano podem obter os seus benefícios de medicamentos prescritos. Chamamos-lhes "farmácias da rede" porque contratam com o nosso plano. Na maioria dos casos, as suas receitas médicas só são cobertas se forem preenchidas numa das farmácias da nossa rede.

Farmácia Fora da Rede – Uma farmácia que não tem um contrato com o nosso plano para coordenar ou fornecer medicamentos cobertos aos membros do nosso plano. Tal como explicado neste Comprovativo de Cobertura, a maioria dos medicamentos obtidos em farmácias fora da rede não são cobertos pelo nosso plano, a menos que se apliquem determinadas condições.

Fase de Cobertura Catastrófica – A fase no Benefício de Medicamentos da Parte D em que paga um baixo copagamento ou uma comparticipação pelos seus medicamentos depois de você ou outras partes qualificadas em seu nome terem gasto \$6,350 em medicamentos cobertos durante o ano coberto.

Fase Inicial de Cobertura – Esta é a fase antes de os seus custos totais de medicamentos, incluindo os montantes que pagou e o que o seu plano pagou em seu nome durante o ano, atingirem \$4,130.

Faturação de Saldo – Quando um prestador (como um médico ou hospital) cobra a um paciente mais do que o montante de repartição de custos permitido pelo plano. Enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Plus, só tem de pagar os montantes de repartição de custos do seu plano quando obtém serviços cobertos pelo nosso plano. Não permitimos que os prestadores "faturem o saldo" ou, de outra forma, lhe debitem mais do que o montante de repartição de custos que o seu plano diz que deve pagar.

Franquia – O montante que deve pagar por cuidados de saúde ou receitas médicas antes do nosso plano começar a pagar.

Gestor de Benefícios de Medicamentos Prescritos (PBM) – É um administrador terceiro (TPA) de programas de medicamentos prescritos para planos de saúde comerciais, planos de empregador com seguro próprio, planos Medicare Parte D, o Programa Federal de Benefícios de Saúde dos Empregados e planos de empregados do governo estadual.

Indicação Clinicamente Aceite – O uso de um medicamento que é aprovado pela 'Food and Drug Administration' (FDA) ou apoiado por determinados livros de referência. Consulte o Capítulo 5, Secção 3 para obter mais informações sobre uma indicação clinicamente.

Instituição para Doentes Terminais – Um membro que tenha 6 meses ou menos de vida tem o direito a eleger uma instituição para doentes terminais. Nós, o seu plano, devemos fornecer-lhe uma lista de instituições para doentes terminais na sua área geográfica. Se escolher uma instituição para doentes terminais e continuar a pagar prémios, continua a ser membro do nosso plano. Ainda pode obter todos os serviços clinicamente necessários, bem como os benefícios suplementares que oferecemos. A instituição para doentes terminais providenciará tratamento especial para o seu estado.

Internamento Hospitalar – Uma estadia hospitalar quando tiver sido formalmente internado no hospital para serviços médicos especializados. Mesmo que fique no hospital durante a noite, pode ainda ser considerado um "paciente em regime ambulatorio".

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Limite Inicial de Cobertura – O limite máximo de cobertura na Fase Inicial de Cobertura.

Limites de Quantidade – Uma ferramenta de gestão concebida para limitar o uso de medicamentos selecionados por razões de qualidade, segurança ou utilização. Os limites podem estar na quantidade do medicamento que cobrimos por receita médica ou durante um período de tempo definido.

Lista de Medicamentos Cobertos (Formulários ou "Lista de Medicamentos") – Uma lista dos medicamentos prescritos cobertos pelo plano. Os medicamentos que constam desta lista são selecionados pelo plano com a ajuda de médicos e farmacêuticos. A lista inclui tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (ou Assistência Médica) – Um programa federal e estadual conjunto que ajuda com custos médicos para algumas pessoas com rendimentos e recursos limitados. Os programas Medicaid variam de estado para estado, mas a maioria dos custos dos cuidados de saúde são cobertos se se qualificar tanto para a Medicare como para o Medicaid. Consulte o Capítulo 2, Secção 6 para obter informações sobre como entrar em contacto com o Medicaid no seu estado.

