

1 de janeiro – 31 de dezembro de 2021

Comprovativo de Cobertura:

Os seus benefícios e serviços de saúde enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Core (HMO)

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

Este plano, BlueCHiP for Medicare Core, 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 Core.)

A Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island é um plano de HMO com um contrato da Medicare. A inscrição na Blue Cross & Blue Shield de Rhode Island depende da renovação do contrato.

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.

A rede de prestadores pode mudar a qualquer momento. Receberá uma notificação, quando necessário.

Y0146_2021EOCcore_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, o seu cartão de membro do plano e a manutenção atualizada do seu registo de membro.
- Capítulo 2. Números de telefone e recursos importantes.....14**
Diz-lhe como entrar em contacto com o nosso plano (BlueCHiP for Medicare Core) 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) e o Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro.
- Capítulo 3. Usar a cobertura do plano para os seus serviços médicos.....29**
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)45**
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. Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos99**
Explica quando e como nos enviar uma fatura quando nos quiser pedir o reembolso da nossa parte dos custos dos seus serviços cobertos.
- Capítulo 6. Os seus direitos e responsabilidades.....104**
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 7. O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações).....115

Diz-lhe, passo a passo, o que fazer se estiver a ter problemas ou preocupações enquanto membro do nosso plano.

- Explica como solicitar decisões sobre coberturas e apresentar recursos se tiver dificuldades em obter os cuidados médicos que pensa estarem cobertos pelo nosso plano. Isto inclui pedir-nos que continuemos a cobrir os cuidados hospitalares e determinados 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 8. Terminar a sua adesão ao plano156

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 9. Avisos legais.....164

Inclui notificações sobre a lei aplicável e sobre a não-discriminação.

Capítulo 10. Definições de palavras importantes.....168

Explica os termos-chave utilizados neste folheto.

CAPÍTULO 1

Guia de iniciação para membros

Capítulo 1. Guia de iniciação para membros

SECÇÃO 1	Introdução.....	5
Secção 1.1	Está inscrito no BlueCHiP for Medicare Core, que é um Medicare HMO	5
Secção 1.2	De que trata o folheto <i>Comprovativo de Cobertura</i> ?	5
Secção 1.3	Informação legal sobre o <i>Comprovativo de Cobertura</i>	5
SECÇÃO 2	O que o torna elegível para membro do plano?.....	6
Secção 2.1	Os seus requisitos de elegibilidade.....	6
Secção 2.2	O que são o Medicare Parte A e o Medicare Parte B?	6
Secção 2.3	Aqui está a área de serviço do plano para o BlueCHiP for Medicare Core	6
Secção 2.4	Cidadão dos EUA ou Presença Legal.....	7
SECÇÃO 3	Que outros materiais irá obter da nossa parte?.....	7
Secção 3.1	O seu cartão de membro do plano – Utilize-o para obter todos os cuidados cobertos	7
Secção 3.2	O <i>Diretório de Prestadores</i> : O seu guia para todos os prestadores da rede do plano	8
SECÇÃO 4	O seu prémio mensal do BlueCHiP for Medicare Core	9
Secção 4.1	Quanto custa o prémio do seu plano?.....	9
Secção 4.2	Podemos alterar o seu prémio mensal do plano durante o ano?.....	9
SECÇÃO 5	Por favor mantenha o seu registo de membro do plano atualizado	10
Secção 5.1	Como ajudar a garantir que temos informações precisas sobre si.....	10
SECÇÃO 6	Protegemos a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde.....	11
Secção 6.1	Certificamo-nos de que a sua informação sobre a saúde é protegida.....	11
SECÇÃO 7	Como funcionam outros seguros com o nosso plano.....	11
Secção 7.1	Que plano paga primeiro quando se possui outro seguro?.....	11

SECÇÃO 1 **Introdução**

Secção 1.1 **Está inscrito no BlueCHiP for Medicare Core, que é um Medicare HMO**

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

Existem diferentes tipos de planos de saúde Medicare. O BlueCHiP for Medicare Core é um Plano HMO Medicare Advantage (HMO significa Health Maintenance Organization - Organização da Manutenção da Saúde) aprovado pela Medicare e gerido por uma empresa privada. O BlueCHiP for Medicare Core não inclui a cobertura de medicamentos prescritos da Parte D.

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 *Comprovativo de Cobertura*?**

Este folheto de *Comprovativo de Cobertura* diz-lhe como obter a cobertura dos seus cuidados médicos Medicare 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 à sua disposição enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Core.

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 *Comprovativo de Cobertura***

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 Core cobre os seus cuidados. Outras partes deste contrato incluem o seu formulário de inscrição 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 Core, 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 Core 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 Core. 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 Core

Embora a Medicare seja um programa Federal, o BlueCHiP for Medicare Core 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 Core se não for elegível para continuar a ser membro nesta base. O BlueCHiP for Medicare Core 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

Enquanto for membro do nosso plano, deverá utilizar o seu cartão de membro do nosso plano sempre que obtiver serviços cobertos por este plano. 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:

 Blue Cross Blue Shield	<PLAN NAME> (HMO)
<FIRST NAME> <M> <LAST NAME> <MEMBERID>	PCP: <FIRST NAME> <M> <LAST NAME> <TITLE> PCP PHONE: <PHONE>
RxBIN Issuer RxPCN RxGrp CMS	PCMH Visit \$<XX> Non-PCMH Visit \$<XX> Specialist Visit \$<XX> Emergency Room \$<XX>
	Issued <MM/DD/YY>
MEDICARE ADVANTAGE HMO MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage X</small>	

bobcrf.com/medicare	
	
 Blue Cross Blue Shield of Rhode Island	Concierge Team: (401) 277-2958 1-800-267-0439
Members: If you need care when you are outside the service area, your health care coverage is limited. See your Evidence of Coverage for benefit information.	TTY: 711 Pharmacist Call: 1-855-457-1207
All Providers: File claims with your local Blue Cross and Blue Shield plan. Medicare charge limitations may apply.	Member submit Medical claims to: Blue Cross & Blue Shield of RI
Underwritten by Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island.	Attn: Claims Dept 500 Exchange Street Providence, RI 02903
An Independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.	This card is for identification purposes only and does not constitute proof of eligibility.
	302-0

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 Core, 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 Core 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 Core 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 4 O seu prémio mensal do BlueCHiP for Medicare Core

Secção 4.1 Quanto custa o prémio do seu plano?

Não paga um prémio de plano mensal separado do BlueCHiP for Medicare Core. 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 mais

Se se inscreveu para benefícios extra, também denominados de "benefícios suplementares opcionais", então paga um prémio adicional todos os meses por estes benefícios extra. Se tiver quaisquer dúvidas sobre os prémios do seu plano, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto). O prémio mensal para o suplemento dentário adicional opcional é de \$21,60.

Muitos membros são obrigados a pagar outros prémios Medicare

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.**

A sua cópia do *Medicare e Você 2021* fornece informações sobre estes prémios na secção denominada "Custos Medicare 2021". Isto explica como o prémio Medicare Parte B difere 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 4.2 Podemos alterar o seu prémio mensal do plano durante o ano?

