



Bem-vindo à
comunidade.

Manual para Associados Rhode Island Medicaid



Onde pode encontrar as informações de que precisa

Números de telefone importantes.

HealthSource RI	1-855-840-4774
Departamento de Serviços Humanos RI	1-855-697-4347
UnitedHealthcare Dental/RIte Smiles	1-866-375-3257
Autoridade Pública de Trânsito RI (RI Public Transit Authority, RIPTA)	401-784-9500, ext. 2012
Agente de Transporte Não Urgente	1-855-330-9131
Linha de apoio ao consumidor para Recursos de Seguros, Educação e Assistência RI (RIREACH)	1-855-747-3224
Serviços Jurídicos RI	401-274-2652

Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan: 1-800-587-5187, TTY 711 das 8:00 às 18:00, segunda a sexta-feira

O meu Prestador de Cuidados Primários.

Nome: _____

Telefone: _____

Morada: _____

Se tivermos qualquer alteração significativa às informações que se encontram neste Manual para Associados, iremos informá-lo pelo menos 30 dias antes de efetuarmos a alteração. O que está incluído podem ser alterações nos seus benefícios e como pode obtê-los.



- 5 Destaques do plano de saúde**
 - 5 Bem-vindo
 - 5 Como funciona a gestão de cuidados
 - 7 Cartões de identificação de associado
 - 8 Atualizar as suas informações
 - 9 Serviço de Apoio a Associados**
 - 10 Falamos a sua língua
 - 10 Precisa de material impresso noutros formatos?
-



- 11 Ir ao médico**
- 11 O seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família)**
- 11 Escolher o seu Médico de família
- 12 Mudar de Médico de família
- 13 Obtenção de cuidados**
- 13 Marcar uma consulta no seu Médico de família
- 13 Check-ups anuais
- 13 Cuidados de especialidade e encaminhamentos
- 15 Cuidados urgentes
- 15 Serviços de urgência
- 16 Rastreio, diagnóstico e tratamento precoce e periódico (RDTPP)
- 16 Serviços de saúde comportamental
- 17 Odontologia
- 17 Disponibilidade de consultas
- 18 Programas especiais para se manter saudável
- 18 Obter uma segunda opinião
- 18 Cuidados fora da rede/fora da área
- 19 Autorizações prévias
- 19 Transporte médico não urgente



- 20 Farmácia**
- 20 Medicamentos sujeitos a receita médica
- 20 Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)
- 21 Medicamentos injetáveis
- 21 Farmácia obrigatória
- 21 Benefício dos 90 dias



- 22 Benefícios**
- 22 Benefícios abrangidos**
- 22 Benefícios do seu plano
- 28 Benefícios do RI Medicaid
- 29 Benefícios do Planeamento Familiar Alargado
- 30 Programa de Planeamento Familiar Alargado
- 32 Serviços fora da rede**
- 32 Serviços não cobertos**



- 33 Outros detalhes do plano**
- 33 Direitos e responsabilidades dos associados**
- 34 Testamento vital**
- 35 Reclamações, queixas e recursos**
- 39 Programa de qualidade**
- 40 Outras informações do plano de saúde**
- 40 Como anular a adesão ao UnitedHealthcare Community Plan
- 40 Coordenação de Benefícios (CdB)
- 40 Gestão da utilização
- 41 Caso receba uma fatura pelos serviços
- 41 Avaliação de novas tecnologias
- 41 CurrentCare®
- 42 Base de dados de reclamação de todos os associados pagantes de Rhode Island
- 42 Fraude, desperdício e abuso**
- 43 Paridade**
- 44 Definições**
- 47 Avisos do Plano de Saúde Sobre Práticas de Confidencialidade**



Plano de Saúde Destaques

Bem-vindo ao UnitedHealthcare Community Plan

Estamos satisfeitos que tenha aderido ao UnitedHealthcare Community Plan. Este manual será o seu guia para o conjunto completo de serviços de cuidados de saúde que poderá obter. Queremos garantir que tem um bom início como novo associado. Para o conhecermos melhor, iremos entrar em contacto consigo nas próximas duas a três semanas. Pode fazer-nos quaisquer perguntas que tenha ou pode obter ajuda para marcar consultas. No entanto, se precisar de falar connosco antes de entrarmos em contacto consigo, telefone-nos para **1-800-587-5187, TTY 711**.

Como funciona a gestão de cuidados

O plano, os prestadores e o associado.

- Pode já ter ouvido falar nas alterações nos cuidados de saúde. Muitos consumidores obtêm benefícios de saúde através da gestão de cuidados, que proporciona um ponto central para os seus cuidados. Se obtinha serviços de saúde comportamental utilizando o seu cartão Medicaid, muitos desses serviços estão agora disponíveis através do UnitedHealthcare Community Plan.
- O UnitedHealthcare Community Plan tem um contrato com o Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) de Rhode Island para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde das pessoas com Medicaid. Por sua vez, escolhemos um grupo de prestadores de cuidados de saúde para nos ajudar a satisfazer as suas necessidades. Estes médicos e especialistas, hospitais, laboratórios e outras instalações de cuidados de saúde constituem a nossa rede de prestadores. Irá encontrar uma lista no nosso Diretório de Prestadores. Se não tiver um Diretório de Prestadores, contacte o número **1-800-587-5187, TTY 711** para obter uma cópia ou consulte o nosso website **UHCCommunityPlan.com**.
- Quando se torna associado do UnitedHealthcare Community Plan, um dos nossos prestadores irá cuidar de si. A maior parte do tempo, essa pessoa será o seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família). Se precisar de realizar um teste, consultar um especialista ou ir ao hospital, o seu Médico de família irá agendar.
- Se precisar de falar com o seu Médico de família fora do horário de funcionamento ou aos fins-de-semana, deixe uma mensagem e diga como é possível entrar em contacto consigo. O seu Médico de família, ou o prestador que o/a está a substituir, irá entrar em contacto consigo assim que possível.

Confidencialidade

Respeitamos o seu direito à privacidade. O UnitedHealthcare Community Plan compreende a confiança necessária entre o associado, a sua família, os médicos e outros prestadores de cuidados. O UnitedHealthcare Community Plan nunca irá facultar-lhes as suas informações clínicas ou de saúde comportamental sem a sua aprovação por escrito. As únicas pessoas que terão a sua informação de saúde serão o UnitedHealthcare Community Plan, o seu Prestador de Cuidados Primários, outros prestadores que possam prestar-lhe cuidados e qualquer pessoa a quem possa ter pedido para falar sobre os seus cuidados por si. O seu Médico de família irá sempre falar consigo sobre o encaminhamento para outros prestadores. A equipa do UnitedHealthcare Community Plan teve formação para manter a sua informação privada.

Transição de cuidados

O UnitedHealthcare Community Plan é responsável por garantir que todos os seus associados podem continuar a obter os cuidados de que necessitam. Poderá continuar a obter cuidados do seu prestador durante 180 dias após se tornar associado do UnitedHealthcare Community Plan. Poderá consultar o seu prestador, mesmo que este não faça parte da nossa rede. Após este período, o UnitedHealthcare Community Plan irá trabalhar em conjunto consigo, para que possa ser encaminhado para os prestadores certos que fazem parte da rede.

Cartões de identificação de associado

Quando se torna associado do UnitedHealthcare Community Plan, irá obter um cartão de identificação de associado por correio cerca de 10 dias após a data efetiva da adesão. Verifique se as informações no seu cartão de identificação ou nos cartões de identificação dos seus familiares estão corretas. Caso alguma informação esteja errada, telefone para o Serviço de Apoio a Associados, através do número **1-800-587-5187, TTY 711**.

Frente do cartão.

Verso do cartão.

Nome do seu _____ Informações _____

Prestador de cuidados primários _____ para o seu farmacêutico _____

Serviços de saúde mental _____

Também irá obter um cartão do RI Medicaid (âncora) numa carta separada proveniente do Estado de Rhode Island. Cada membro da família que adere terá o seu próprio cartão.

Cartão Rhode Island Medicaid.

For assistance in English and Spanish, call: **1-855-MYRIDHS**
1-855-697-4347

For TDY, dial: **711**

If you are a doctor or hospital, dial: (401) 784-8100 In-State
or 1-800-964-6211 for Toll or Long Distance

This card does not guarantee eligibility.

**MISUSE OR ABUSE OF THIS CARD MAY MAKE YOU
LIABLE FOR CIVIL ACTION OR CRIMINAL PROSECUTION**

Mostre sempre ambos os cartões de identificação quando consulta o médico, quando vai ao hospital, farmácia ou outro prestador.

Atualizar as suas informações

É muito importante que tenhamos a sua morada correta, para que possa receber correio do UnitedHealthcare Community Plan e do RI Medicaid Program. Certifique-se de que tem o seu nome completo na sua caixa de correio (e o apelido dos outros familiares, caso seja diferente do seu). Os serviços de correios não irão entregar correio se os apelidos na caixa do correio não forem iguais ao apelido na carta/envelope.

É muito importante que nos informe se ocorrer uma alteração, em qualquer um destes casos:

- Nome, morada, número de telefone.
- Se mudar a sua residência para outro estado.
- Se casar; se mudar de apelido.
- Se ficar grávida.
- Tamanho da família (adicionar um novo bebé ou adotar uma criança, morte de um familiar associado que aderiu ao plano, etc.).
- Alteração de rendimentos que possa afetar a elegibilidade para o Medicaid.
- Se tiver outro seguro de saúde.

É obrigatório que comunique as alterações aos Recursos de Saúde (Healthsource RI) de RI ou ao Departamento de Serviços Sociais (Department of Human Services, DHS) de RI nos 10 dias após a alteração.

Como pode informar-nos sobre alterações

Contacte o **Healthsource RI** para comunicar qualquer uma destas alterações. Se tem uma conta no Healthsource RI, pode ir online a www.healthsourceri.com ou telefonar para o número 1-855-840-4774 para fazer a alteração. Pode ainda deslocar-se ao centro de atendimento ao público do Healthsource RI em 401 Wampanoag Trail, East Providence, RI 02915. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 18:00.

Se o associado, a sua criança ou outro familiar associado tiver SSI ou se tornar elegível para o Medicaid devido a uma incapacidade, contacte o **RI Department of Human Services (DHS)** pelo número 1-855-697-4347. Também pode contactar os escritórios locais do DHS para comunicar alterações. O horário de funcionamento é das 8:30 às 16:00, de segunda a sexta-feira.

Renovação da sua elegibilidade para o Medicaid

O RI Medicaid irá enviar-lhe um aviso sobre a renovação da sua elegibilidade. Se receber este aviso, responda prontamente, para que a sua cobertura de saúde não seja interrompida. Certifique-se de que responde a todos os avisos. Se tiver perguntas sobre o seu aviso, contacte o Healthsource RI ou o DHS.

Serviço de Apoio a Associados

Queremos facilitar-lhe o máximo possível o processo de obter informação e serviços de que necessita do UnitedHealthcare Community Plan. Consulte o nosso website ou contacte o Serviço de Apoio a Associados para mais informações. Estamos aqui para si.

Telefone:

**1-800-587-5187, TTY 711,
das 8:00 às 18:00, de segunda a sexta-feira.**

Após o horário de funcionamento, deixe uma mensagem e iremos entrar em contacto consigo brevemente.

O Serviço de Apoio a Associados podem ajudá-lo:

- A compreender os seus benefícios.
- A obter um cartão de identificação de associado, caso o perca.
- A encontrar um prestador ou clínica de cuidados urgentes.
- A apresentar uma reclamação, queixa ou recurso.

Website:

Visite UHCCommunityPlan.com para consultar os detalhes do plano e ferramentas úteis.

- Localizar um prestador ou uma farmácia.
- Procurar um medicamento na Lista de Medicamentos Preferenciais.
- Obter detalhes sobre benefícios.
- Ver ou descarregar um Manual para Associado.

Contacte o Serviço de Apoio a Associados pelo número **1-800-587-5187, TTY 711** se quiser que procuremos médicos/prestadores da rede por si.