Medicamento de Marca – Um medicamento prescrito que é fabricado e vendido pela empresa farmacêutica que originalmente pesquisou e desenvolveu o medicamento. Os medicamentos de marca têm a mesma fórmula de princípio ativo que a versão genérica do medicamento. No entanto, os medicamentos genéricos são fabricados e vendidos por outros fabricantes de medicamentos e, por norma, só estão disponíveis depois de a patente do medicamento de marca ter expirado.

Medicamento Genérico – Um medicamento prescrito aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) como tendo o(s) mesmo(s) princípio(s) ativo(s) que o medicamento de marca. Por norma, um medicamento "genérico" funciona tão bem quanto o medicamento de marca e normalmente custa menos.

Medicamentos Cobertos – O termo que utilizamos para nos referirmos a todos os medicamentos prescritos cobertos pelo nosso plano.

Medicamentos da Parte D – Medicamentos que podem ser cobertos pela Parte D. Podemos ou não oferecer todos os medicamentos da Parte D. (Consulte o seu formulário para obter uma lista específica de medicamentos cobertos). Determinadas categorias de medicamentos foram especificamente excluídas pelo Congresso de serem cobertos como medicamentos da Parte D.

Medicare – O programa federal de seguros de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais, algumas pessoas com menos de 65 anos com determinadas incapacidades e pessoas com Doença Renal em Fase Terminal (geralmente aquelas com insuficiência renal permanente que necessitam de diálise ou um transplante renal). As pessoas com Medicare podem obter a sua cobertura de saúde Medicare através do Original Medicare, um plano PACE (Programa de Cuidados Integrados para Idosos) ou um Plano Medicare Advantage.

Membro (Membro do nosso Plano, ou "Membro do Plano") – Uma pessoa com Medicare que seja elegível para obter serviços cobertos, que se tenha inscrito no nosso plano e cuja inscrição tenha sido confirmada pelo Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Montante de Ajuste Mensal Relacionado com os Rendimentos (IRMAA) – Se o seu rendimento bruto ajustado modificado, tal como consta na sua declaração de IRS de há 2 anos atrás, estiver acima de um determinado montante, pagará o montante padrão do prémio e um Montante de Ajuste Mensal Relacionado com os Rendimentos, também conhecido como IRMAA. IRMAA é um encargo adicional acrescentado ao seu prémio. Menos de 5 % das pessoas com Medicare são afetadas, pelo que a maioria das pessoas não pagará um prémio mais elevado.

Montante Máximo de Custos Por Inteiro – O máximo que se paga durante o ano civil por serviços da rede cobertos pela Parte A e Parte B. Montantes que paga pelos prémios do seu plano, prémios Medicare Parte A e Parte B e medicamentos prescritos não contam para o montante máximo de custos por inteiro. Consulte o Capítulo 4, Secção 1.2 para obter informações sobre o seu montante máximo de custos por inteiro.

Montante Permitido – O montante máximo que um plano pagará por um serviço de saúde coberto. Também poderá ser denominado de "despesa elegível", "subsídio de pagamento", ou "taxa negociada".