Não. Não estamos autorizados a iniciar a cobrança de um prémio de plano mensal 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.

SECÇÃO 5 Por favor mantenha o seu registo de membro do plano atualizado

Secção 5.1	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 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 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 recolhamos 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 7 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 6 Protegemos a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde

Secção 6.1 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 6, Secção 1.3 deste folheto.

SECÇÃO 7 Como funcionam outros seguros com o nosso plano

Secção 7.1 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 Core (como entrar em contacto connosco, incluindo como contactar a Equipa de Concierge da Medicare no plano).....	15
SECÇÃO 2	Medicare (como obter ajuda e informação diretamente do programa Federal Medicare).....	21
SECÇÃO 3	Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) (ajuda gratuita, informação e respostas às suas perguntas sobre A Medicare).....	23
SECÇÃO 4	Organização para a Melhoria da Qualidade (pago pela Medicare para verificar a qualidade dos cuidados de saúde das pessoas com Medicare).....	24
SECÇÃO 5	Segurança Social	25
SECÇÃO 6	Medicaid (um programa federal e estadual conjunto que ajuda com custos médicos para algumas pessoas com rendimentos e recursos limitados).....	26
SECÇÃO 7	Como contactar o Conselho de Reforma dos Caminhos-de-Ferro	27
SECÇÃO 8	Possui "seguro coletivo" ou outro seguro de saúde de um empregador?	27

SECÇÃO 1 Contactos BlueCHiP for Medicare Core (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 7 (*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

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 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 7 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Método	Recursos para cuidados médicos – 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>
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	www.BCBSRI.com/Medicare

Como entrar em contacto connosco quando apresentar uma reclamação sobre os seus cuidados médicos

Pode apresentar uma reclamação sobre nós ou sobre um dos nossos prestadores 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 7 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*).

Método	Reclamações sobre cuidados médicos – 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 Core diretamente à Medicare. Para apresentar uma reclamação online à Medicare, consulte a página www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Para onde enviar um pedido solicitando-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos cuidados médicos 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 5 (*Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que recebeu por serviços médicos 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 7 (*O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)*) para mais informações.

Método	Pedidos de pagamento – 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

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 Core:</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre a sua reclamação: Pode apresentar uma reclamação sobre o BlueCHiP for Medicare Core 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 Sénior 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	Rhode Island Office of Healthy Aging (Gabinete de Envelhecimento Saudável de Rhode Island) Senior Health Insurance Program (Programa de Seguro de Saúde Sénior) 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.

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 **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 8 **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.

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	31
Secção 1.1	O que são "prestadores de rede" e "serviços cobertos"?	31
Secção 1.2	Regras básicas para a cobertura dos seus cuidados médicos pelo plano	31
SECÇÃO 2	Utilize os prestadores na rede do plano para obter os seus cuidados médicos	32
Secção 2.1	Deve escolher um Prestador de Cuidados Primários (PCP) para prestar e supervisionar os seus cuidados médicos	32
Secção 2.2	Que tipos de cuidados médicos pode obter sem receber a aprovação prévia do seu Prestador de Cuidados Primários (PCP)?	33
Secção 2.3	Como obter cuidados de especialistas e outros prestadores da rede	33
Secção 2.4	Como obter cuidados de prestadores fora da rede.....	35
SECÇÃO 3	Como obter serviços cobertos quando se tem uma emergência, necessidade urgente de cuidados ou durante uma catástrofe	36
Secção 3.1	Obtenção de cuidados se tiver uma emergência médica	36
Secção 3.2	Obter cuidados quando tem uma necessidade urgente de serviços	37
Secção 3.3	Obtenção de cuidados durante uma catástrofe	38
SECÇÃO 4	E se lhe for cobrado diretamente o custo total dos seus serviços cobertos?	38
Secção 4.1	Pode pedir-nos que paguemos a nossa parte dos custos dos serviços cobertos	38
Secção 4.2	Se os serviços não estiverem cobertos pelo nosso plano, deverá pagar o custo total	38
SECÇÃO 5	Como são cobertos os seus serviços médicos quando se encontrar num "estudo de investigação clínica"?	39
Secção 5.1	O que é um "estudo de investigação clínica"?.....	39
Secção 5.2	Quando se participa num estudo de investigação clínica, quem paga o quê? ..	39
SECÇÃO 6	Regras para obter cuidados cobertos numa "instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos".	41
Secção 6.1	O que é uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos?	41
Secção 6.2	Receber cuidados de uma instituição religiosa de cuidados de saúde não-médicos	41
SECÇÃO 7	Regras para a propriedade de equipamento médico duradouro	42
Secção 7.1	Será proprietário do equipamento médico duradouro após ter efetuado um determinado número de pagamentos ao abrigo do nosso plano?	42

SECÇÃO 8	Regras para Equipamento de Oxigénio, Suprimentos e Manutenção.....	42
Secção 8.1	A que benefícios de oxigénio tem direito?.....	42
Secção 8.2	Qual é a sua repartição de custos? Irá mudar ao fim de 36 meses?.....	43
Secção 8.3	O que acontece se deixar o seu plano e regressar ao Original Medicare?.....	43

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 Core 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 Core 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 emergências 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 seleccionar um Prestador de Cuidados Primários (PCP) no momento da sua inscrição a partir do Diretório de Prestadores. Se não tiver seleccionado 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 abuso de substâncias em regime de ambulatório
- **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 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?

É importante que saiba que podemos fazer alterações nos hospitais, médicos e especialistas (prestadores) que fazem parte do seu plano durante o ano. Existem várias razões pelas quais o seu prestador pode deixar o seu plano, mas se o seu médico ou especialista deixar o seu plano, tem determinados direitos e proteções 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 especialista ou outro prestador da rede, 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 médico acreditar que é clinicamente necessário que o serviço seja prestado por um prestador não planeado, você ou o seu médico 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 cuidados necessários (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.

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 5 (*Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos 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 Core 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 7 (*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 5.

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 aplica 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 Core, 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 Core 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 Core 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 participação, todos os meses.

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

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 Core, aderir ao BlueCHiP for Medicare Core 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 Core 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	46
Secção 1.1	Tipos de custos por inteiro que poderá pagar pelos seus serviços cobertos.....	46
Secção 1.2	Qual é o valor máximo que pagará por serviços médicos cobertos da Medicare?	46
Secção 1.3	O nosso plano não permite que lhe seja exigida uma "faturação de saldo" pelos prestadores.....	47
SECÇÃO 2	Utilize a <i>Tabela de benefícios médicos</i> para saber o que está coberto para si e quanto irá pagar	47
Secção 2.1	Os seus benefícios e custos médicos enquanto membro do plano	47
Secção 2.2	Benefícios extra "suplementares opcionais" que pode adquirir	90
SECÇÃO 3	Que serviços não estão cobertos pelo plano?	94
Secção 3.1	Serviços que <i>não</i> cobrimos (exclusões)	94

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 Core. 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 da Medicare?
--

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 Core, o máximo que terá de pagar por inteiro por serviços na rede cobertos em 2021 é de \$3,500. Os montantes pagos por copagamentos e a participação por serviços cobertos na rede contam para este montante máximo 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 \$3,500, não terá de pagar quaisquer custos por inteiro durante o resto do ano para serviços na rede cobertos. No entanto, 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).