Caso pretenda uma cópia impressa do nosso Diretório de Prestadores ou do Manual para Associado, ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**, e iremos enviar-lhe uma cópia impressa por correio.

Falamos a sua língua

Se fala outra língua que não o inglês, podemos providenciar-lhe um intérprete ou materiais impressos no seu idioma. Se entrar em contacto com o Serviço de Apoio a Associados, podemos pô-lo em contacto com um representante que fala o seu idioma ou com um intérprete. Se precisar de um intérprete para uma consulta médica, de saúde comportamental ou de odontologia, podemos tomar providências para consegui-lo. Contacte o Serviço de Apoio a Associados, pelo número **1-800-587-5187, TTY 711** pelo menos 72 horas antes da sua consulta. Se precisar de um intérprete de língua gestual americana, contacte-nos pelo menos duas semanas antes da sua consulta.

O Diretório de Prestadores do UnitedHealthcare Community Plan indica se um prestador fala outro idioma além do inglês. Para consultar o Diretório de Prestadores, visite UHCCommunityPlan.com.

Precisa de material impresso noutros formatos?

Se necessário, podemos fornecer material impresso noutros formatos, incluindo materiais impressos num formato de letra grande, áudio ou Braille. Entre em contacto com o Serviço de Apoio a Associados, pelo número **1-800-587-5187, TTY 711** para pedir materiais noutros formatos.



Ir ao médico

O seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família)

O seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família) é o profissional de cuidados de saúde que o conhece melhor. Ele/Ela trabalha em conjunto consigo para o manter a si e à sua família saudáveis.

Tem opções ao seu dispor.

Pode escolher o seu Médico de família de entre os seguintes tipos de prestadores:

- Médico de família ou médico de clínica geral.
- Médico de Medicina Interna (internista, geriatra).
- Pediatra.
- Obstetra/ginecologista (Obstetrician/gynecologist, OB/GYN).
- Enfermeiro clínico (Nurse practitioner, NP).
- Médico assistente (Physician Assistant, PA).

Escolher o seu Médico de família

Confirme se o seu médico se encontra na rede do UnitedHealthcare Community Plan. Se ainda não tiver um Médico de família quando aderir ao UnitedHealthcare Community Plan, pode escolher um da nossa rede. Cada membro da sua família pode ter o seu próprio Médico de família.

O nosso Diretório de Prestadores lista todos os prestadores de cuidados primários na nossa rede. Também informa onde é o consultório do prestador, o número de telefone, os idiomas falados, o horário de funcionamento, se este aceita novos doentes e se o consultório tem acesso para deficientes. Para consultar o diretório, vá ao nosso website em: UHCCommunityPlan.com ou contacte o Serviço de Apoio a Associados para solicitar uma cópia ou para obter ajuda para escolher um Médico de família. Também temos um Diretório de Prestadores impresso disponível sob pedido que lista todos os prestadores do UnitedHealthcare Community Plan por especialidade e por localização.

Depois de selecionar um Médico de família, entre em contacto com o Serviço de Apoio a Associados para nos informar. Se não escolher um Médico de família, iremos escolher um por si.

O que o seu Médico de família pode fazer por si.

- Fazer-lhe check-ups e avaliações regulares.
- Agendar testes.
- Manter os seus registos clínicos.
- Recomendar e encaminhá-los para especialistas.
- Passar receitas.
- Ajudá-lo a obter serviços de saúde comportamental.
- Responder a perguntas sobre os seus cuidados de saúde.

Mudar de Médico de família

Pode mudar de Médico de família ou o Médico de família da sua criança em qualquer altura, no entanto, há vantagens em manter o mesmo Médico de família. À medida que se conhecem e criam confiança, pode trabalhar juntamente com o seu Médico de família para resolver quaisquer problemas de saúde. Se precisar de mudar de Médico de família, telefone para o Serviço de Apoio a Associados **1-800-587-5187, TTY 711**.

Se o seu Médico de família sair da rede do UnitedHealthcare Community Plan, iremos enviar-lhe uma carta para o informar. Pode optar por escolher outro Médico de família da nossa rede. Há momentos em que o UnitedHealthcare Community Plan irá permitir-lhe continuar a obter cuidados do seu Médico de família ou especialista durante algum tempo após ele/ela sair da nossa rede. A isto chama-se “continuidade dos cuidados”. Se estiver grávida ou a ser tratado para uma condição clínica existente, podemos trabalhar em conjunto com o seu prestador para que ele/ela possa continuar a tratá-lo durante mais tempo. Iremos trabalhar em conjunto consigo e com o seu prestador para garantir que muda para outro prestador de forma segura.

Saiba mais sobre os médicos/prestadores da rede.

Pode consultar informações sobre médicos/prestadores da rede, tais como certificações profissionais e idiomas falados, em myuhc.com/CommunityPlan, ou ligando para o Serviço de Apoio a Associados.

Podemos indicar-lhe as seguintes informações:

- Nome, morada, números de telefone.
- Idiomas que falam.
- Qualificações profissionais.
- Especialidade.
- Faculdade de Medicina que frequentaram (apenas o telefone).
- Conclusão do Internato (apenas o telefone).
- Estado de certificação profissional.

Obtenção de cuidados

Tome o controlo – Prepare-se para a consulta no seu prestador.

A preparação da consulta no seu prestador pode ajudá-lo a tirar o máximo partido da mesma. Assim, poderá garantir que o seu prestador sabe sobre todos os cuidados que tem. Pode tomar o controlo dos seus cuidados de saúde da seguinte forma:

1. Pense no que pretende com a consulta antes de ir. Tente focar-se nas três principais coisas com as quais precisa de ajuda.
2. Informe o seu prestador sobre quaisquer medicamentos ou vitaminas que toma regularmente. Leve uma lista por escrito. Ou leve o próprio medicamento consigo.
3. Informe o seu prestador sobre outros prestadores que possa estar a consultar. Inclua prestadores de saúde comportamental. Mencione quaisquer medicamentos ou tratamentos que lhe tenham sido receitados. Leve também cópias dos resultados de quaisquer testes que tenha realizado.

Marcar uma consulta no seu Médico de família

Entre em contacto com o consultório do seu Prestador de Cuidados Primários para agendar uma consulta.

Check-ups anuais

Não tem de estar doente para ir ao seu Médico de família (médico). Os check-ups anuais com o seu Médico de família são importantes para o manter saudável a si. Além disso, o seu Médico de família irá garantir que realiza os exames, análises e vacinas de que precisa. Se tiver um problema de saúde, é mais fácil quando o problema é diagnosticado cedo. Fale com o seu Médico de família sobre o que é melhor para si e para a sua família.

Cuidados de especialidade e encaminhamentos

O seu médico (Médico de família) poderá encaminhá-lo para um especialista, é necessário um encaminhamento para alguns serviços de especialidade.

O seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família) terá de nos enviar uma recomendação antes de poder marcar uma consulta para consultar um especialista. Esta alteração ajudará a garantir que obtém o melhor cuidado possível.

Verifique o seu cartão de identificação de associado para se certificar de que o médico de família listado é o médico de família que consulta atualmente.

Se o Médico de família no seu cartão não é o que está a consultar, por favor ligue para o Serviço de Apoio a Associados **1-800-587-5187, TTY 711** das 08:00 às 18:00, de segunda a sexta, para corrigir esta situação e evitar qualquer atraso no processamento das suas recomendações.

Como posso obter uma recomendação?

Fale com o seu Médico de família caso necessite de uma recomendação para um especialista. Caso necessite, o seu Médico de família irá enviar-nos uma recomendação e fornecer-lhe a si uma cópia do número de recomendação. Irá necessitar do número de recomendação para marcar uma consulta. Se necessitar de consultar um especialista mais de uma vez, o seu Médico de família poderá garantir que a recomendação irá abranger outras consultas.

Necessito de uma recomendação para todos os especialistas?

Necessita de uma recomendação para consultar a maioria dos nossos especialistas da rede, mas existem algumas exceções. Não necessita de uma recomendação para qualquer um dos seguintes quando o serviço for fornecido por um prestador ou especialista da rede:

- OB/GYN.
- Saúde comportamental ou serviços de dependência de substâncias.
- Fisioterapia, terapia ocupacional ou terapia da fala.
- Serviços de planeamento familiar.
- Serviços de doenças sexualmente transmissíveis.
- Serviços de intervenção precoce.
- Cuidados pós-operatórios.
- Serviços laboratoriais.
- Serviços de radiologia.
- Diálise renal.
- Exames oculares de rotina, óculos, lentes de contacto e serviços de um optometrista ou oftalmologista.
- Cuidados urgentes num serviço de urgência ou hospital.

Mudámos para um requisito de encaminhamento para especialista para os associados do Community Plan a 19 de novembro de 2018. Em resultado, os associados que necessitarem de cuidados de especialidade têm de ser encaminhados para especialistas da rede através do seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família) ou não poderemos pagar os custos. Qualquer Médico de família com a mesma identificação fiscal (NIF) pode emitir uma recomendação em nome de um associado atribuído a um Médico de família nesse NIF.

Não precisa de autorização prévia para consultar um prestador de cuidados de saúde para mulheres para serviços de saúde da mulher ou se estiver grávida.

Os especialistas são médicos com formação especial e trabalham numa área da Medicina específica. Os especialistas incluem: cardiologista (médico do coração); obstetras/ginecologistas que tratam das necessidades de saúde das mulheres, incluindo planeamento familiar e gravidez; oftalmologista (médico dos olhos); podólogo (médico dos pés); e dermatologista (médico da pele).

Não é obrigado consultar o especialista que o seu Médico de família recomendar. Pode pedir ao seu Médico de família o nome de outro especialista. Ou é livre de escolher qualquer prestador da rede para cuidados de especialidade. Não consultar o especialista não irá afetar o seu tratamento futuro por parte do seu Médico de família. Tem o direito de recusar o tratamento que um especialista recomendar. Se isso acontecer, contacte o seu Médico de família para falar sobre outras opções.

Cuidados urgentes

Os centros de cuidados urgentes estão disponíveis quando precisa de ser visto por um prestador por uma condição que não representa risco de vida, mas o seu Médico de família não está disponível ou é fora do horário de funcionamento da clínica/consultório. Os problemas de saúde frequentes que podem ser tratados num centro de cuidados urgentes incluem:

- Dor de garganta.
- Infecção do ouvido.
- Cortes ou queimaduras ligeiros.
- Gripe.
- Febre baixa.
- Entorses.

Se o associado ou um familiar tiver um problema urgente, contacte primeiro o seu Médico de família. O seu Médico de família pode ajudá-lo a obter o tipo certo de cuidados. O seu Médico de família pode dizer-lhe que se dirija a um serviço de cuidados urgentes (ou às urgências).

Serviços de urgência

Uma emergência é uma doença ou lesão fatal. Pode causar dor ou lesão grave à sua saúde se não receber tratamento imediatamente. Alguns exemplos de condições de emergência incluem:

- Doença grave ou trauma.
- Ossos fraturados.
- Hemorragia que não para.
- Ataque cardíaco.
- Intoxicação.
- Cortes ou queimaduras graves.
- Emergência de saúde comportamental, tal como, sobredosagem de medicação ou ameaça de fazer mal a outros ou ao próprio.

Pode ir a um hospital para cuidados de emergência. O UnitedHealthcare Community Plan cobre qualquer cuidado de urgência de que necessite em todos os Estados Unidos e seus territórios. No período de 24 horas após a sua consulta, deve contactar o seu Médico de família para informar da sua consulta. Poderá precisar de cuidados de seguimento.

Se precisa de cuidados de emergência, **ligue para o número 911** ou dirija-se ao hospital mais próximo. Os cuidados de emergência não necessitam de encaminhamento por parte do seu Médico de família ou uma autorização prévia da nossa parte.

Rastreio, diagnóstico e tratamento precoce e periódico (RDTPP)

O RDTPP realça a importância dos cuidados de prevenção e completos. À medida que crescem, os bebés, as crianças e os jovens devem consultar o seu Médico de família frequentemente. É importante que recebam todos os serviços de prevenção sugeridos e qualquer tratamento médico de que necessitem para os ajudar a crescer de forma saudável.