Organização para a Melhoria da Qualidade (QIO) – É um grupo de médicos praticantes e outros especialistas em cuidados de saúde pagos pelo governo federal para verificar e melhorar os cuidados prestados aos pacientes da Medicare. Consulte o Capítulo 2, Secção 4 para obter informações sobre como entrar em contacto com a Organização para a Melhoria da Qualidade (QIO) do seu estado.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" ou Medicare "Taxa por serviço") – O Original Medicare é oferecido pelo governo e por não um plano de saúde privado, como os Planos Medicare Advantage e os planos de medicamentos prescritos. Ao abrigo do Original Medicare, os serviços Medicare são cobertos pelo pagamento a médicos, hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde de montantes de pagamento estabelecidos pelo Congresso. Pode consultar qualquer médico, hospital ou outro prestador de cuidados de saúde que aceite Medicare. Deve pagar a franquia. A Medicare paga a sua parte do montante aprovado pela Medicare e você paga a sua parte. O Original Medicare tem duas partes: Parte A (seguro hospitalar) e Parte B (seguro de saúde) e está disponível em toda a parte nos Estados Unidos.

Parte C – consulte "Plano Medicare Advantage (MA)".

Parte D – O Programa de Benefício de Medicamentos Prescritos da Medicare. (Para facilidade de referência, referir-nos-emos ao programa de benefícios de medicamentos prescritos como Parte D.)

Penalização de Inscrição Tardia da Parte D – Um montante adicionado ao seu prémio mensal de cobertura de medicamentos Medicare se ficar sem cobertura credível (cobertura que se espera que pague, em média, pelo menos tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos prescritos da Medicare) por um período contínuo de 63 dias ou mais, depois de ser elegível para aderir pela primeira vez a um Plano da Parte D. Paga este montante mais elevado desde que tenha um plano de medicamentos Medicare. Existem algumas exceções. Por exemplo, se receber "Ajuda Extra" da Medicare para pagar os custos seu do plano de medicamentos prescritos, não pagará uma penalização de inscrição tardia.

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Período Anual de Inscrição – Um período definido em cada outono quando os membros podem mudar os seus planos de saúde ou de medicamentos ou mudar para o Original Medicare. O Período Anual de Inscrição ocorre de 15 de outubro a 7 de dezembro.

Período de Benefício – A forma como, tanto o nosso plano como o Original Medicare mede a sua utilização de hospitais e serviços num centro de enfermagem especializado (SNF). Um período de benefício começa no dia em que vai para um hospital ou centro de enfermagem especializado. O período de benefício termina quando não tiver recebido nenhum tratamento hospitalar (ou cuidados especializados num centro de enfermagem especializado (SNF)) durante 60 dias seguidos. Se for para um hospital ou centro de enfermagem especializado (SNF) depois de um período de benefício ter terminado, começa um novo período de benefício. Não existe limite para o número de períodos de benefício.

Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage – Um período definido todos os anos quando os membros de um plano Medicare Advantage podem cancelar a sua inscrição no plano e mudar para outro plano Medicare Advantage ou obter cobertura através do Original Medicare. Se optar por mudar para o Original Medicare durante este período, pode também aderir a um plano de medicamentos prescritos da Medicare em separado nessa altura. O Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage ocorre de 1 de janeiro a 31 de março e está também disponível por um período de 3 meses depois de um indivíduo ser elegível pela primeira vez para a Medicare.

Período Especial de Inscrição – Um período definido quando os membros podem mudar os seus planos de saúde ou de medicamentos ou voltar para o Original Medicare. As situações em que poderá ser elegível para um Período Especial de Inscrição incluem: se se mudar para fora da área de serviço, se estiver a receber "Ajuda Extra" com os custos dos medicamentos prescritos, se se mudar para um lar de idosos ou se violarmos o nosso contrato consigo.

Período Inicial de Inscrição – Quando é elegível pela primeira vez para a Medicare, o período de tempo em que pode inscrever-se no Medicare Parte A e Parte B. Por exemplo, se for elegível para a Medicare quando fizer 65 anos, o seu Período Inicial de Inscrição é o período de 7 meses que começa 3 meses antes do mês em que faz 65 anos, inclui o mês em que faz 65 anos e termina 3 meses após o mês em que faz 65 anos.