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

Enquanto membro do BlueCHiP for Medicare Core, 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 Core 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.



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 quando recebe estes serviços
 Rastreo de aneurisma da aorta abdominal Um ultrassom de rastreo único para pessoas em risco. O plano cobre apenas este rastreo 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 rastreo.
Acupuntura para dor lombar crónica Os serviços cobertos incluem: Até 12 visitas em 90 dias são cobertas para os beneficiários da Medicare nas seguintes circunstâncias: Para efeitos deste benefício, a dor lombar crónica é definida como: <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. Serão cobertas oito sessões adicionais para os doentes que demonstrem uma melhoria. Não podem ser administrados mais de 20 tratamentos de acupuntura anualmente. O tratamento deve ser interrompido se o paciente não estiver a melhorar ou se estiver a regredir. 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)*.	\$15 copagamento por visita.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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>\$150 copagamento por viagem.</p>
<p>Exame físico anual <i>Coberto uma vez por ano.</i></p> <p><i>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.</i></p>	<p><i>Não existe participação, copagamento ou franquia para exame físico anual.</i></p>
<p> Visita anual de bem-estar</p> <p>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</p> <p>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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
 Rastreio do cancro da mama (mamografias) Os serviços cobertos incluem: <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 comparticipação, copagamento ou franquia para mamografias de rastreio cobertas.</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. 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 ⁽¹⁾ Poderá ser necessária uma autorização prévia.	<p>\$0 copagamento por tratamento</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>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para o benefício preventivo de doenças cardiovasculares de terapia comportamental intensiva.</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>Não existe qualquer comparticipação, copagamento ou franquia que seja coberto/a uma vez a cada 5 anos para testes de doenças cardiovasculares.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p> Rastreio de cancro do colo do útero e vaginal Os serviços cobertos incluem: 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>	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para testes de Papanicolau e exames pélvicos cobertos pela Medicare.</p>
<p>Serviços quiropráticos* Os serviços cobertos incluem: Cobrimos apenas a manipulação manual da coluna vertebral para corrigir a subluxação</p> <p>*É necessário um encaminhamento para que os serviços sejam cobertos por este plano.</p>	<p>\$20 copagamento por visita.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p> Rastreio de cancro colorretal</p> <p>Para pessoas com 50 anos ou mais, estão cobertos os seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexível (ou rastreio 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>Rastreio 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 rastreio (ou rastreio 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 rastreio a cada 10 anos (120 meses), mas não no espaço de 48 meses após uma sigmoidoscopia de rastreio 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para um exame de rastreio do cancro colorretal coberto pela Medicare.</p> <p>Se uma colonoscopia de rastreio resultar em biopsia ou remoção de qualquer crescimento durante o procedimento, a repartição de custos para cirurgia ambulatória não será aplicada.</p> <p>As colonoscopias diagnósticas aplicarão o copagamento de teste diagnóstico ambulatório. Os rastreios de colonoscopia que excederem a permissão preventiva aplicarão o copagamento do teste diagnóstico.</p>
<p>Serviços de medicina dentária⁽¹⁾</p> <p>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> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>20 % comparticipação para serviços dentários cobertos</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
 <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. • 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 OneTouch Ultra® 2 ○ Mini Medidor OneTouch Ultra® 	<p>Não existe copagamento para os suprimentos de automonitorização de diabetes cobertos pelo OneTouch.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<ul style="list-style-type: none"> ○ Medidor de QI OneTouch Verio® ○ Medidor de Sincronização OneTouch Verio® ○ Medidor Reflect OneTouch Verio® <p><u>Tiras de teste OneTouch</u> Tiras de teste OneTouch Ultra® - caixas de tiras de 25, 50 ou 100 unidades Tiras de teste OneTouch Verio® - caixas de tiras de 25, 50 ou 100 unidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
<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.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Equipamento médico duradouro (DME) e suprimentos relacionados⁽¹⁾ (Para uma definição de "equipamento médico duradouro", consulte o Capítulo 12 deste folheto).</p> <p>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.</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 7, <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) do plano contratados pelo plano de equipamento médico duradouro.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>20 % comparticipação para cada equipamento médico duradouro coberto pela Medicare e suprimentos afins.</p>
<p>Cuidados de emergência</p> <p>Os cuidados de emergência referem-se aos serviços que são: Fornecidos por um prestador qualificado para fornecer serviços de emergência, e necessários para avaliar ou estabilizar uma condição médica de emergência.</p> <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</p>	<p>\$90 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</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>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>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 autorizados pelo plano e a seu encargo fica a repartição de custos que pagaria num hospital da rede.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p> Programas de educação para a saúde e o bem-estar <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> <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"> 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. 	<p>\$25 copagamento por visita.</p> <p>Poderá aplicar-se um copagamento separado do teste de audição para a visita.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <i>Teste de rotina coberto uma vez por ano quando fornecido por um provedor de planos.</i> 	<p><i>\$0 copagamento pelo teste de audição</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Cobertura de aparelho auditivo O nosso plano também cobre os seguintes benefícios suplementares não cobertos pela Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aparelho(s) auditivo(s): até 2 aparelhos auditivos a cada 3 anos</i> • <i>Colocação de aparelhos auditivo e avaliação: 1 a cada 3 anos por ouvido.</i> <p>As compras de aparelhos auditivos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>3 visitas de acompanhamento no primeiro ano após a data de colocação inicial</i> • <i>Período experimental de 60 dias a partir da data de colocação</i> • <i>60 pilhas por ano por aparelho (suprimento para 3 anos)</i> • <i>3 anos de garantia de reparação do fabricante</i> • <i>1 cobertura de substituição por aparelho auditivo perdido, roubado ou danificado (poderá aplicar-se uma franquia por aparelho)</i> <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>\$0 copagamento para a colocação do aparelho auditivo e avaliação (1 a cada 3 anos por ouvido):</i></p> <p><i>Aparelho auditivo:</i></p> <p><i>Paga</i> <i>\$200 por aparelho para</i> <i>Nível tecnológico de entrada</i></p> <p><i>\$375 por aparelho para</i> <i>Nível tecnológico básico</i></p> <p><i>\$675 por aparelho para</i> <i>Nível tecnológico principal</i></p> <p><i>\$1,275 por aparelho para</i> <i>Nível tecnológico avançado</i></p> <p><i>\$1,675 por aparelho para</i> <i>Nível tecnológico superior</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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>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><i>\$0 copagamento por serviços cobertos.</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> <p>Um exame de despistagem a cada 12 meses</p> <p>Para mulheres grávidas, cobrimos:</p> <p>Até três exames de despistagem durante uma gravidez</p>	<p>Não existe participação, copagamento ou franquias para os membros elegíveis para despistagem preventiva de VIH coberta pela Medicare.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Cuidados de saúde ao domicílio⁽¹⁾ 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 franquia 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>Cuidados de saúde ao domicílio não especializados⁽¹⁾ <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>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>\$0 copagamento</i></p> <p><i>A repartição de custos adicionais pode aplicar-se a determinados serviços recebidos durante a visita (p.ex., Equipamento Médico Duradouro).</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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 <p>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>	<p>20 % comparticipação para terapia de infusão domiciliar</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <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: 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</u></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 Core.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>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 <u>prognóstico</u> terminal, o seu custo para estes serviços depende da utilização ou não de um prestador na rede do nosso plano: 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> <p><u>Para serviços que são cobertos pelo BlueCHiP for Medicare Core, mas que não são cobertos pela Medicare Parte A ou B</u> O BlueCHiP for Medicare Core 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>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>	
<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>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>