As crianças até aos 21 anos devem realizar check-ups de bem-estar infantil regularmente de saúde física e mental, crescimento, desenvolvimento e nutrição. Um check-up de bem-estar infantil inclui:

- Um historial completo de saúde e do crescimento, incluindo avaliações de desenvolvimento de saúde física e mental;
- Exame físico;
- Vacinas apropriadas à idade;
- Testes à visão e à audição;
- Exame dentário;
- Análises laboratoriais, incluindo avaliações de nível de chumbo no sangue em determinadas idades; e
- Educação de saúde.

O Médico de família da sua criança irá informar a frequência com que deverá levar a criança às consultas.

.....

Serviços de saúde comportamental

Os serviços de saúde comportamental incluem saúde mental e tratamento para problemas de dependência de substâncias. O UnitedHealthcare Community Plan contratou a Optum Behavioral Health para fornecer estes serviços. Para encontrar um prestador de saúde comportamental, contacte a Optum pelo número 1-800-435-7486. Este número também está disponível no seu cartão de identificação de associado do UnitedHealthcare Community Plan. Os representantes do Serviço de Apoio a Associados estão disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana para o ajudarem. O seu contacto é confidencial. Consulte o Diretório de Prestadores para uma lista de prestadores de saúde comportamental. Se não tiver a certeza do tipo de ajuda de que precisa ou do tipo de prestador, o nosso representante do Serviço de Apoio a Associados poderá ajudá-lo.

Se o UnitedHealthcare Community Plan não abranger um aconselhamento ou serviços de encaminhamento devido a objeções morais ou religiosas, iremos informá-lo de que o serviço não é abrangido por nós. Também iremos informá-lo sobre como pode obter informação do Departamento Executivo de Saúde e Serviços Sociais (EOHHS) sobre como obter estes serviços.

Odontologia

Os serviços de odontologia para crianças são fornecidos através da Rlte Smiles. A Rlte Smiles é um plano dentário para crianças que são elegíveis para o RI Medicaid nascidas após 1 de maio de 2000. Para localizar um dentista que participe no programa Rlte Smiles, consulte o website para o UnitedHealthcare Dental/Rlte Smiles (<https://www.uhc.com/ritesmiles>) ou contacte o Serviço de Apoio a Associados de Odontologia da United Healthcare (United Healthcare Dental Member Services) através do número 1-866-375-3257. Todos os outros associados devem utilizar o seu cartão Rhode Island Medicaid (cartão âncora) quando consultam um prestador de serviços de odontologia da Medicaid.

Disponibilidade de consultas

Consulta	Acesso padrão
Telefone de assistência após horário de funcionamento	24 horas por dia, 7 dias por semana
Cuidados de emergência	Imediatamente ou encaminhado para um serviço de urgência
Consulta de cuidados urgentes	Dentro de vinte e quatro (24) horas
Consulta de cuidados de rotina	Dentro de trinta (30) dias consecutivos
Exame físico	180 dias consecutivos
Consulta de RDTPP	Dentro de 6 semanas
Consulta de novo associado	Trinta (30) dias consecutivos
Serviços não emergentes ou não urgentes de saúde mental ou dependência de substâncias	Dentro de dez (10) dias consecutivos

Programas especiais para se manter saudável

Caso tenha um problema de saúde durante muito tempo, como diabetes ou doença de coração, poderá beneficiar dos nossos programas de gestão de cuidados. Os nossos enfermeiros gestores de cuidados podem ajudá-lo a compreender as suas opções, como se manter saudável e manter uma melhor qualidade de vida. A gestão de cuidados ajuda os associados com necessidades especiais a obter os serviços e cuidados de que necessitam. Os gestores de cuidados trabalham com o plano de saúde, prestadores e agências externas. Contacte o nosso Departamento de Gestão Médica (Medical Management Department) através do número 1-800-672-2156, TTY 711 ou 401-732-7373.

- Avaliações de risco de saúde.
- Healthy First Steps.
- Saúde e bem-estar.
- Incapacidades físicas.
- Doença mental grave.
- Problemas de saúde complexos.
- Uma descrição mais completa da gestão de cuidados e gestão da doença.

Faça uma Avaliação de Risco de Saúde em myuhc.com/CommunityPlan. Também pode concluir uma Avaliação de Risco de Saúde por telefone entrando em contacto com o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**. Este breve questionário irá ajudar a encontrar programas indicados para si.

Obter uma segunda opinião

Uma segunda opinião é quando pretende consultar outro prestador para obter a sua opinião ou recomendação para a sua preocupação ou problema de saúde. Pode obter uma segunda opinião de um prestador da rede para qualquer um dos seus benefícios cobertos. Esta é uma opção sua. Não é obrigado a pedir uma segunda opinião. Uma segunda opinião de um prestador fora da rede está disponível mediante uma autorização prévia.

Cuidados fora da rede/fora da área

Além de serviços de emergência e cuidados urgentemente necessários, todos os benefícios, cuidados e serviços abrangidos fornecidos fora da área têm de ser aprovados primeiro pelo UnitedHealthcare Community Plan. Por vezes, poderá necessitar de cuidados de um prestador que não está na nossa rede. Este prestador é um prestador “fora da rede”. Para consultar um prestador fora da rede irá necessitar da autorização prévia do UnitedHealthcare Community Plan antes de marcar uma consulta. O seu Médico de família deverá enviar o pedido para revisão. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados para saber mais e se está totalmente coberto. Poderá ter de pagar por esses serviços.

Autorizações prévias

Por vezes, o seu prestador tem de obter permissão do UnitedHealthcare Community Plan antes de lhe prestar um determinado serviço. Esta é designada autorização prévia ou aprovação prévia. Esta é da responsabilidade do seu prestador. Se os prestadores não obtiverem autorização prévia, você não conseguirá obter o serviço.

Não precisa de uma autorização prévia para consultar um prestador de cuidados de saúde para mulheres para serviços de saúde da mulher ou se estiver grávida.

Transporte médico não urgente

Poderá estar disponível transporte para consultas médicas, de odontologia ou outras consultas relacionadas com a saúde. Se familiares, amigos ou vizinhos não puderem levá-lo a consultas, tem várias opções.

- ✓ **Rhode Island Public Transit Authority (RIPTA) (Autoridade de Trânsito Pública de Rhode Island).**
A RIPTA tem serviços de autocarro de percursos fixos para a maior parte das comunidades de Rhode Island. Os percursos estão disponíveis online em www.ripta.com ou entrando em contacto com o Serviço de Apoio a Clientes através do número 401-781-9400. A RIPTA também disponibiliza serviços flexíveis e o ADA Disabled Program (Programa para Deficientes ADA).
- ✓ **Empresa de transporte médico não urgente.**
O transporte médico não urgente é um benefício abrangido no RI Medicaid. O fornecedor contratado para estes serviços é a MTM, Inc. Por favor, entre em contacto com a MTM através do número 1-855-330-9131, TTY 711, de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 para agendar transporte para consultas médicas, de odontologia ou outras consultas relacionadas com saúde. Os bilhetes para autocarro têm de ser pedidos sete (7) dias úteis antes da consulta.

Poderão ser disponibilizadas viagens de carrinha ou táxi para associados que se qualifiquem. Deve marcar 48 horas antes da sua consulta. Por exemplo:
 - Telefone numa segunda-feira para uma viagem na quarta-feira.
 - Telefone numa terça-feira para uma viagem na quinta-feira.
 - Telefone numa quarta-feira para uma viagem na sexta-feira.
 - Telefone numa quinta-feira para uma viagem na segunda-feira.
 - Telefone numa sexta-feira para uma viagem na terça-feira.
- ✓ **Reembolso de quilometragem.**
Se o associado se qualificar para transporte e o associado ou outra pessoa puder levá-lo de carro, poderá ser reembolsado em dinheiro pelo combustível. Existem várias regras e requisitos.

Contacte a MTM para obter mais informações. O Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan também pode ajudar com o agendamento ou coordenação de transporte se necessitar.



Farmácia

Os seus benefícios incluem medicamentos sujeitos a receita médica

O UnitedHealthcare Community Plan cobre centenas de medicamentos sujeitos a receita médica em centenas de farmácias. A Lista de Medicamentos Preferenciais (LMP) é uma lista dos medicamentos cobertos pelo seu plano. Poderá aviar a sua receita em qualquer farmácia da rede. Apenas precisa de mostrar o seu cartão de identificação de associado. Caso não tenha recebido o seu cartão de identificação de associado, contacte o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**.

Medicamentos genéricos e de marca.

A Assembleia Geral de Rhode Island aprovou uma lei que obriga todos os associados a usar medicamentos genéricos primeiro. Os medicamentos genéricos têm os mesmos componentes que os medicamentos de marca, muitas vezes custam menos, mas funcionam do mesmo modo.

Em alguns casos, está coberto um número limitado de medicamentos de marca. Estes limitam-se a determinadas classes (ou tipos) de medicamentos. Alguns deles podem requerer autorização prévia do UnitedHealthcare Community Plan.

Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)

O UnitedHealthcare Community Plan também cobre muitos medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). Tem de ter uma receita médica por escrito para o MNSRM de que precisa. O aprovisionamento está limitado a 30 dias. Depois, só precisa de levar a sua receita médica e cartão de identificação de associado a qualquer farmácia da rede para aviar a receita. A sua farmácia pode fornecer a versão de marca própria ou genérica do MNSRM. Tanto os substitutos de marca própria como os genéricos do MNSRM estão cobertos. Os MNSRM incluem:

- Analgésicos.
- Medicação para a tosse.
- Creme de primeiros-socorros.
- Medicação para a constipação.
- Contracetivos.

Para uma lista completa de MNSRM cobertos, visite myuhc.com/CommunityPlan. Faça clique em “Find a Drug” (Localizar um Medicamento) para usar a ferramenta de pesquisa ou consultar a Lista de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica. Ou ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**.

Medicamentos injetáveis

Os medicamentos injetáveis são medicamentos administrados por injeção e são um benefício coberto. O seu Prestador de Cuidados Primários pode pedir que a medicação injetável seja entregue no consultório do médico ou na sua casa. Em alguns casos, o seu médico irá passar-lhe uma receita para um medicamento injetável (como a insulina), que poderá aviar numa farmácia.

Farmácia obrigatória

A alguns associados do UnitedHealthcare Community Plan será atribuída uma farmácia obrigatória. Neste caso, os associados terão de aviar as receitas na mesma farmácia. Esta baseia-se no uso anterior de medicação, incluindo o uso excessivo de benefícios farmacêuticos, narcóticos, locais de farmácia e outras informações.

Os associados deste programa receberão uma carta com o nome da farmácia que têm de usar. Se receber esta carta, tem 30 dias a partir da data de receção para solicitar uma mudança de farmácia. Para mudar de farmácia durante este período, ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**. Após 30 dias a partir da data da carta ou se tiver mudado de morada, pode ligar para o Serviço de Apoio a Associados para mudar de farmácia.

Benefício dos 90 dias

Com um aprovisionamento de 90 dias, não precisa de aviar uma receita todos os meses. Terá 3 meses entre ter de aviar as receitas. Isto ajuda a garantir que tem sempre os seus medicamentos mais importantes à mão.

Quais são os benefícios de aviar a minha medicação de manutenção com um aprovisionamento de 90 dias?

- **Poupa tempo.**
Faz menos deslocações até à farmácia. Em vez de aviar a sua receita do medicamento todos os meses, apenas terá de aviar a sua receita a cada três meses.
- **Utiliza a mesma farmácia.**
Pode aviar uma receita para 90 dias na sua farmácia atual ou em qualquer uma das farmácias abrangidas na rede.
- **Não tem custos adicionais.**
Não tem copagamento para um aprovisionamento de 90 dias da sua medicação.

O que tenho de fazer se quiser um aprovisionamento para 90 dias?