Plano de Necessidades Especiais – Um tipo especial de Plano Medicare Advantage que fornece cuidados de saúde mais centrados para grupos específicos de pessoas, tais como os que possuem Medicare e Medicaid, que residem num lar de idosos, ou que possuem determinadas condições médicas crónicas.

Plano de Saúde da Medicare – Um plano de saúde da Medicare é oferecido por uma empresa privada que contrata com a Medicare para fornecer benefícios das Partes A e B às pessoas com Medicare que se inscrevam no plano. Este termo inclui todos os Planos Medicare Advantage, Planos de Custos Medicare, Programas de Demonstração/Piloto, e Programas de Cuidados Integrados para Idosos (PACE).

Plano Medicare Advantage (MA) – Por vezes denominado de Medicare Parte C. Um plano oferecido por uma empresa privada que contrata com a Medicare para lhe fornecer todos os seus benefícios Medicare Parte A e Parte B. Um Plano Medicare Advantage pode ser um plano HMO, PPO, uma Taxa

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

por Serviço Privada (PFFS), ou um plano de Conta Poupança Médica Medicare (MSA). Quando está inscrito num Plano Medicare Advantage, os serviços Medicare são cobertos através do plano e não são pagos ao abrigo do Original Medicare. Na maioria dos casos, os Planos Medicare Advantage também oferecem Medicare Parte D (cobertura de medicamentos prescritos). Estes planos são denominados de **Planos Medicare Advantage com Cobertura de Medicamentos Prescritos**. Todas as pessoas que tenham Medicare Parte A e Parte B são elegíveis para aderir a qualquer plano de saúde Medicare Advantage que seja oferecido na sua área.

Plano PACE – Um plano PACE (Programa de Cuidados Integrados para Idosos) combina serviços médicos, sociais e de cuidados prolongados para pessoas frágeis, para ajudar as pessoas a permanecerem independentes e a viverem na sua comunidade (em vez de se mudarem para um lar de idosos) o máximo de tempo possível, enquanto recebem os cuidados de alta qualidade de que necessitam. As pessoas inscritas nos planos PACE recebem os seus benefícios Medicare e Medicaid através do plano.

Prémio – O pagamento periódico à Medicare, uma companhia de seguros ou um plano de saúde para cobertura de saúde ou de medicamentos prescritos.

Prestador da Rede – "Prestador" é o termo geral que usamos para médicos, outros profissionais de saúde, hospitais e outros centros de cuidados de saúde licenciados ou certificados pela Medicare e pelo Estado para prestar serviços de saúde. Chamamos-lhes "**prestadores da rede**" quando têm um acordo com o nosso plano para aceitar o nosso pagamento como pagamento integral e, em alguns casos, para coordenar, bem como prestar serviços cobertos aos membros do nosso plano. O nosso plano paga aos prestadores da rede com base nos acordos que tem com os prestadores ou se os prestadores concordarem em fornecer-lhe serviços cobertos pelo plano. Os prestadores da rede também podem ser denominados de "prestadores do plano".

Prestador de Cuidados Primários (PCP) – O seu prestador de cuidados primários é o médico ou outro prestador que vê primeiro para a maioria dos problemas de saúde. Ele ou ela certifica-se de que recebe os cuidados necessários para se manter saudável. Ele ou ela pode também falar com outros médicos e prestadores de cuidados de saúde sobre os seus cuidados e encaminhá-lo para eles. Em muitos planos de saúde da Medicare, deve consultar o seu prestador de cuidados primários antes de consultar qualquer outro prestador de cuidados de saúde. Consulte o Capítulo 3, Secção 2.1 para obter informações sobre Prestador de Cuidados Primários.

Prestador Fora da Rede ou Centro Fora da Rede – Um prestador ou centro com o qual não nos comprometemos a coordenar ou a prestar serviços cobertos aos membros do nosso plano. Os prestadores fora da rede são prestadores que não são empregados, possuidores ou operados pelo nosso plano, ou que não estão sob contrato para lhe prestar serviços cobertos. A utilização de prestadores ou centros fora da rede é explicada neste folheto, no Capítulo 3.