Cuidados hospitalares em regime de internamento⁽¹⁾

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.

Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:

- 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 Advance 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.
- 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

\$180 copagamento por dia pelos dias 1 a 5.

\$0 copagamento pelos dias 6 e seguintes.

Está coberto por dias ilimitados em cada 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 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.

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.

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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>	

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Cuidados de saúde mental em regime de internamento⁽¹⁾ 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>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 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>\$180 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 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⁾ 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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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>
<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></p> <p><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 quando recebe estes serviços
<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 participação, 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 participação, copagamento ou franquias para o benefício do Programa de Prevenção de Diabetes Medicare (MDPP).</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Medicamentos prescritos da Medicare Parte B⁽¹⁾</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente não são auto-administrados pelo paciente e que são injetados ou administrados através de infusão enquanto recebe serviços médicos, ambulatoriais hospitalares ou de um centro cirúrgico ambulatorio • 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 imunossuppressores, 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 <p>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</p> <p>Cobrimos também algumas vacinas ao abrigo do nosso benefício da Parte D.</p> <p>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</p>	<p>20 % comparticipação para cada medicamento da Parte B coberto pela Medicare.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p><i>Conciliação de medicamentos</i> <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><i>\$0 copagamento para conciliação de medicamentos.</i></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 por visita</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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) têm múltiplos locais que realizam a maioria dos serviços/testes de laboratório em regime de ambulatorio. 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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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. 	<p>Não existe participação, copagamento ou franquia 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> <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"> 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>Se os serviços forem recebidos num centro ou visita a um consultório, a repartição de custos aplicável pode também aplicar-se.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Observação hospitalar ambulatoria</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 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>\$150 copagamento por visita</p>
<p>Serviços hospitalares ambulatorios⁽¹⁾</p> <p>Cobrimos os serviços clinicamente necessários que recebe no departamento ambulatório de um hospital para diagnóstico ou tratamento de uma doença ou lesão.</p> <p>Os serviços cobertos incluem, mas não estão limitados a:</p> <p>Os serviços num departamento de emergência ou clínica em regime de ambulatório, tais como serviços de observação ou cirurgia ambulatória</p>	<p>Por favor consulte os Cuidados de Emergência</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Testes de laboratório e de diagnóstico cobrados pelo hospital 	<p>Consulte, por favor, Testes e Laboratórios de Diagnóstico Ambulatorios</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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 Ambulatórios 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>
<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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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>
<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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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> <ol style="list-style-type: none"> 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 2. TELEFONE: 866-304-2138 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><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><i>O plano irá fornecer até \$50 de crédito por trimestre.</i></p> <p><i>O crédito trimestral ou o subsídio não utilizado não transitará de trimestre para trimestre.</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>	<p>\$50 copagamento por dia</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p><i>Serviços de recuperação de pares⁽¹⁾</i> <i>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.</i></p> <p><i>⁽¹⁾Poderá ser necessária uma autorização prévia.</i></p>	<p><i>\$0 copagamento por visita</i></p>

<p>Serviços médicos/clínicos, incluindo visitas aos consultórios médicos^{(1)*} 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 ambulatorio certificado, departamento hospitalar ambulatorio 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) <i>ou</i> especialista, se o seu médico lhe pedir para ver se necessita de tratamento médico • Determinados serviços de telessaúde adicionais, incluindo: 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.drsonline.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 • 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 	<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 ambulatorio.</p> <p>Visitas de médicos virtuais (Telemedicina): \$0 copagamento por visitas de telemedicina</p>
--	---

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<ul style="list-style-type: none"> 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 comparticipação, 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>
<p>Serviços de podologia*</p> <p>Os serviços cobertos incluem:</p> <p>O diagnóstico e o tratamento médico ou cirúrgico de lesões e doenças dos pés (tais como dedo do pé em martelo ou esporão calcâneo).</p> <p>Cuidados de rotina com os pés para membros com certas condições médicas que afetam os membros inferiores.</p> <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 ambulatório.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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 ambulatória 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.)</i> <p><i>*É necessário um encaminhamento para que os serviços sejam cobertos por este plano.</i></p>	<p><i>\$25 copagamento por visita.</i></p>
<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>
<p>Teste do antígeno específico da próstata (PSA)</p>	<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 quando recebe estes serviços
<p>Dispositivos protéticos e suprimentos relacionados⁽¹⁾</p> <p>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) do plano contratados pelo plano de equipamento médico duradouro. O equipamento médico duradouro e os suprimentos que são obtidos de prestadores não pertencentes 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 % comparticipação 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 tratamento</p>
<p> Rastreo e aconselhamento para reduzir o abuso do álcool</p> <p>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 quatro 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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p> Rastreio do cancro do pulmão com tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT) Para indivíduos que se qualificam, 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 rastreio 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 rastreio inicial da tomografia computadorizada em dose baixa (LDCT):</i> o membro deve receber uma ordem escrita para o rastreio 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 rastreio 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 participação, 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>
<p> Rastreio 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.</p> <p>Cobrimos também até duas 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 participação, 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>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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>\$10 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>
<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 Core 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 • 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>\$0 copagamento por dia pelos dias 1– 20.</p> <p>\$130 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 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>
---	--

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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> 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><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>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 quando recebe estes serviços
<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). 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>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>\$0 copagamento por tratamento.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Transporte <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 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. • As viagens podem ser reservadas com até 6 meses de antecedência. <p><i>Tem 2 formas de marcar o seu transporte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Online, em: bcbsri.kaizenhealth.org ○ Por telefone, ligando para 1-833-972-2774 <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><i>\$0 copagamento por viagem</i></p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<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 cobertos estão 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 cuidados urgentes recebidos num consultório de um prestador, 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 Medicare não cobre os exames oftalmológicos de rotina (refrações oculares) para óculos/lentes de contacto. 	<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"> 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>\$0 copagamento</p> <p>Pode aplicar-se um copagamento de consultório em separado.</p>