- **Fale com o seu farmacêutico.**
O seu farmacêutico poderá entrar em contacto com o seu médico para conseguir uma nova receita para um aprovisionamento para 90 dias.
- **Fale com o seu médico.**
O seu médico pode passar-lhe uma nova receita de aprovisionamento de 90 dias para a sua medicação de manutenção.



Benefícios

Benefícios abrangidos

O associado é elegível para receber estes benefícios com o cartão de identificação do UnitedHealthcare Community Plan. Não tem qualquer custo por partilha de responsabilidades. No entanto, se um prestador lhe disser que um serviço não está abrangido pelo UnitedHealthcare Community Plan, e ainda assim obtiver o serviço, terá de pagar pelo mesmo. Existem alguns serviços que não estão abrangidos.

O seu prestador não deverá enviar-lhe uma fatura de cobrança por um serviço abrangido. Contacte o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan se receber uma fatura.

Descrição de Benefícios do UnitedHealthcare Community Plan Para mais detalhes sobre o que está abrangido, entre em contacto com o Serviço de Apoio a Associados através do número 1-800-587-5187, TTY 711.

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Serviços de prestador	Incluem serviços de médicos de família, especialistas, obstetras/ginecologistas (OB/GYN) e outros prestadores da rede MCO.
Serviços de outros profissionais de saúde	Incluem serviços de médicos certificados ou licenciados pelo Estado de Rhode Island, ou seja, enfermeiros clínicos, médicos assistentes, assistentes sociais, nutricionistas registados, psicólogos e enfermeiros parceiros certificados na rede MCO.
Check-ups de bem-estar e rastreios preventivos, vacinações anuais	Abrangidos quando fornecidos por Prestadores de Cuidados Primários (PCO) na rede MCO.

Benefícios

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Cuidados dos olhos	<p>Inclui tratamento clinicamente necessário para doença ou lesão no olho.</p> <p>Para adultos: estão abrangidos exames oftalmológicos de rotina e um par de óculos uma vez a cada 24 meses.</p> <p>Para crianças com menos de 21 anos: estão abrangidos exame oftalmológico de rotina e óculos conforme necessário.</p> <p>Para membros com diabetes, estão abrangidos exames oftalmológicos anuais a cada 12 meses.</p>
Cuidados podológicos	<p>Abrangidos com um encaminhamento do Médico de família do associado.</p>
Aulas de formação em grupo/ individuais	<p>As seguintes aulas de grupo estão abrangidas: formação para o parto, parentalidade, cessação tabágica, diabetes, asma, nutrição, consulta sobre lactação, etc.</p>
Serviços de rastreio, diagnóstico e tratamento precoce periódico (Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment, EPSDT)	<p>Serviços de rastreio, diagnóstico e tratamento para crianças e jovens adultos até aos 21 anos. Incluem as consultas iniciais e de seguimento. Incluem exames inter-periódicos conforme <i>cl clinicamente</i> indicado.</p>
Educação especial	<p>Serviços abrangidos para crianças com necessidades especiais ou atrasos do desenvolvimento, conforme indicado no Plano Educativo Individual (Individual Education Plan, IEP) da criança, estão abrangidos, mas não são fornecidos pelo UnitedHealthcare Community Plan.</p>
Programa antichumbo	<p>Abrangido – inclui avaliação domiciliária e gestão de caso não médico. Os serviços são fornecidos pelo Department of Health (Departamento de Saúde do Estado) ou centros antichumbo do estado para crianças com intoxicação por chumbo e não pelo UnitedHealthcare Community Plan.</p>
Serviços clínicos baseados na escola	<p>Abrangidos se clinicamente necessários em todos os locais designados.</p>
Serviços de planeamento familiar	<p>Incluem aprovisionamento de planeamento familiar de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) incluindo, espuma, preservativos, gel ou creme espermicida, esponjas. Estão abrangidos rastreios para infeções sexualmente transmitidas (IST) ou VIH. Pode consultar qualquer prestador, incluindo prestadores fora da rede, para estes serviços.</p>

Benefícios

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Cuidados pré-natais e pós-parto	Abrangidos pelo médico/prestador do MCO.
Serviços de nutrição	Abrangidos por Nutricionistas Registrados (NR) licenciados para determinadas condições clínicas. É necessário encaminhamento por parte do Médico de família do associado.
Terapias	Abrangidas quando clinicamente necessário. Incluem fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e da linguagem, terapia auditiva, terapia respiratória.
Análises laboratoriais, serviços de diagnóstico, serviços de radiologia	Abrangidos quando pedido por um médico/prestador do MCO.
Medicamentos sujeitos a receita médica	<p>Abrangidos quando pedido por um médico/prestador do MCO. Tem de utilizar primeiro um medicamento genérico. Existe um número limitado de medicamentos de marca que estão aprovados; a maior parte requer autorização prévia. Alguns medicamentos podem ter escalonamento da terapêutica. Isto significa que tem de experimentar medicamentos por uma determinada ordem para a sua condição clínica. Poderá ter de experimentar um medicamento antes de abrangermos outro medicamento. Pode consultar a Lista de Medicamentos Preferenciais ou consultar o receituário de medicamentos em UHCCCommunityPlan.com.</p> <p>Faça clique em “Search for Drugs covered by United Healthcare” (Pesquisar medicamentos abrangidos pelo United Healthcare) e insira o nome do medicamento na caixa para pesquisar a lista de medicamentos aprovados pelo FDA e a cobertura.</p>
Medicamentos de venda livre (MNSRM)	Abrangidos quando o seu médico/prestador do MCO passa uma receita. Também referidos como medicamentos não sujeitos a receita médica. Incluem aprovisionamentos para planeamento familiar, aprovisionamentos para cessação tabágica e determinadas vitaminas e minerais.
Equipamento Médico Duradouro	Abrangidos quando pedido por um médico/prestador do MCO. Inclui aparelhos cirúrgicos, dispositivos prostéticos, dispositivos ortóticos, tecnologia de apoio e outros aprovisionamentos médicos.

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Cuidados hospitalares, internamento	Abrangidos quando clinicamente necessário. Incluem os serviços abrangidos pelo Medicaid prestados em contexto hospitalar de internamento.
Cuidados hospitalares, ambulatório	Abrangidos quando clinicamente necessário. Incluem os serviços abrangidos pelo Medicaid prestados em contexto hospitalar de ambulatório. Incluem fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia da linguagem, terapia auditiva, terapia respiratória e outros serviços abrangidos pelo Medicaid prestados num contexto hospitalar de ambulatório.
Serviços de urgência	Os serviços de urgência estão cobertos em situações de emergência dentro e fora do estado. Não é necessária autorização prévia para cuidados de emergência.
Transporte de emergência	Abrangido quando clinicamente necessário.
Serviços de saúde comportamental	Incluem serviços de aconselhamento e tratamento de saúde mental e dependência de substâncias baseados na comunidade.
Serviços de saúde comportamental, intensivos	Abrangidos conforme necessário. O tratamento de saúde comportamental e distúrbio de dependência de substâncias inclui, mas não se limita ao seguinte: tratamento com narcóticos na comunidade, metadona, desintoxicação, intervenção de serviços de urgência, observação/estabilização de crise, serviços de internamento de casos agudos, tratamento residencial de casos agudos, programas de internamento parcial, residências de reabilitação de saúde mental e psiquiátrica (MHPRR), programas de dia, programas de tratamento intensivo em ambulatório, tratamento assertivo na comunidade (ACT), casas de saúde integradas (IHH), serviços comunitários de centros de saúde mental, serviços de tratamentos domiciliários (HBTS), análise comportamental aplicada (ABA), serviços e apoios de assistência pessoal (PASS) e prestação de cuidados durante os períodos de interrupção ou descanso. O tratamento residencial não inclui alojamento e alimentação. Os serviços também incluem dias necessários do ponto de vista administrativo pelo Department of Children, Youth and Families (Departamento de Crianças, Jovens e Famílias).

Benefícios

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Serviços de saúde mental e tratamento de dependência de substâncias ordenados pelo tribunal	Os serviços estão abrangidos no plano; incluem serviços de gestão de cuidados de transição após terminarem os serviços ordenados pelo tribunal.
Serviços domiciliários de prevenção de saúde	Abrangidos quando pedido por um médico/prestador do MCO. Poderá ser necessária autorização prévia. Os serviços incluem serviços de arrumação e limpeza de casa, pequenas modificações ambientais, avaliação domiciliária de fisioterapia e serviços de cuidados pessoais.
Serviços de cuidados domiciliários	Serviços abrangidos prestados sob um plano de cuidados domiciliários autorizado por um médico, incluindo, cuidados a tempo integral, a tempo parcial ou intermitentes por um enfermeiro ou auxiliar de saúde licenciado (assistente de enfermagem certificado) para cuidados do doente e incluindo, conforme autorizado por um médico, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia respiratória e terapia da fala. Os serviços de cuidados domiciliários incluem serviços de laboratório e enfermagem domiciliária para um doente cuja condição clínica exija enfermagem mais especializada do que cuidados de enfermagem intermitentes. Os serviços de cuidados domiciliários incluem serviços de cuidados pessoais, tais como, ajudar o cliente com a sua higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, necessidades de transferência e ambulatórias. Os serviços de cuidados domiciliários também incluem serviços de renovação que sejam incidentais às necessidades de saúde do cliente, tais como, fazer a cama, limpar a área que o cliente habita, tal como, o quarto e a casa de banho, e lavar a roupa ou fazer as compras do cliente. Os serviços de arrumação e limpeza de casa estão abrangidos apenas quando o associado também necessita de serviços de cuidados pessoais. Os serviços de cuidados domiciliários não incluem prestação de cuidados durante os períodos de interrupção ou descanso, cuidados de dia.

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Serviços de saúde domiciliários	Os cuidados de saúde domiciliários são cuidados de apoio em casa. Os cuidados podem ser prestados por profissionais de cuidados de saúde licenciados que disponibilizam necessidades de tratamento médico ou por prestadores de cuidados profissionais que disponibilizam ajudam diária para garantir que as necessidades da vida diária (AVD) são satisfeitas. Para doentes a recuperar de cirurgia ou doença, os cuidados domiciliários poderão incluir terapias de reabilitação.
Serviços de reabilitação	Fisioterapia, terapia ocupacional e terapia da fala/linguagem fornecidas por centros de reabilitação licenciados em regime de ambulatório e pedidos por um médico do MCO.
Saúde diária de adultos	Abrangida para idosos fragilizados e outros adultos que necessitam de supervisão e serviços de saúde durante o dia quando clinicamente necessário. É necessária autorização prévia.
Lares de terceira idade, cuidados em instalação de lar habilitada	Abrangidos para associados do Rhody Health Partners e Rhody Health Expansion durante 30 dias consecutivos. Todos os cuidados especializados e de assistência.
Serviços de lar	Cobertos quando indicado por um prestador da rede. Os serviços estão limitados aos cobertos pela Medicare.
Serviços para membros com VIH/ SIDA ou em elevado risco de VIH	Serviços de gestão de caso clínico e não clínico. Atividades de aconselhamento e encaminhamento de benefício/elegibilidade para ajudar associado a obter programas públicos e privados.
Serviços de transplante	Abrangidos quando solicitados por um médico do plano de saúde.
Serviços do Cedar Family	Gestão de cuidados centrados na família para crianças com necessidades de saúde especiais.
Tratamento do transtorno de identidade de género	Alguns serviços podem exigir aprovação prévia.