Programa de Desconto para Intervalo de Cobertura da Medicare – Um programa que proporciona descontos na maioria dos medicamentos de marca da Parte D cobertos para os membros da Parte D que atingiram a fase de Intervalo de Cobertura e que ainda não estão a receber "Ajuda Extra". Os descontos são baseados em acordos entre o governo federal e determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, a maioria, mas não todos os medicamentos de marca são descontados.

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Próteses e Dispositivos Ortopédicos – Estes são dispositivos médicos encomendados pelo seu médico ou outro prestador de cuidados de saúde. Os artigos cobertos incluem, mas não estão limitados a aparelhos para braços, costas e pescoço; membros artificiais; olhos artificiais; e dispositivos necessários para substituir uma parte ou função interna do corpo, incluindo suprimentos de ostomia e terapia nutricional enteral e parenteral.

Protocolo por Etapas – Uma ferramenta de utilização que requer que experimente primeiro outro medicamento para tratar a sua condição médica antes de cobrirmos o medicamento que o seu prestador possa ter prescrito inicialmente.

Queixa – Um tipo de queixa que faz sobre nós ou sobre as farmácias, incluindo uma queixa relativa à qualidade dos seus cuidados. Este tipo de reclamação não envolve disputas de cobertura ou de pagamento.

Reclamação – O nome formal para "apresentar uma reclamação" é "apresentar uma queixa". O processo de reclamação é utilizado *apenas* para determinados tipos de problemas. Isto inclui problemas relacionados com a qualidade dos cuidados, tempos de espera e o serviço ao cliente que recebe. Consulte também "Queixa" nesta lista de definições.

Recurso – Um recurso é algo que faz se discordar da nossa decisão de negar um pedido de cobertura de serviços de saúde ou medicamentos prescritos ou pagamento por serviços ou medicamentos que já recebeu. Pode também interpor um recurso se discordar da nossa decisão de interromper os serviços que está a receber. Por exemplo, pode pedir um recurso se não pagarmos um medicamento, artigo ou serviço que acha que deve poder receber. O Capítulo 9 fornece explicações sobre os recursos, incluindo o processo envolvido na interposição de um recurso.

Rendimento de Segurança Suplementar (SSI) – Um benefício mensal pago pela Segurança Social a pessoas com rendimentos e recursos limitados que sejam incapacitadas, cegas ou com 65 ou mais anos de idade. Os benefícios do Rendimento de Segurança Suplementar (SSI) não são os mesmos que os benefícios da Segurança Social.

Repartição de Custos – A repartição de custos refere-se aos montantes que um membro tem de pagar quando os serviços ou os medicamentos são recebidos. A repartição de custos inclui qualquer combinação dos três tipos de pagamentos seguintes: (1) qualquer montante dedutível que um plano possa impor antes de serviços ou medicamentos serem cobertos; (2) qualquer montante fixo de "copagamento" que um plano exija quando um serviço ou medicamento específico for recebido; ou (3) qualquer montante de "comparticipação", uma percentagem do montante total pago por um serviço ou medicamento que um plano exija quando um serviço ou medicamento específico for recebido. Pode aplicar-se uma "taxa diária de repartição de custos" quando o seu médico lhe prescrever menos de um mês completo de suprimento de determinados medicamentos e lhe for exigido o pagamento de um copagamento.

Repartição de custos padrão – A repartição de custos padrão é uma repartição de custos diferente da repartição de custos preferencial oferecida numa farmácia da rede.

Capítulo 12. Definições de palavras importantes

Repartição de Custos Preferencial – A repartição de custos preferencial significa uma repartição de custos mais baixa para determinados medicamentos cobertos da Parte D em certas farmácias da rede.