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<ul style="list-style-type: none"> Para pessoas com diabetes, o rastreio da retinopatia diabética está coberto uma vez por ano. 	<p>\$0 copagamento</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>\$0 copagamento</p>
<ul style="list-style-type: none"> <i>O exame oftalmológico anual é coberto quando prestado por um prestador do plano</i> 	<p>\$0 copagamento</p> <p>Pode aplicar-se um copagamento de consultório em separado.</p>
<p><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>	<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>
<p> Visita preventiva "Bem-vindo à Medicare"</p> <p>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". 	<p>Não existe comparticipação, copagamento ou franquia para a visita preventiva "Bem-vindo à Medicare".</p>

Secção 2.2 Benefícios extra "suplementares opcionais" que pode adquirir

O nosso plano oferece alguns benefícios extra que não estão cobertos pelo Original Medicare e não incluídos no seu pacote de benefícios enquanto membro do plano. Estes benefícios extra são denominados de "**Benefícios Suplementares Opcionais**". Se desejar estes benefícios suplementares opcionais, deverá inscrever-se neles e poderá ter de pagar um prémio adicional pelos mesmos. Os benefícios suplementares opcionais descritos nesta secção estão sujeitos ao mesmo processo de recurso que quaisquer outros benefícios.

Os Benefícios Suplementares Opcionais só são oferecidos aos membros que tenham adquirido a cobertura médica BlueCHiP for Medicare.

Prémio

O BlueCHiP for Medicare Dental é um pacote opcional de benefícios suplementares para além do que é exigido pela Medicare. É-lhe oferecido por um prémio mensal de plano de \$19,60. Isto acresce a qualquer prémio de plano que possa ter para o seu plano Medicare Advantage.

Quando deve inscrever-se

Pode inscrever-se no BlueCHiP para Medicare Dental durante o Período Anual de Inscrição, Período Especial de Eleições, ou quando selecionar pela primeira vez a cobertura médica BlueCHiP for Medicare. As datas efetivas são as mesmas de quando a cobertura médica é efetiva.

Como deve inscrever-se

Se for um membro novo no BlueCHiP for Medicare, deve completar o pedido de inscrição ao inscrever-se na cobertura médica e escolher o suplemento dentário adicional.

Se for um membro atual do BlueCHiP for Medicare, deve preencher o formulário de seleção do plano e escolher o suplemento dentário adicional durante o Período Anual de Inscrição (AEP).

Cancelar a inscrição

Pode cancelar a inscrição do BlueCHiP for Medicare Dental em qualquer altura do ano, com um aviso prévio de 30 dias, ligando para a Equipa de Concierge da Medicare ou enviando por correio ou fax uma carta assinada a solicitar o cancelamento da inscrição. Os pedidos de cancelamento recebidos até ao último dia do mês entrarão em vigor no primeiro dia do mês seguinte. Os membros serão responsáveis pelo pagamento do prémio do Plano Suplementar Opcional do mês seguinte se o pedido de cancelamento for recebido após o último dia do mês corrente. O cancelamento de um Plano Suplementar Opcional não resultará no cancelamento do seu plano de saúde. Não lhe será cobrado qualquer prémio adicional depois de ter cancelado a sua inscrição e se tiver por meses adicionais, receberá um reembolso.

Se tiver um procedimento em curso no momento da rescisão do seu sistema adicional, o seu Consultório Odontológico completará o procedimento. Se cancelarmos o contrato do seu Consultório Odontológico, ou se o seu Consultório Odontológico cancelar o contrato deles connosco, podemos ajudá-lo na seleção de um novo dentista participante.

O não pagamento dos prémios do plano do BlueCHiP for Medicare Dental não resultará no cancelamento do BlueCHiP for Medicare, apenas na perda do suplemento adicional opcional. Se estiver a pagar menos pelo seu prémio mensal (inclui o serviço médico e dentário), o prémio será primeiramente aplicado à sua cobertura médica.

Se cancelar a inscrição, voluntária ou involuntariamente, não poderá voltar a inscrever-se até ao próximo Período Anual de Inscrição e o prémio do seu plano deverá ser pago até à data. Quaisquer prémios pendentes terão de ser pagos na totalidade para que possa ser novamente inscrito no plano.

Benefícios do BlueCHiP for Medicare Dental

Com este plano, obtém serviços de prevenção, incluindo radiografias, limpezas de rotina e exames. Os serviços dentários cobertos estão sujeitos às limitações e exclusões descritas neste suplemento dentário adicional. Os Serviços Dentários descritos nesta secção são Serviços Dentários Cobertos quando tais serviços são prestados por um dentista na rede.

Não se aplicam períodos de espera aos serviços cobertos.

Prémio mensal de plano para o suplemento dentário adicional	\$19,60
Ano Civil Máximo	\$1,000
Franquia	Sem franquia

Serviços cobertos para si	O que deve pagar quando recebe estes serviços
<p>Serviços Preventivos: Exames de Serviços Preventivos/Diagnósticos Um 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).</p> <p>Limpezas (profilaxia) 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).</p>	\$0 copagamento.
<p>Radiografias dentárias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um conjunto de radiografias de flanco de mordida por ano civil. • Conjunto de radiografias de boca inteira ou radiografia panorâmica uma vez a cada cinco anos. • Radiografias periapicais individuais, conforme necessário, até um máximo de quatro (4) por ano. <p>(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).</p>	\$0 copagamento.

<p>Serviços Dentários Abrangentes:</p> <p>Enchimentos – 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, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2951 estarão cobertos para os serviços acima referidos).</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>	50 % comparticipação
<p>Benefício dentário máximo anual: \$1,000 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.</p>	

Para mais informações, por favor contacte a Equipa de Concierge da Medicare através do número indicado na contracapa deste folheto.

Como escolher um dentista da rede

Basta seleccionar um dentista da secção Dentária (não da secção médica) do Diretório de Prestadores. O dentista da rede prestará a maioria dos serviços, quer diretamente, quer através de um higienista dentário licenciado. Consultar um dentista especializado da rede não requer o encaminhamento do seu dentista da rede habitual, mas encorajamo-lo a consultar o seu dentista primeiro. Se precisar de um Diretório de Prestadores ou quiser o nome de um dentista da rede, por favor consulte a nossa página, em www.BCBSRI.com/Medicare, ou contacte a Equipa de Concierge da Medicare.

Depois de ter escolhido um dentista da rede, basta telefonar e marcar a sua consulta. Certifique-se de que indica no consultório a que plano de saúde pertence e mostre o seu cartão de identificação de membro na consulta.

Não somos responsáveis pela disponibilidade ou participação contínua de qualquer dentista da rede. A compra deste suplemento adicional não garante que obterá quaisquer serviços dentários de qualquer dentista em particular. Se estiver a utilizar um dentista da rede, confirme sempre a participação do dentista na rede antes de receber os cuidados. Se cancelarmos o contrato de um dentista da rede, ou se um dentista da rede cancelar o contrato dele conosco, tem a liberdade de escolher outro dentista da rede para os seus cuidados.