Benefícios do RI Medicaid

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Serviços dentários	<p>Incluem check-ups dentários de rotina e tratamento para adultos e crianças.</p> <p>As crianças nascidas antes de 1 de maio de 2000 recebem benefícios através dos programas UnitedHealthcare Dental e Rlte Smiles. Os serviços dentários de emergência estão abrangidos pelo UnitedHealthcare Community Plan.</p> <p>Para crianças mais velhas e adultos, os serviços são fornecidos utilizando o cartão Medicaid (âncora).</p>
Transporte médico não urgente	<p>Inclui cobertura para bilhetes de autocarro, deslocação em carrinha ou táxi para consultas abrangidas pelo Medicaid ou do plano de saúde médicas, de odontologia ou outro prestador de cuidados de saúde, se não estiver disponível outro transporte. Tem de ser agendado com antecedência.</p>

Benefícios do Planejamento Familiar Alargado

Este benefício destina-se a mulheres que:

- Se qualificam para o RIté Care.
- Estiveram grávidas e estão agora nos sessenta dias do período pós-parto ou sessenta dias após aborto.
- Estão sujeitas a perder elegibilidade para o Medicaid.

As mulheres elegíveis podem receber durante um período de *até vinte e quatro meses* do seguinte calendário de benefícios relacionados com planeamento familiar:

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Métodos de Planeamento Familiar sujeitos e não sujeitos a receita médica	Abrangidos, incluindo estes medicamentos: pílulas contraceptivas, contraceptivos orais específicos, adesivos contraceptivos, Depo-Provera, capuz cervical e diafragmas. Aprovisionamentos de planeamento familiar não sujeitos a receita médica (MNSRM), incluindo espuma, preservativos, gel ou creme espermicida e esponjas, estão abrangidos com uma receita do seu médico.
Serviços hospitalares em ambulatório e serviços relacionados com a cirurgia	Laqueação das trompas (esterilização). Colocação e remoção de DIU.
Procedimentos de ambulatório (no consultório ou na clínica) Consulta em consultório	Uma consulta de ginecologia completa e até cinco consultas adicionais em consultório relacionadas com métodos de Planeamento Familiar. Laqueação das trompas (esterilização). Colocação e remoção de DIU.
Encaminhamentos para clínicas gratuitas para outros serviços médicos Contacte o Departamento de Saúde da Rhode Island através do número 401-222-2320 para uma lista de clínicas e locais de aconselhamento que podem prestar-lhe estes serviços.	Encaminhamento para outros serviços conforme necessário. Por exemplo, encaminhamento para os seguintes serviços do estado: <ul style="list-style-type: none"> • Clínica de tratamento de doenças sexualmente transmitidas. • Centros de aconselhamento e realização de testes confidenciais de VIH.
Serviços de ginecologia (Well Woman Care)	Inclui exame ginecológico anual, uma consulta abrangente e até cinco consultas de planeamento familiar anuais.
Laboratório	Inclui testes de gravidez, Papanicolau anual, testes de doenças sexualmente transmissíveis, teste de anemia, análise de urina com tira de teste e cultura de urina.

Programa de Planeamento Familiar Alargado

Requisitos de Elegibilidade.

Os serviços de planeamento familiar e relacionados e os aprovisionamentos são fornecidos a indivíduos novamente determinados como elegíveis para o programa anualmente. O estado tem de incluir apenas mulheres, cumprindo os critérios de elegibilidade abaixo com um rendimento familiar comprovadamente abaixo de 253 por cento do FPL (Federal Poverty Level [Nível de pobreza designado pelo estado]) e que não estejam incluídas em Planos de Seguros de Saúde para Crianças (Children's Health Insurance Plan, CHIP) ou Medicaid. As mulheres que percam a cobertura de gravidez no final dos 60 dias pós-parto e que tenham um rendimento familiar menor ou igual a 253 por cento do FPL no momento da nova determinação anual estão automaticamente incluídas no grupo de Planeamento Familiar Prolongado.

Exclusão do Programa de Planeamento Familiar Prolongado.

Se uma mulher engravidar enquanto está incluída no Programa de Planeamento Familiar Prolongado, pode ser considerada elegível para o Medicaid ao abrigo do plano do Estado. Para além disso, as mulheres que forem sujeitas ao procedimento de esterilização e completarem todos os procedimentos necessários de seguimento serão excluídas do Programa de Planeamento Familiar Prolongado.

Benefícios do programa de Planeamento Familiar Alargado.

Os benefícios para o grupo de prolongamento do planeamento familiar estão limitados a planeamento familiar e serviços relacionados. Serviços de planeamento familiar e aprovisionamentos descritos na secção 1905a(4)(C) da Ata e limitados aos serviços e aprovisionamentos cujo objetivo primário seja o planeamento familiar e que sejam fornecidos em contexto de planeamento familiar. Os serviços de planeamento familiar e aprovisionamentos são reembolsáveis:

- a. Métodos aprovados de contraceção;
- b. Infeções sexualmente transmissíveis (IST), Papanicolau e exames pélvicos;
Nota: Os exames laboratoriais realizados durante uma consulta inicial de planeamento familiar para contraceção incluem um Papanicolau, testes de rastreio para IST/DST, hemograma e teste de gravidez. Podem ser realizados testes de rastreio adicionais dependendo do método de contraceção desejado e do protocolo estabelecido pela clínica, pelo programa ou pelo prestador. Podem ser necessários exames laboratoriais adicionais para resolver um problema ou necessidade de planeamento familiar durante uma consulta de planeamento familiar interperiódica para contraceção.
- c. Associados cobertos para receber trezentos e sessenta e cinco (365) dias de prescrição de medicamentos para contraceção aprovados pela F.D.A. (Food and Drug Administration [Autoridade dos Alimentos e Medicamentos]) e dispositivos que irão exigir uma prescrição dispensada como prescrição única.
- d. Medicamentos, aprovisionamentos ou dispositivos relacionados com serviços de saúde da mulher descritos acima que são receitados por um prestador de cuidados de saúde que cumpra os requisitos de inclusão de prestadores do Estado (sujeito aos requisitos do programa nacional de rebates de medicamentos).
- e. Gestão de contraceção, educação do doente, e aconselhamento.

Planeamento Familiar-Benefícios Associados.

Serviços e aprovisionamentos associados ao planeamento familiar são definidos como os que são fornecidos no âmbito de um seguimento a uma consulta de planeamento familiar. Estes serviços são prestados devido a um problema “relacionado com o planeamento familiar” identificado e/ou diagnosticado durante uma consulta de planeamento familiar de rotina. Exemplos de serviços e aprovisionamentos relacionados com o planeamento familiar incluídos:

- a. Colpocitologia (e procedimentos realizados associados/durante uma colpocitologia) ou repetição de Papanicolau realizado em seguimento a um Papanicolau anormal realizado durante uma consulta de planeamento familiar de rotina/periódica.
- b. Medicamentos para tratamento de IST/DST, exceto para HIV/SIDA e hepatite, quando a IST/DST é identificada/diagnosticada durante uma consulta de planeamento familiar de rotina/periódica. Podem estar cobertas uma consulta/encontro de seguimento para tratamento/medicamentos e consultas de seguimento subsequentes para novo exame de IST/DST de acordo com as diretrizes do Centers for Disease Control and Prevention.
- c. Medicamentos/tratamento para infeções/distúrbios vaginais, outras infeções/distúrbios do trato genital inferior, e infeções do trato urinário, em que estas condições sejam identificadas/diagnosticadas durante uma consulta de planeamento familiar de rotina/periódica. Pode também estar coberta uma consulta/encontro de seguimento para tratamento/medicamentos.
- d. Outros diagnósticos médicos, tratamentos e serviços preventivos prestados de forma rotineira no seguimento de serviços de planeamento familiar em contexto de planeamento familiar. Um exemplo de um serviço preventivo pode ser a vacinação para prevenção do cancro do colo do útero.
- e. Tratamento de complicações graves (incluindo anestesia) que surjam de um procedimento de planeamento familiar como:
 - Tratamento de um útero perfurado devido à inserção de um dispositivo intrauterino;
 - Tratamento de hemorragia menstrual grave provocado por uma injeção de Depo-Provera que necessite de uma dilatação e curetagem; ou
 - Tratamento de complicações relacionadas com cirurgia ou anestesia durante um procedimento de esterilização.

Serviços fora da rede

Serviço/benefício abrangido	Cobertura
Cuidados de emergência	Abrangidos nos Estados Unidos e seus territórios. Não é necessária autorização prévia.
Serviços de planejamento familiar	Os associados podem consultar prestadores do UnitedHealthcare Community Plan ou prestadores fora da rede para serviços de planejamento familiar. Não é necessário encaminhamento.
Todos os outros serviços	Requerem autorização prévia do UnitedHealthcare Community Plan. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número 1-800-587-5187, TTY 711 .

Serviços não cobertos

- Procedimentos experimentais.
- Aborto, exceto para preservar a vida da mulher ou em casos de violação ou de incesto.
- Quartos particulares em hospitais, salvo se clinicamente necessário.
- Cirurgia estética.
- Serviços de tratamento da infertilidade.
- Medicamentos para disfunção sexual ou erétil.
- Serviços recebidos fora dos Estados Unidos e dos seus territórios.



Outros detalhes do plano

Direitos e responsabilidades dos associados

Como associado do UnitedHealthcare Community Plan, tem o direito:

- De receber informação sobre o UnitedHealthcare Community Plan, respetivos serviços, prestadores e direitos e responsabilidades dos associados.
- A ser tratado com respeito e dignidade e direito à privacidade.
- De participar com os seus prestadores no processo de tomada de decisão sobre os seus cuidados de saúde, incluindo o direito de recusar tratamento.
- À privacidade de todos os registos e comunicações, conforme exigido por lei. Os colaboradores do UnitedHealthcare Community Plan seguem uma política de confidencialidade restrita relativamente a todas as informações dos associados.
- Até atenção respeitosa e pessoal independentemente da sua raça, origem nacional, género, identidade de género, idade, orientação sexual, filiação religiosa ou condições pré-existentes.
- A uma discussão aberta sobre serviços domiciliários e comunitários apropriados ou opções de tratamento clinicamente necessário para as suas condições, independentemente do custo ou cobertura de benefícios.
- A ter uma segunda opinião médica relativamente a preocupações clínicas ou cirúrgicas.
- A expressar exposições, reclamações e recursos sobre o UnitedHealthcare Community Plan ou sobre o cuidado prestado pelos seus prestadores e/ou agências.
- A fazer recomendações sobre os direitos e políticas de responsabilidades dos associados do UnitedHealthcare Community Plan.
- A recusar tratamento, e se o fizer, sem que isso afete tratamentos futuros.
- A receber informação sobre opções e alternativas de tratamento disponíveis.
- A não ser sujeito a nenhuma forma de coerção, disciplina ou retaliação.
- A solicitar e receber uma cópia dos seus registos clínicos e pedir que sejam alterados ou corrigidos.
- A receber serviços de cuidados de saúde.
- A exercer os seus direitos e que o exercício desses direitos não afete negativamente a forma como UnitedHealthcare Community Plan e respetivos prestadores o tratam.

Outros detalhes do plano

O associado tem a **responsabilidade de:**

- Comunicar alterações, tais como, morada, rendimento, tamanho da família, etc., ao estado (Healthsource RI ou ao Department of Human Services) nos 10 dias após a alteração.
- A escolher um Médico de família e um centro de cuidados primários. O seu Médico de família irá coordenar todos os seus cuidados clínicos. O associado poderá alterar o seu Médico de família em qualquer altura entrando em contacto com o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan.
- A ter todos os seus cuidados clínicos prestados por, ou organizados por, um prestador na rede do UnitedHealthcare Community Plan.
- A levar consigo o cartão de identificação de associado do UnitedHealthcare Community Plan e o seu cartão do Rhode Island Medicaid.
- A fornecer, na medida do possível, informação de que o UnitedHealthcare Community Plan e seus médicos e prestadores precisam para cuidar de si.
- A aprender sobre os seus problemas de saúde e a compreender o plano de tratamento que o associado e o respetivo fornecedor acordarem.
- A seguir os planos e indicações de cuidados que acordou com os seus prestadores.
- A falar com o seu Médico de família sobre todos os cuidados de especialidade. Se precisar de um especialista, o seu Médico de família irá trabalhar em conjunto consigo para garantir que obtém cuidados de qualidade.
- A falar com o seu Médico de família primeiro para obter ajuda, caso tenha uma condição clínica urgente. Se uma emergência representar risco de vida, telefone imediatamente para o 911 ou desloque-se até às urgências mais próximas.