Serviços Cobertos – O termo geral que utilizamos para nos referirmos a todos os serviços de cuidados de saúde e suprimentos que são cobertos pelo nosso plano.

Serviços Cobertos pela Medicare – Serviços cobertos pela Medicare Parte A e B. Todos os planos de saúde da Medicare, incluindo o nosso plano, devem cobrir todos os serviços que são cobertos pela Medicare Parte A e B.

Serviços de Reabilitação – Estes serviços incluem fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional.

Serviços necessários com Urgência – Serviços necessários com urgência são fornecidos para tratar uma doença médica não urgente, imprevista, enfermidade ou condição que requer cuidados médicos imediatos. Os serviços necessários com urgência podem ser fornecidos por prestadores da rede ou por prestadores fora da rede quando os prestadores da rede estiverem temporariamente indisponíveis ou inacessíveis.

Subsídio de Baixo Rendimento (LIS) – Consulte "Ajuda Extra".

Taxa de Dispensa – Uma taxa cobrada de cada vez que um medicamento coberto é dispensado, para pagar o custo de preenchimento de uma receita médica. A taxa de dispensa cobre custos tais como o tempo do farmacêutico para preparar e embalar a receita médica.

Taxa diária de repartição de custos – Pode aplicar-se uma "taxa diária de repartição de custos" quando o seu médico lhe prescrever menos de um mês completo de suprimento de determinados medicamentos e lhe for exigido o pagamento de um copagamento. Uma taxa diária de repartição de custos é o copagamento dividido pelo número de dias num mês de suprimento. Aqui está um exemplo: Se o seu copagamento para um suprimento de um mês de um medicamento for de \$30, e um suprimento de um mês no seu plano for de 30 dias, então a sua "taxa diária de repartição de custos" é de \$1 por dia. Isto significa que paga \$1 por cada dia de suprimento quando preenche a sua receita.

Taxa máxima – O valor máximo em dólares que um terceiro, normalmente uma companhia de seguros, irá reembolsar um prestador por um serviço específico.

Medicare Concierge Team (Equipa de Concierge da Medicare)

Método	A Equipa de Concierge da Medicare – Informação de contacto
TELEFONE	401-277-2958 ou 1-800-267-0439 quando se telefona de fora do estado de Rhode Island. As chamadas para este número são gratuitas. Os horários são 1 de outubro – 31 de março : Sete dias por semana, das 08h00 às 20h00; 1 de abril – 30 de setembro : segunda – sexta-feira, das 08h00 às 20h00; sábado, das 08h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado. A Equipa de Concierge da Medicare também dispõe de serviços gratuitos de intérpretes de línguas para quem não fala inglês.
TTY	711 - Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala. As chamadas para este número são gratuitas. Os horários são 1 de outubro – 31 de março : Sete dias por semana, das 08h00 às 20h00; 1 de abril – 30 de setembro : segunda – sexta-feira, das 08h00 às 20h00; sábado, das 08h00 às 12h00. Fora deste horário, está disponível um sistema de atendimento automatizado.
FAX	401-459-5089
CARTA	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Medicare Concierge Team 500 Exchange Street, Providence, RI 02903
SITE	www.BCBSRI.com/Medicare

The Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island)

O The Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island) é um programa estatal que recebe dinheiro do governo federal para dar aconselhamento gratuito sobre seguros de saúde locais a pessoas com a Medicare

Método	Informação de contacto
TELEFONE	401-462-3000
TTY	401-462-0740 Este número requer equipamento telefónico especial e destina-se apenas a pessoas com dificuldades de audição ou de fala.
CARTA	The Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island) 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITE	www.oha.ri.gov/

Declaração de Divulgação da PRA De acordo com a Lei de Redução de Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma recolha de informação, a não ser que esta apresente um número de controlo OMB válido. O número de controlo OMB válido para esta recolha de informação é 0938-1051. Se tiver comentários ou sugestões para melhorar este formulário, por favor escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.