Somente os serviços dentários cobertos serão cobertos ao abrigo deste plano BlueCHiP for Medicare Dental. Deve pagar todas as taxas por serviços não cobertos ao dentista, no momento do serviço. **É da sua responsabilidade compreender a sua cobertura dentária e utilizar adequadamente os seus benefícios dentários.** Os dentistas da rede podem pedir-lhe que assine um documento de consentimento informado, com informação detalhada dos riscos, benefícios dentários, custos e alternativas a todos os tratamentos recomendados. Na realização dos tratamentos dentários recomendados, os resultados nem sempre podem ser previstos com precisão. Por vezes, durante um procedimento específico, pode ser necessária uma alteração imediata no tratamento. Nestes casos, o dentista da rede deve decidir sobre os cuidados contínuos que são do seu melhor interesse. Após o procedimento, é obrigação do dentista da rede explicar detalhadamente por que razão estas mudanças de tratamento foram necessárias e explicar-lhe as diferenças de custos, se existirem.

Dentista fora da rede

Os serviços de um dentista fora da rede não serão cobertos pelo BlueCHiP for Medicare Dental. Por favor, verifique com o seu dentista se ele está na rede antes de os serviços serem prestados. Quaisquer serviços prestados por um dentista fora da rede serão da responsabilidade do membro e serão cobrados diretamente do dentista.

Reclamações

Na maioria dos casos, o dentista participante submeterá as reclamações diretamente ao BlueCHiP for Medicare dos seus cuidados. Se receber uma reclamação por serviços que não tenham sido apresentados ao BlueCHiP for Medicare, pode enviá-la para:

United Concordia
Dental Claims Administrator
P.O. Box 69427
Harrisburg, PA 17106-9427

SECÇÃO 3 Que serviços não estão cobertos pelo plano?

Secção 3.1	Serviços que <i>não</i> 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 7, 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.

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.	✓	
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>
Calçado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>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.</p>

Serviços não cobertos pela Medicare	Não cobertos sob quaisquer condições	Coberto apenas sob condições específicas
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 suprimentos de contraceptivos não prescritos.	✓	
Acupuntura		✓
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

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

Capítulo 5. Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos

SECÇÃO 1	Situações em que nos pode pedir que paguemos a nossa parte dos custos dos seus serviços	100
Secção 1.1	Se pagar a parte do custo do nosso plano dos seus serviços cobertos ou se receber uma conta, pode pedir-nos o pagamento dessa parte	100
SECÇÃO 2	Como pedir-nos que lhe paguemos ou que paguemos uma conta que tenha recebido	101
Secção 2.1	Como e para onde nos enviar o seu pedido de pagamento.....	101
SECÇÃO 3	Consideraremos o seu pedido de pagamento e responderemos afirmativamente ou não	102
Secção 3.1	Verificamos se devemos cobrir o serviço e quanto devemos.....	102
Secção 3.2	Se lhe dissermos que não pagaremos a totalidade ou parte dos cuidados médicos, pode fazer recorrer.....	102

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

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

Por vezes, quando receber cuidados médicos, 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 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 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.)

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 7 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

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 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 estão cobertos e se seguir todas as regras para obter os cuidados, pagaremos a nossa parte dos custos. Se já tiver pago o serviço, enviar-lhe-emos pelo correio o reembolso da nossa parte do custo. Se ainda não tiver pago o serviço, enviaremos o pagamento diretamente ao prestador. (O Capítulo 3 explica as regras que deve seguir para obter a cobertura dos seus serviços médicos)
- Se decidirmos que os cuidados médicos *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, 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 7 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 7. 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 5.3 para saber como interpor um recurso sobre como ser reembolsado por um serviço médico.

CAPÍTULO 6.

Os seus direitos e responsabilidades

Capítulo 6. Os seus direitos e responsabilidades

SECÇÃO 1	O nosso plano deve honrar os seus direitos enquanto membro do plano	105
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.)	105
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.)	105
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.)	106
Secção 1.2	Temos de garantir que recebe atempadamente acesso aos seus serviços cobertos	106
Secção 1.3	Devemos proteger a privacidade da sua informação pessoal sobre a saúde...	107
Secção 1.4	Devemos fornecer-lhe informações sobre o plano, a sua rede de prestadores e os seus serviços cobertos	108
Secção 1.5	Devemos apoiar o seu direito a tomar decisões sobre os seus cuidados	109
Secção 1.6	Tem o direito a apresentar reclamações e a pedir-nos que reconsideremos as decisões que tomámos	110
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?	111
Secção 1.8	Como obter mais informações sobre os seus direitos	111
SECÇÃO 2	Tem algumas responsabilidades enquanto membro do plano	112
Secção 2.1	Quais são as suas responsabilidades?	112

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 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.

Se considera que não está a receber os seus cuidados médicos num período de tempo razoável, o Capítulo 7, Secção 9 deste folheto diz o que pode fazer. (Se tivermos negado cobertura dos seus cuidados médicos e não concordar com a nossa decisão, o Capítulo 7, 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. 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 Core, 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.**
 - Por exemplo, tem o direito a obter informações da nossa parte sobre as qualificações dos prestadores 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 informações mais detalhadas sobre os nossos prestadores, 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.
 - 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 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 de um prestador fora da rede.
 - Se não estiver satisfeito ou se discordar de uma decisão que tomemos sobre os cuidados médicos, 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 7 deste folheto. Fornece-lhe os detalhes sobre como recorrer se quiser que alteremos a nossa decisão. (O Capítulo 7 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, consulte o Capítulo 5 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.
- **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. Claro que, se recusar tratamento, 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 7 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 7 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 (SHIP)**. 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 Protecções 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.
- **Se tiver qualquer outra cobertura de seguro de saúde para além do nosso plano, ou uma cobertura de medicamentos prescritos separada, 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 que recebe do nosso plano com quaisquer outros benefícios 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 7.)
- **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.
- **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:
 - 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 alguns dos seus serviços médicos cobertos pelo plano, deve pagar a sua parte do custo quando recebe o serviço. Este será um copagamento (um montante fixo) ou comparticipação (uma percentagem do custo total). O Capítulo 4 informa sobre o que deve pagar pelos seus serviços médicos.
- Se receber serviços médicos 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, pode recorrer. Por favor consulte o Capítulo 7 deste folheto para obter informações sobre como recorrer.
- **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 7

O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação (decisões de cobertura, recursos, reclamações)

Capítulo 7. O que fazer se tiver um problema ou uma reclamação **(decisões de cobertura, recursos, reclamações)**