Contacte o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan se tiver perguntas sobre os seus direitos e responsabilidades.

Testamento vital

Quando já conseguir tomar decisões de cuidados de saúde por si mesmo, existem documentos que podem ajudar a dar a conhecer os seus desejos. Estes chamam-se decisão de suporte de vida e procuração duradoura.

- Uma decisão de suporte de vida é um conjunto de instruções. Diz o que deve acontecer se o associado ficar gravemente doente e não conseguir comunicar.
- A procuração duradoura permite que outra pessoa tome decisões de cuidados de saúde por si. O associado pode escolher essa pessoa. Pode ser o seu cônjuge, um familiar ou um amigo(a).

O testamento vital explica o tratamento que quer se ficar gravemente doente ou lesionado. O testamento vital pode ser por escrito ou verbal. Pergunte ao seu Prestador de Cuidados Primários sobre estas opções. Também poderá encontrar mais informações e formulário relacionados no website do Departamento de Saúde de Rhode Island em health.ri.gov/lifestages/death/about/endoflifedecisions/.

Reclamações, queixas e recursos

Tem o direito de apresentar uma reclamação, queixa ou recurso. Se não estiver satisfeito com os cuidados ou serviços que receber, queremos saber, para que possamos corrigir o problema.

Outra pessoa pode apresentar uma reclamação, queixa ou recursos por mim?

Sim. O seu médico, outro prestador, amigo, familiar ou quem quiser pode fazê-lo por si. Primeiro tem de nos informar por escrito que permite que essa pessoa trabalhe connosco. Os associados podem preencher um *Authorized Representative Form (Formulário de Representante Autorizado)* que dá à pessoa permissão para ajudar com a sua reclamação, queixa ou recurso. O UnitedHealthcare Community Plan **tem** de preencher o formulário antes de podermos falar com a pessoa que identifique. Guarde uma cópia do seu Formulário de Representante Autorizado. O formulário é válido durante um ano a contar da data da sua assinatura, a menos que nos informe de que já não quer permitir que alguém aja em seu nome. Para obter um Formulário de Representante Autorizado, contacte o Serviço de Apoio a Associados.

Reclamações

O associado ou o seu representante autorizado tem o direito a apresentar uma reclamação a qualquer momento. Contacte o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan. Poderemos dar resposta às suas perguntas ou preocupações sobre benefícios, serviços, acesso a consultas, faturas erradas que tenha recebido ou outros problemas. Se possível, iremos resolver o seu problema no momento da sua chamada. Se tal não for possível, iremos pedir mais informações e entrar em contacto consigo nos prazos especificados na secção sobre recursos deste manual. Podemos pedir mais informações a qualquer momento.

Se apresentar uma reclamação por escrito, esta será processada como um recurso. Consulte a secção sobre recursos deste manual para mais informações.

Envie as reclamações por escrito para:

UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

Queixas

Um recurso é uma insatisfação relativamente a qualquer assunto, que não o facto de um serviço não estar coberto. Os exemplos de uma queixa incluem:

- Não está satisfeito com a forma como respondemos à sua reclamação.
- Discorda do facto de pedirmos mais tempo para tomar uma decisão em relação a uma autorização.
- Tem preocupações em relação à qualidade dos cuidados ou serviços prestados.
- Acha que um prestador ou um seu funcionário foi mal-educado.
- Acha que um prestador não respeitou os seus direitos enquanto associado.

Poderá apresentar um recurso em qualquer altura. Iremos responder ao seu recurso dentro de 90 dias consecutivos. Por vezes, precisamos de mais informações ou mais tempo para decidir. Se precisarmos de mais tempo, iremos entrar em contacto consigo para o informar.

Você ou o seu representante autorizado podem apresentar uma queixa por escrito ou telefone a qualquer momento. Apresentar um recurso não irá afetar a sua cobertura de saúde.

Recurso de direitos civis.

O UnitedHealthcare Community Plan não trata os associados de forma diferente conforme o sexo, idade, raça, cor, incapacidade ou nacionalidade. Se considera que recebeu um tratamento injusto devido ao seu sexo, idade, raça, cor, incapacidade ou nacionalidade, pode enviar um recurso para:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130

Tem de enviar o recurso no período de 60 dias consecutivos a contar da data em que teve conhecimento da situação. Ser-lhe-á enviada uma decisão no prazo de 30 dias consecutivos.

Recursos

Um recurso é um pedido para alterar uma decisão tomada pelo UnitedHealthcare Community Plan sobre cuidados médicos, serviços ou medicamentos que o associado ou o seu prestador acham que deve receber. Também pode ser um pedido para serviços ou aprovisionamentos que não estão incluídos nos seus benefícios abrangidos que o associado ou o seu prestador acham que o associado deve receber. O associado, ou um representante autorizado, pode apresentar um recurso por escrito, pessoalmente, ou através de contacto telefónico para o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan. Os pedidos para analisar serviços que foram recusados por nós devem ser feitos no prazo de 60 dias consecutivos a contar da nossa decisão de recusar um serviço ou um aprovisionamento. Iremos analisar os cuidados ou serviços que foram recusados ou a decisão que foi tomada em relação à cobertura.

Grievance and Appeals
UnitedHealthcare Community Plan
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

Pessoal qualificado do UnitedHealthcare Community Plan toma decisões em relação a recursos que não sejam relativos a questões clínicas. Profissionais de saúde qualificados tomam decisões sobre os recursos relativos a questões clínicas. Iremos tomar uma decisão justa em relação ao seu recurso no prazo de 30 dias consecutivos após a respetiva receção da nossa parte. Poderemos pedir-lhe mais 14 dias consecutivos se precisarmos de mais tempo para analisar o seu recurso.

O associado tem direitos.

- Tem o direito de pedir e receber cópias de todos os documentos relacionados com o seu recurso. Pode adicionar informações sobre o recurso ao seu ficheiro, por escrito ou pessoalmente.
- Tem o direito de continuar a receber serviços cobertos pela Medicaid enquanto o seu recurso estiver a ser analisado. Para que estes serviços cobertos pela Medicaid continuem, tem de nos contactar ou informar nos 10 dias consecutivos após o recurso ter sido negado. Se o seu recurso for recusado, poderá ter de pagar o custo de quaisquer benefícios que tenha continuado a receber. Se o seu recurso for aprovado e não tiver solicitado a continuação dos seus serviços enquanto aguardava a decisão sobre o seu recurso, iremos autorizar ou prestar serviços no prazo de 72 horas.
- Tem o direito a um recurso rápido se o seu prestador achar que um atraso nos seus cuidados ou tratamento poderá ser um risco para a sua vida ou causar-lhe dor grave. O associado ou o seu prestador devem entrar em contacto com o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan para pedir um recurso rápido.

Recursos urgentes (rápidos).

O associado pode pedir um recurso urgente (rápido) se estiver a aguardar há 30 dias consecutivos por uma decisão que pode causar dor grave ou pode representar um risco para a sua vida sem atenção médica imediata. Quando o seu prestador considerar que um atraso nos seus cuidados ou no seu tratamento pode constituir uma emergência médica, o associado ou o seu prestador devem contactar o número **1-800-587-5187, TTY 711** para solicitar um recurso rápido. Iremos responder ao seu recurso rápido nas 72 horas após a receção. Iremos responder ao seu recurso rápido nas 72 horas após a receção. Poderá ser necessário prolongar o tempo de análise até 14 dias. Se for necessário prolongar o prazo, iremos notificá-lo no prazo de 2 dias consecutivos da nossa decisão de prolongamento do prazo.

Se discordar da nossa decisão para demorarmos mais tempo, pode apresentar um recurso.

Se recusarmos o seu pedido para um recurso rápido, iremos decidir sobre o seu recurso nos 30 dias consecutivos após receção do seu recurso. Se discordar da nossa decisão de recusar o seu pedido para um recurso rápido, pode apresentar um recurso.

Recursos externos.

Depois de concluir o processo de recurso junto do seu MCO, e não estiver satisfeito, pode pedir a uma organização de revisão independente (Independent Review Organization, IRO) para analisar o seu recurso para serviços clínicos. Os pedidos de recursos externos têm de ser recebidos no prazo de quatro meses após a data da decisão relativa ao seu recurso. Entre em contacto com o número **1-800-587-5187, TTY 711** para ajuda ou instruções escritas sobre como apresentar um recurso externo.

Audiência justa junto do estado

Se não estiver satisfeito com o resultado da decisão de recurso do MCO, poderá pedir uma audiência justa junto do estado. O seu pedido tem de ser realizado nos cento e vinte dias (120) consecutivos desde a data da decisão do seu recurso. A audiência justa junto do estado é facilitada pelos Executive Office of Health and Human Services (EOHHS). Tem o direito à continuação dos serviços abrangidos pelo Medicaid enquanto espera uma Audiência Justa junto do estado. Se o recurso em sede de Audiência Justa junto do estado for recusado, pode ser responsável pelo custo de quaisquer benefícios que tenha continuado a receber. Para solicitar uma Audiência Justa do Medicaid junto do estado, pode:

- Contactar o número 401-462-2132 (TDD 401-462-3363), após ter terminado o processo de recurso interno do MCO, ou
- Enviar o seu pedido por fax para o número 401-462-0458, ou
- Enviar o seu pedido por e-mail para: OHHS.AppealsOffice@ohhs.ri.gov, ou
- Enviar o seu pedido por correio para:
EOHHS Appeals Office
Virks Building
3 West Road
Cranston, RI 02920

Reclamação sobre o processo de recurso

Pode apresentar uma reclamação a qualquer momento durante o processo de recurso junto do Office of the Health Insurance Commissioner (OHIC) (Gabinete do Comissário de Seguros de Saúde), através da linha de apoio ao consumidor:

RI Insurance Resource, Education, and Assistance Consumer Helpline (RIREACH)
1210 Pontiac Avenue
Cranston, RI 02920
Telephone: 1-855-747-3224
Website: www.rireach.org
E-mail: rireach@ripin.org

Para receber ajuda no âmbito da sua reclamação, queixa ou recurso, também pode contactar os RI Legal Services (Serviços Jurídicos de Rhode Island), através do número 401-274-2652.

Programa de qualidade

O nosso programa de qualidade pode ajudá-lo a manter-se saudável trabalhando com o seu médico. O programa de qualidade ajuda-o a lembrar-se de fazer exames preventivos e tomar vacinas para prevenir doenças. Enviamos-lhe a si e aos seus prestadores lembretes sobre testes de chumbo, Papanicolau, mamografias e vacinas para evitar doenças como a poliomielite, a papeira, o sarampo e a varicela.

O UnitedHealthcare Community Plan usa normas HEDIS® para ajudar a medir como está a correr o nosso programa de qualidade. HEDIS é um conjunto de medições e pontuações padronizadas destinadas a ajudar as pessoas a comparar o desempenho de planos de saúde geridos. O HEDIS estuda diversas áreas, tais como cuidados pré-natais e programas de prevenção de doenças.

O UnitedHealthcare Community Plan quer garantir que está satisfeito com os serviços que recebe do seu médico e de nós. Para o fazer, observamos dados CAHPS®. CAHPS significa “Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems” (Avaliação pelo Consumidor de Prestadores e Sistemas de Cuidados de Saúde). Este inquérito faz perguntas para saber em que medida está satisfeito com os cuidados que recebe. Caso receba um inquérito de associado pelo correio, pedimos-lhe que o preencha e no-lo devolva.

O UnitedHealthcare Community Plan analisa os resultados do HEDIS e da CAHPS. Depois, partilhamos os resultados com os nossos prestadores. Trabalhamos com os prestadores para assegurar que os serviços que lhe prestam e os serviços que lhe prestamos contribuem positivamente para os seus cuidados de saúde.

Se gostaria de saber mais sobre o programa de qualidade, ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**.