SECÇÃO 1	Introdução.....	117
Secção 1.1	O que fazer se tiver um problema ou preocupação	117
Secção 1.2	E quanto aos termos legais?	117
SECÇÃO 2	Pode obter ajuda de organizações governamentais que não estão ligadas a nós	118
Secção 2.1	Onde obter mais informações assistência personalizada.....	118
SECÇÃO 3	Para lidar com o seu problema, que processo deve utilizar?	118
Secção 3.1	Deverá utilizar o processo para decisões de cobertura e recursos? Ou deve utilizar o processo para fazer reclamações?.....	118
DECISÕES DE COBERTURA E RECURSOS		119
SECÇÃO 4	Um guia para as noções básicas das decisões de cobertura e recursos..	119
Secção 4.1	Pedir decisões de cobertura e interpor recursos: o quadro geral	119
Secção 4.2	Como obter ajuda quando se pede uma decisão de cobertura ou se interpõe um recurso	120
Secção 4.3	Que secção deste capítulo fornece os pormenores da <u>sua</u> situação?	121
SECÇÃO 5	Os seus cuidados médicos: Como pedir uma decisão de cobertura ou interpor um recurso.....	121
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.....	122
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)	123
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)...	126
Secção 5.4	Passo-a-passo: Como é feito um Recurso de Nível 2.....	129
Secção 5.5	E se nos pedir que lhe paguemos a nossa parte de uma conta que recebeu por cuidados médicos?.....	131
SECÇÃO 6	Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado.....	132
Secção 6.1	Durante o seu internamento hospitalar, receberá um aviso escrito da Medicare que informa sobre os seus direitos	133

Secção 6.2	Passo-a-passo: Como fazer um Recurso de Nível 1 para alterar a data da sua alta hospitalar	134
Secção 6.3	Passo-a-passo: Como fazer um Recurso de Nível 2 para alterar a data da sua alta hospitalar	137
Secção 6.4	E se falhar o prazo para interpor o seu Recurso de Nível 1?.....	138
SECÇÃO 7	Como nos pedir que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo	141
Secção 7.1	<i>Esta secção trata apenas de três <u>serviços</u>: Cuidados de saúde domiciliários, cuidados em centro de enfermagem especializado e serviços em Centro Abrangente de Reabilitação em Ambulatório (CORF)</i>	141
Secção 7.2	Dir-lhe-emos antecipadamente quando terminará a sua cobertura.....	141
Secção 7.3	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	142
Secção 7.4	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	144
Secção 7.5	E se falhar o prazo para interpor o seu Recurso de Nível 1?.....	145
SECÇÃO 8	Levar o seu apelo para o Nível 3 e posteriores.....	148
Secção 8.1	Níveis de Recurso 3, 4, e 5 para Pedidos de Serviços Médicos	148
APRESENTAR RECLAMAÇÕES		150
SECÇÃO 9	Como fazer uma reclamação sobre a qualidade dos cuidados, tempos de espera, serviço ao cliente e outras preocupações	150
Secção 9.1	Que tipos de problemas são tratados pelo processo de reclamação?	150
Secção 9.2	O nome formal para "apresentar uma reclamação" é "apresentar uma queixa".	152
Secção 9.3	Passo-a-passo: Apresentar uma reclamação	152
Secção 9.4	Também pode apresentar reclamações sobre a qualidade dos cuidados à Organização para a Melhoria da Qualidade	153
Secção 9.5	Também pode informar a Medicare sobre a sua reclamação	154

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 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 9** 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, 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. 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 você considere necessários.

Por outras palavras, se quiser saber se iremos cobrir um serviço médico antes de o receber, pode pedir-nos que tomemos uma decisão de cobertura para si.

Estamos a tomar uma decisão de cobertura para si sempre que decidimos o que está coberto para si e quanto pagamos. Em alguns casos podemos decidir que um serviço não está coberto ou já não está coberto pela Medicare para si. Se discordar desta decisão de cobertura, pode recorrer.

Interpor um recurso

Se tomarmos uma decisão de cobertura e não estiver satisfeito com esta decisão, pode "recorrer" da decisão. Um recurso é um modo formal de nos pedir que façamos a análise e alteração de uma decisão de cobertura tomada.

Quando recorre de uma decisão pela primeira vez, chama-se Recurso de Nível 1. Neste recurso, analisamos a decisão de cobertura que tomámos para verificar se estávamos a seguir corretamente todas as regras. O seu recurso é tratado por avaliadores diferentes daqueles que tomaram a decisão original desfavorável. Quando tivermos concluído a análise, transmitimos-lhe a nossa decisão. Em determinadas circunstâncias, que discutimos mais tarde, pode solicitar uma decisão de cobertura célere ou "decisão de cobertura rápida" ou um recurso rápido de uma decisão de cobertura.

Se dissermos não a todo ou parte do seu Recurso de Nível 1, o seu caso passará automaticamente para um Recurso de Nível 2. O Recurso de Nível 2 é conduzido por uma Organização de Análise Independente que não está ligada a nós. Se não estiver satisfeito com a decisão no Recurso de Nível 2, poderá continuar através de níveis adicionais de recurso.

Secção 4.2	Como obter ajuda quando se pede uma decisão de cobertura ou se interpõe um recurso
-------------------	---

Gostaria de obter ajuda? Aqui estão os recursos que poderá querer utilizar se decidir solicitar qualquer tipo de decisão de cobertura ou de recurso:

- Pode **contactar-nos através da Equipa de Concierge da Medicare** (os números de telefone estão impressos na contracapa deste folheto).
- Pode obter ajuda gratuita do seu Programa de Assistência ao Seguro de Saúde do Estado (SHIP) (consulte a Secção 2 deste capítulo).
- **O seu médico pode fazer um pedido por si.** Para cuidados médicos ou medicamentos prescritos da Parte B, o seu médico pode solicitar uma decisão de cobertura ou um Recurso de Nível 1 em seu nome. Se o seu recurso for negado no Nível 1, será automaticamente encaminhado para o Nível 2. Para solicitar qualquer recurso após o Nível 2, o seu médico 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 agir 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 três 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: "Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado cedo"
- **Secção 7** 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 7, Secção 6: *Como nos pedir para cobrir um internamento mais longo se achar que o médico lhe está a dar alta demasiado cedo.*
 - Capítulo 7, Secção 7: *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 9 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 9 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 9 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 9 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.
- 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 9 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*.
- **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.bcsri.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 for cobrada uma taxa, insira:* Estamos autorizados a cobrar uma taxa por copiar e enviar esta informação para si.]
 - 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 9 deste capítulo.)

- 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 connosco 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").
 - 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 8 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 5 deste folheto: *Pedir que paguemos a nossa parte de uma conta que tenha recebido por serviços médicos*. O Capítulo 5 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 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 6.1	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 6.2 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 6.2

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 (SHIP), 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 6.4.

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, chamar-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 ver um exemplo de aviso online, em <https://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 **poderá 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 6.3	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 8 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 6.4

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 6.2, 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 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 9 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 8 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 7 **Como nos pedir que continuemos a cobrir determinados serviços médicos se considerar que a sua cobertura está a terminar demasiado cedo**

Secção 7.1	<i>Esta secção trata apenas de três <u>serviços</u>:</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 10, *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 10, *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 7.2	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 7.3

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 9 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 (SHIP), 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 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, chamar-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.
- 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 7.4

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 8 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

Secção 7.5

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 7.3, 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 dissermos 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 dissermos 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 9 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 8 deste capítulo fornece mais informações sobre os níveis 3, 4, e 5 do processo de recurso.

SECÇÃO 8 Levar o seu apelo para o Nível 3 e posteriores

Secção 8.1 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.

APRESENTAR RECLAMAÇÕES**SECÇÃO 9 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 9.1 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?
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?

Reclamação	Exemplo
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?
Oportunidade (Estes tipos de reclamações estão todos relacionados com a <i>oportunidade</i> das nossas ações relacionadas com decisões de cobertura e recursos)	<p>O processo de pedir uma decisão de cobertura e de apresentar recursos é explicado nas Secções 4-8 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, 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 9.2

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 9.3

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 9.4	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).
 - 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 9.5

Também pode informar a Medicare sobre a sua reclamação

Pode apresentar uma reclamação sobre o BlueCHiP for Medicare Core 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 8

Terminar a sua adesão ao plano

Capítulo 8. Terminar a sua adesão ao plano

SECÇÃO 1	Introdução.....	157
Secção 1.1	Este capítulo centra-se no fim da sua adesão ao nosso plano	157
SECÇÃO 2	Quando pode terminar a sua adesão ao nosso plano?.....	157
Secção 2.1	Pode terminar a sua adesão durante o Período Anual de Inscrição	157
Secção 2.2	Pode terminar a sua adesão durante o Período de Inscrição Aberta Medicare Advantage.....	158
Secção 2.3	Em determinadas situações, pode terminar a sua inscrição durante um Período Especial de Inscrição	158
Secção 2.4	Onde pode obter mais informações sobre quando pode terminar a sua adesão?.....	159
SECÇÃO 3	Como pode terminar a sua adesão ao nosso plano?	159
Secção 3.1	Por norma, termina a sua adesão inscrevendo-se noutro plano.....	159
SECÇÃO 4	Até ao fim da sua adesão, deve continuar a obter os seus serviços médicos através do nosso plano	160
Secção 4.1	Até ao fim da sua adesão, continua a ser membro do nosso plano	160
SECÇÃO 5	O BlueCHiP for Medicare Core deve terminar a sua adesão ao plano em determinadas situações	161
Secção 5.1	Quando devemos terminar a sua adesão ao plano?	161
Secção 5.2	<u>Não</u> podemos pedir-lhe que abandone o nosso plano por qualquer razão relacionada com a sua saúde	161
Secção 5.3	Tem o direito de apresentar uma reclamação se terminarmos a sua adesão ao nosso plano	162

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 Core 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.
- **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 Core 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 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).
- **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.
- **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.

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:
Outro plano de saúde da Medicare.	Inscriver-se no novo plano de saúde da Medicare. Será automaticamente removido do BlueCHiP for Medicare Core quando a cobertura do seu novo plano começar.
Original Medicare <i>com</i> um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.	Inscriver-se no novo plano de medicamentos prescritos da Medicare. Será automaticamente removido do BlueCHiP for Medicare Core quando a cobertura do seu novo plano começar.
Original Medicare <i>sem</i> um plano de medicamentos prescritos da Medicare separado.	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 Core quando a cobertura do Original Medicare começar.

SECÇÃO 4 Até ao fim da sua adesão, deve continuar a obter os seus serviços médicos 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 Core, 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 através do nosso plano.

- **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 Core 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 Core 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 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.

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 Core 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 7, Secção 9 para obter informações sobre como apresentar uma reclamação.

CAPÍTULO 9

Avisos legais

Capítulo 9. Avisos legais

SECÇÃO 1	Aviso sobre o direito aplicável.....	165
SECÇÃO 2	Aviso sobre a não-discriminação	165
SECÇÃO 3	Aviso sobre os direitos de subrogação do Pagador Secundário da Medicare	165
SECÇÃO 4	Aviso de Cálculo de Responsabilidade de Membro	166
SECÇÃO 5	Aviso sobre Práticas de Privacidade	166

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.

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 10

Definições de palavras importantes

Capítulo 10. 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 a obtenção de serviços. 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.

Benefícios Suplementares Opcionais – Benefícios não cobertos pela Medicare que podem ser comprados para um prémio adicional e que não estão incluídos no seu pacote de benefícios. Se optar por ter benefícios suplementares opcionais, poderá ter de pagar um prémio adicional. Deve eleger voluntariamente Benefícios Suplementares Opcionais, a fim de os obter.

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.

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.

Cobertura de medicamentos prescritos – O BlueCHIP for Medicare Core não oferece a cobertura de medicamentos prescritos do Medicare Parte D. Todas as pessoas que tiverem Medicare Parte A e Parte B são elegíveis para aderir a qualquer plano de saúde da Medicare que esteja disponível na sua área, exceto as pessoas com Doença Renal em Fase Final (a menos que se apliquem determinadas exceções).

Comparticipação – Um montante que lhe poderá ser exigido como parte do custo dos serviços após o pagamento de 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 uma prescrição. Um copagamento é um montante fixo, em vez de uma percentagem. Por exemplo, poderá pagar \$10 ou \$20 por uma visita médica ou receita médica.

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.

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 recebidos é também referido como o requisito de custos "por inteiro" do membro.

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 7 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.

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 Core, 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 antes de o nosso plano começar a pagar.

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".

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.

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 ou de 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).

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. Os prémios do Medicare Parte A e Parte B não contam para o montante máximo 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.)

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 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 três meses antes do mês em que faz 65 anos, inclui o mês em que faz 65 anos e termina três meses após o mês em que faz 65 anos.

Plano da Organização de Prestadores Preferenciais (PPO) – Um plano da Organização de Prestadores Preferenciais é um Plano Medicare Advantage que tem uma rede de prestadores contratados que concordaram em tratar os membros do plano por um montante de pagamento especificado. Um plano PPO deve cobrir todos os benefícios do plano, quer sejam recebidos de prestadores da rede ou fora da rede. A repartição de custos pelos membros será geralmente mais elevada quando os benefícios do plano forem recebidos de prestadores fora da rede. Os planos PPO têm um limite anual para os seus custos por inteiro para serviços recebidos de prestadores (preferenciais) da rede e um limite mais elevado para os seus custos por inteiro totais combinados para serviços, tanto de prestadores (preferenciais) da rede, como de prestadores (não-preferenciais) fora da rede.

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 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**. O BlueCHiP for Medicare Core não oferece a 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.

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.

Queixa – Um tipo de queixa que faz sobre nós, 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 pagamento por serviços 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 artigo ou serviço que acha que deve poder receber. O Capítulo 7 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 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 serem cobertos; (2) qualquer montante fixo de "copagamento" que um plano exija quando um serviço específico for recebido; ou (3) qualquer montante de "comparticipação", uma percentagem do montante total pago por um serviço que um plano exija quando um serviço específico for recebido.

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. A Equipa de Concierge da Medicare

Subsídio de Baixo Rendimento (LIS) – Consulte "Ajuda Extra".

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) Senior Health Insurance Program (Programa de Seguro de Saúde Sénior) 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.