Outras informações do plano de saúde

Como anular a adesão ao UnitedHealthcare Community Plan

Poderá alterar o seu plano de saúde durante o período de adesão aberta anual do estado ou nos 90 dias consecutivos após aderir ao UnitedHealthcare Community Plan. Se pretender anular a sua adesão em qualquer outra altura, poderá fazê-lo por qualquer um dos seguintes motivos: má qualidade dos cuidados, fraca continuidade dos cuidados (tal como, falta de acesso ao seu Médico de família ou serviços de especialidade necessários), discriminação, falta de acesso a transporte, mudança de estado ou por outros bons motivos. Consulte www.eohhs.ri.gov para obter um formulário de pedido de alteração de planos de saúde (Request to Change Health Plans). O Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Rhode Island (EOHHS) irá decidir se um associado pode mudar de plano.

Coordenação de Benefícios (CdB)

Se o associado ou qualquer membro da sua família tem outro plano de saúde, esse plano será o seu seguro principal. O UnitedHealthcare Community Plan seria o seu plano de saúde secundário. Contacte o Serviço de Apoio a Associados se tiver outro seguro ou se essa cobertura tiver terminado.

Gestão da utilização

O UnitedHealthcare Community Plan não quer que receba cuidados a menos nem cuidados de que não precisa realmente. Também temos de garantir que os cuidados que recebe são um benefício coberto. Usamos a gestão da utilização (GU) para garantir que está a receber os cuidados certos na altura e no lugar certos.

Apenas médicos e farmacêuticos fazem a GU. As decisões de aprovação ou recusa baseiam-se nos cuidados e serviços, bem como nos seus benefícios. As decisões não são tomadas com base em recompensas financeiras ou de outro tipo. Caso tenha quaisquer perguntas, pode falar diretamente com a nossa equipa de GU através dos números 1-800-672-2156, TTY 711 ou 1-401-732-7373. Estão disponíveis 8 horas por dia, durante o horário normal de funcionamento. Se tiver de deixar uma mensagem, alguém irá entrar em contacto consigo. Também está disponível assistência linguística.

Caso receba uma fatura pelos serviços

Os hospitais e médicos aderentes não podem cobrar aos associados por serviços cobertos. Caso receba uma fatura, ligue para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**. Um representante irá averiguar consigo se precisa de pagar a conta ou se deverá enviá-la para nós para:

UnitedHealthcare Community Plan
Attention: Member Appeals
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131

Guarde uma cópia da fatura. Nós iremos analisar essas faturas para confirmarmos se os serviços são benefícios abrangidos. Caso estejam cobertos, pagaremos de imediato ao prestador de cuidados de saúde. Contacte o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**, para quaisquer perguntas.

Se receber um serviço coberto pelo UnitedHealthcare Community Plan, não deverá receber uma fatura. Se receber uma, ligue imediatamente para o seu prestador (médico ou hospital). Indique que tem um seguro no UnitedHealthcare Community Plan e certifique-se de que o prestador tem o seu número de identificação. Informe o prestador para parar de lhe cobrar e para enviar um pedido de reembolso ao UnitedHealthcare Community Plan.

Avaliação de novas tecnologias

Algumas práticas clínicas e tratamentos ainda não deram provas de ser eficazes. As novas práticas, tratamentos, exames e tecnologias são analisados a nível nacional pelo UnitedHealthcare Community Plan a fim de tomar decisões sobre novas práticas clínicas e tratamentos e para que doenças podem ser usados. Estas informações são analisadas por uma comissão de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e especialistas convidados do UnitedHealthcare Community Plan, que toma a decisão final sobre a cobertura. Caso pretenda mais informações acerca do modo como tomamos decisões sobre novas práticas clínicas e tratamentos, ligue-nos através do número **1-800-587-5187, TTY 711**.

CurrentCare[®]

Quanto mais informações os seus prestadores tiverem sobre o seu historial clínico, melhores cuidados poderão prestar-lhe. Pode consultar mais do que um prestador. Pode realizar consultas num hospital, consultório do prestador ou clínica comunitária. Cada um destes prestadores pode cuidar melhor de si se tiver acesso a todos os seus registos clínicos num só local. CurrentCare[®] é a base de dados que pode dar-lhes estes registos. É a rede de saúde eletrónica de Rhode Island. Se aderir, dá permissão para que os seus prestadores consultem a sua informação de saúde na base de dados. Isto mantém todos os seus prestadores informados e permite-lhes coordenar facilmente os seus cuidados de saúde. Se quiser aderir à CurrentCare, contacte o número 1-888-858-4815. A adesão não tem qualquer custo.

Base de dados de reclamação de todos os associados pagantes de Rhode Island

O UnitedHealthcare Community Plan é obrigado por lei a comunicar dados sobre a utilização e custos dos cuidados de saúde dos respetivos associados. Esta informação será incluída na Base de dados de reclamação de todos os associados pagantes de Rhode Island. Será utilizada por quem cria as políticas para tomar melhores decisões relativamente a cuidados de saúde. Você tem a opção:

1. Se quiser os dados da sua família nos registos, não tem de fazer nada.
2. Se quiser que os seus dados sejam omitidos, vá a www.riapcd-optout.com. Caso não possa aceder à Internet, ligue gratuitamente para o Apoio ao Cliente de Seguros de Saúde de Rhode Island através do número 1-855-747-3224. Se tiver uma pergunta ou quiser saber mais, envie um e-mail para riapcd@ohic.ri.gov.

Fraude, desperdício e abuso

Se suspeitar ou tiver conhecimento de fraude, desperdício ou abuso em curso, comunique-o imediatamente. A fraude acontece quando um associado ou prestador faz algo que não é honesto, para que ele/ela ou outra pessoa tenha resultados positivos ou algum tipo de benefício ou incentivo. O desperdício acontece quando existe uma sobre-utilização dos serviços ou outras práticas que, direta ou indiretamente, resultam em custos desnecessários para o sistema de saúde. O abuso acontece quando práticas empresariais ou médicas apropriadas não são seguidas, e o resultado é um custo desnecessário para o programa Medicaid. Comunicar fraude, desperdício e abuso não irá afetar a forma como será tratado pelo UnitedHealthcare Community Plan. Tem a opção de ficar anónimo quando faz a comunicação. Forneça o máximo de informação possível; isto irá ajudar quem investiga a comunicação.

Alguns exemplos de fraude, desperdício e abuso são:

- Partilha, empréstimo, alteração ou venda de um plano de saúde ou cartão de identificação do Rhode Island Medicaid para que outra pessoa possa obter serviços de cuidados de saúde.
- Utilizar o plano de saúde ou cartão de identificação do Rhode Island Medicaid de outra pessoa para obter serviços de cuidados de saúde.
- Utilizar o receituário do prestador para alterar ou falsificar uma receita do prestador para receber medicamentos.
- Receber benefícios em Rhode Island e noutro estado.
- Mentir sobre a quantidade de dinheiro que ganha ou onde vive para ser elegível para os benefícios.
- Vender ou dar receitas a outros que lhe foram receitadas a si.
- Prestadores ou hospitais que lhe faturam a si ou ao seu plano de saúde serviços que nunca foram prestados.

Existem muitas formas de comunicar fraude, desperdício e abuso:

- Contacte o Serviço de Apoio a Associados do UnitedHealthcare Community Plan através do número **1-800-587-5187, TTY 711** ou escreva uma carta para o UnitedHealthcare Community Plan, para 475 Kilvert Street, Warwick, RI 02886.
- Entre em contacto com:
 - RI Office of Program Integrity (Gabinete de Programa da Integridade de RI) através do número 401-462-6503.
 - Linha de ajuda do RI Department of Human Services Fraud (Departamento de Serviços Humanos e Fraude de RI) para comunicações sobre CCAP, SNAP, RI Works e GPA através do número 401-415-8300.
 - Department of RI Attorney General (Procurador-geral de RI) para relatórios sobre fraude do Medicaid, abuso ou negligência de doente ou desvio de medicamento através do número 401-222-2556 ou 401-274-4400 ext. 2269.

Paridade

Os serviços de saúde comportamental e distúrbio de dependência de substâncias são considerados benefícios de saúde essenciais. O UnitedHealthcare Community Plan garante que os requisitos financeiros (tais como, copagamentos e dedutíveis) e limitações de tratamentos (tais como, limites de consultas) que se aplicam a benefícios de saúde mental ou distúrbio de dependência de substâncias não são mais rigorosos do que os limites que os planos de seguro aplicam aos benefícios médicos ou cirúrgicos. Se achar que a sua capacidade de obter serviços de saúde comportamental é diferente de obter serviços médicos, contacte o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711** e informe-os de que tem uma reclamação de paridade.

Definições

Recurso: um recurso é um tipo especial de recurso que faz se não concordar com uma decisão de recusa de um pedido para serviços de cuidados de saúde. Também pode apresentar um recurso se discordar de uma decisão para interromper ou reduzir serviços que está a receber. Por exemplo, poderá pedir um recurso se o UnitedHealthcare Community Plan não pagar um item ou serviço que acha que deveria pagar. Existe um processo específico que temos de utilizar quando pede um recurso.

Reclamação: uma preocupação sobre benefícios, serviços, acesso a consultas, faturas erradas que tenha recebido ou outros problemas. Se possível, iremos resolver o seu problema no momento da sua chamada.

Coordenação de Benefícios (CdB): se o associado tem outro plano de saúde, esse plano será o seu seguro principal. O UnitedHealthcare Community Plan seria o seu plano de saúde secundário. Contacte o Serviço de Apoio a Associados se tiver outro seguro ou se essa cobertura tiver terminado.

Copagamento: um pagamento efetuado por um membro dos serviços de saúde além daquele feito por um segurado.

Equipamento Médico Duradouro (EMD): itens comprados ou alugados, tais como, camas de hospital, equipamento de oxigénio, equipamento de elevação de cadeira, cadeiras de rodas e outro equipamento clinicamente necessário indicado por um prestador de cuidados de saúde para utilização em casa de um doente.

Condição clínica de emergência: uma doença, lesão, sintoma ou condição tão grave que um leigo procuraria imediatamente ajuda para evitar problemas graves.

Transporte médico urgente: também conhecidos como serviços de ambulância ou serviços paramédicos, são serviços de emergência que tratam doenças e lesões que necessitam de resposta médica urgente e transporte para instalação de cuidados agudos.

Cuidados nas urgências: cuidados prestados para uma emergência médica quando acredita que a sua saúde está em perigo.

Serviços de urgência: uma emergência é uma doença ou lesão potencialmente fatal. Pode causar-lhe dor ou lesão grave se não receber tratamento imediatamente.

RDTPP: rastreio, diagnóstico e tratamento precoce e periódico.

Serviços excluídos: itens ou serviços que o UnitedHealthcare Community Plan não abrange.

Queixa: uma reclamação sobre a forma como o seu plano de saúde lhe presta cuidados ou insatisfação sobre qualquer coisa que não um serviço que não esteja abrangido. Exemplos de uma queixa incluem: insatisfação com a forma como o seu plano de saúde respondeu à sua reclamação; o seu plano de saúde pede mais tempo para tomar uma decisão de autorização; tem preocupações relativamente à qualidade dos cuidados ou serviços que obteve; acha que um prestador ou respetivo funcionário foi mal-educado, ou acha que um prestador não respeitou os seus direitos de associado. Uma queixa não é a forma de lidar com uma reclamação sobre uma decisão de tratamento ou um serviço que não está abrangido (consulte *Recurso*).

Serviços e dispositivo de capacitação: serviços de cuidados de saúde que o ajudam a manter, aprender ou melhorar competências necessárias para a vida diária. Os exemplos incluem terapia para uma criança que não anda ou não fala na idade esperada. Estes serviços poderão incluir fisioterapia e terapia ocupacional, terapia da fala e outros serviços para pessoas com incapacidades em vários ambientes de internamento e/ou ambulatório.

Seguro de saúde: um contrato que requer que a sua seguradora pague uma parte ou a totalidade dos seus custos de cuidados de saúde em troca de um prémio.

Cuidados de saúde domiciliários: serviços de enfermagem especializados e auxiliares para assistência domiciliária, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e da linguagem, serviços sociais médicos, equipamento médico duradouro (tais como, cadeiras de rodas, camas de hospital, oxigénio e andarilhos), aprovisionamentos médicos e outros serviços fornecidos em casa.

Assistência clinicamente necessária: cuidados diretos, serviços e aprovisionamentos necessários para o diagnóstico ou tratamento da sua condição clínica, saúde comportamental ou prevenção do agravamento da sua condição. Têm de cumprir as normas das boas práticas clínicas e não existem para conveniência, sua ou do seu médico.

Rede: um grupo de médicos, hospitais, farmácias e outros especialistas de cuidados de saúde contratados por um plano de saúde para cuidar dos seus associados.

Prestador não participante: um prestador ou fornecedor de cuidados de saúde que não é contratado do nosso plano de saúde.

Serviços médicos: serviços prestados por um indivíduo licenciado sob a legislação estatal para praticar medicina ou osteopata.

Plano: entidade de cuidados geridos que gere a prestação de serviços de cuidados de saúde.

Pré-autorização (autorização prévia): aprovação do plano de saúde necessária antes de obter os cuidados.

Prestador participante: um prestador ou fornecedor de cuidados de saúde contratado pelo Plano e que concorda aceitar os membros do plano de saúde. Também conhecido como prestador da rede ou na rede.

Prémio: o montante pago pelo seguro de saúde todos os meses.

Cobertura de medicamentos sujeitos a receita médica: o seguro de saúde ou plano que ajuda a pagar os medicamentos e medicações sujeitos a receita médica.

Medicamentos sujeitos a receita médica: medicamentos e medicações que, por lei, exigem uma receita.

Médico de família/prestador de cuidados primários: um médico, enfermeiro, médico assistente com formação para lhe prestar cuidados básicos. O seu Prestador de Cuidados Primários (Médico de família) é a pessoa que consulta em primeiro lugar para a maior parte dos seus problemas de saúde. Ele ou ela garante que obtém os cuidados de que necessita para se manter saudável.

Outros detalhes do plano

Encaminhamento: pedido do seu Médico de família ao seu plano de saúde para aprovar uma consulta e/ou tratamento num especialista.

Serviços e dispositivos de reabilitação: serviços pedidos pelo seu Médico de família para o ajudar a recuperar de uma doença ou lesão. Estes serviços são prestados por enfermeiros ou fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. Os exemplos incluem trabalhar com um fisioterapeuta para o ajudar a andar e com um terapeuta ocupacional para o ajudar a vestir-se.

Cuidados de enfermagem especializados: um nível de cuidados que inclui serviços que apenas podem ser realizados de forma segura e correta por um enfermeiro licenciado (quer um enfermeiro registado ou técnico de enfermagem).

Especialista: um médico que trata apenas determinadas partes do corpo, determinados problemas de saúde ou determinados grupos etários. Por exemplo, alguns médicos tratam apenas problemas de coração.

Cuidados urgentes: cuidados que obtém para uma doença ou lesão súbita que precisa de cuidados urgentes imediatamente, mas que não representa perigo de vida. O seu prestador de cuidados primários geralmente presta cuidados urgentes.

AVISOS DO PLANO DE SAÚDE SOBRE PRÁTICAS DE CONFIDENCIALIDADE

ESTE AVISO INDICA DE QUE FORMA AS SUAS INFORMAÇÕES CLÍNICAS PODEM SER USADAS. INDICA COMO PODE ACEDER A ESTAS INFORMAÇÕES. LEIA-O ATENTAMENTE.

Em vigor a partir de 1 de janeiro de 2019.

Por lei, nós¹ temos a obrigação de proteger a confidencialidade das suas informações de saúde (“IS”). Temos de lhe enviar este aviso. Que lhe indica:

- Como podemos usar as suas IS.
- Quando podemos partilhar as suas IS com os outros.
- Que direitos tem para aceder às suas IS.

Por lei, temos de cumprir os termos deste aviso.

As IS são informações sobre a sua saúde ou os seus serviços de cuidados de saúde. Temos o direito de alterar as nossas práticas de confidencialidade para o processamento de IS. Se o fizermos, iremos notificá-lo por correio ou por e-mail. Também iremos publicar o novo aviso neste website (www.uhccommunityplan.com). Iremos notificá-lo de uma violação das suas IS. Recolhemos e mantemos as suas IS para que possamos desempenhar a nossa atividade. As IS podem ser verbais, escritas ou eletrónicas. Limitamos o acesso dos colaboradores e prestadores de serviços às suas IS. Implementámos salvaguardas para proteger as suas IS.

Como usamos ou partilhamos as suas informações

Temos de usar e partilhar as suas IS:

- Consigo ou com o seu representante legal.
- Com agências governamentais.

Temos o direito de utilizar e partilhar as suas IS para determinados fins. Obrigatoriamente, para o seu tratamento, o pagamento dos seus cuidados ou o desempenho da nossa atividade. Podemos usar e partilhar as suas IS como se segue.

- **Para pagamentos.** Podemos usar ou partilhar as suas IS para processar pagamentos de prémios e pedidos de reembolso. Isto pode incluir coordenar benefícios.
- **Para tratamento ou gestão de cuidados.** Podemos partilhar as suas IS com os seus prestadores para os ajudar a prestar-lhe cuidados.
- **Para operações de cuidados de saúde.** Podemos sugerir um programa de bem-estar ou de gestão da doença. Podemos estudar os dados para melhorarmos os nossos serviços.
- **Para lhe falarmos sobre Programas de Saúde ou Produtos.** Podemos falar-lhe sobre outros tratamentos, produtos e serviços. Estas atividades podem ser limitadas por lei.
- **Para Promotores do Plano.** Podemos fornecer IS de adesão, anulação da adesão e resumidas à sua entidade patronal. Podemos fornecer-lhes outras IS se limitarem devidamente a sua utilização.

Outros detalhes do plano

- **Para fins de subscrição.** Podemos usar as suas IS para tomar decisões de subscrição. Não usaremos as suas IS genéticas para fins de subscrição.
- **Para lembretes sobre benefícios ou sobre cuidados.** Podemos usar as suas IS para lhe enviarmos lembretes das suas consultas e informações sobre os seus benefícios de saúde.

Podemos usar ou partilhar as suas IS como se segue.

- **Conforme exigido por lei.**
- **Com pessoas envolvidas nos seus cuidados.** Pode tratar-se de um familiar em caso de emergência. Pode acontecer se não estiver capaz de concordar ou objetar. Se não estiver capaz de objetar, usaremos o nosso melhor critério. Se permitido, depois do seu falecimento, podemos partilhar IS com familiares ou amigos que tenham ajudado nos seus cuidados.
- **Para atividades de saúde pública.** Pode destinar-se a evitar epidemias de doenças.
- **Para denunciar abusos, negligência ou violência doméstica.** Apenas podemos partilhar com entidades com permissão legal para obter estas IS. Pode tratar-se de uma entidade social ou de serviços de proteção.
- **Para atividades de fiscalização de saúde** a uma entidade com permissão legal para obter as IS. Pode ser por motivo de licenciamento, auditorias e investigações de fraude e abuso.
- **Para procedimentos judiciais ou administrativos.** Para responder a uma ordem ou mandado do tribunal.
- **Para aplicação da lei.** Para encontrar uma pessoa desaparecida ou denunciar um crime.
- **Para ameaças à saúde ou à segurança.** Aplica-se a agências de saúde pública ou de aplicação da lei. Um exemplo disso é uma emergência ou catástrofe.
- **Para funções governamentais.** Pode ser para uso militar e de veteranos, segurança nacional ou serviços de proteção.
- **Para a compensação de trabalhadores.** Para cumprir as leis laborais.
- **Para investigação.** Para estudar casos de doença ou incapacidade.
- **Para dar informações sobre pessoas falecidas.** Pode ser a um médico legista ou a um patologista. Para identificar o falecido, encontrar uma causa de morte ou conforme estipulado por lei. Podemos dar IS a agentes funerários.
- **Para transplante de órgãos.** Para ajudar a receber, conservar ou transplantar órgãos, olhos ou tecidos.
- **Para instituições de correção ou aplicação da lei.** (1) Para prestar cuidados de saúde; (2) para proteger a sua saúde e a saúde dos outros; e (3) para segurança da instituição.
- **Com os nossos associados comerciais se necessário para lhe prestar serviços.** Os nossos parceiros concordam em proteger as suas IS. Não estão autorizados a usar as IS de outra forma que não a permitida segundo o nosso contrato com eles.

- **Outras restrições.** As leis federais e estaduais podem limitar adicionalmente a nossa utilização das IS abaixo indicadas. Seguiremos as leis mais rigorosas aplicáveis.
 1. Abuso de álcool e substâncias
 2. Informação biométrica
 3. Abuso ou negligência, incluindo agressão sexual, de crianças ou adultos
 4. Doenças comunicáveis
 5. Informações genéticas
 6. VIH/SIDA
 7. Saúde mental
 8. Informação sobre menores
 9. Receitas médicas
 10. Saúde reprodutiva
 11. Doenças sexualmente transmissíveis

Iremos usar as suas IS apenas conforme descrito neste documento ou com o seu consentimento por escrito. Iremos obter o seu consentimento por escrito para partilhar notas de psicoterapia sobre si. Iremos obter o seu consentimento por escrito para vender as suas IS a terceiros. Iremos obter o seu consentimento por escrito para usarmos as suas IS em determinadas listas de envio promocionais. Se nos permitir a partilha das suas IS, o destinatário poderá continuar a partilhá-las. Pode retirar o seu consentimento. Para saber como, ligue para o número de telefone indicado no seu cartão de identificação.

Os seus direitos

Tem os seguintes direitos.

- **De nos pedir que limitemos** o uso ou a partilha para operações de tratamento, pagamento ou cuidados de saúde. Pode pedir que limitemos a partilha com familiares ou outras pessoas. Podemos permitir que os seus dependentes peçam limites. **Tentaremos honrar o seu pedido, mas não temos de o fazer.**
- **De pedir para receber as informações confidenciais** de um outro modo ou num outro local. Por exemplo, num apartado em vez de em sua casa. Concordaremos com o seu pedido quando uma divulgação possa colocá-lo em perigo. Aceitamos pedidos verbais. Pode alterar o seu pedido. Isto tem de ser feito por escrito. Envie-o para a morada indicada abaixo.
- **Consultar ou obter uma cópia** de determinadas IS. Tem de pedir por escrito. Envie-o para a morada indicada abaixo. Se mantivermos estes registos em formato eletrónico, pode pedir uma cópia eletrónica. Poderá pedir que o seu registo seja enviado a um terceiro. Podemos enviar-lhe um resumo. Podemos cobrar pelas cópias. Podemos recusar o seu pedido. Caso recusemos o seu pedido, poderá pedir uma análise da recusa.
- **De solicitar uma alteração.** Caso pense que as suas IS estão erradas ou incompletas, poderá pedir para as alterar. Tem de pedir por escrito. Tem de apresentar motivos para a alteração. Envie o pedido para a morada indicada abaixo. Caso recusemos o seu pedido, poderá juntar a sua discordância às suas IS.

Outros detalhes do plano

- **De obter uma contabilização** das IS partilhadas nos seis anos anteriores ao seu pedido. Não incluirá qualquer IS partilhada pelas seguintes razões: (i) Para tratamento, pagamento de operações de cuidados de saúde; (ii) Com ou sem o seu consentimento; (iii) Com instituições correcionais ou forças da lei. Isto não irá enumerar as divulgações que a lei federal não nos obriga a acompanhar.
- **De obter uma cópia em papel desta notificação.** Poderá solicitar uma cópia em papel a qualquer altura. Também poderá obter uma cópia no nosso website (www.uhccommunityplan.com).

Usar os seus direitos

- **Para contactar o seu plano de saúde. Ligue para o número de telefone indicado no seu cartão de identificação.** Ou pode contactar o Centro de Apoio do UnitedHealth Group através do número **1-866-633-2446**, ou **TTY 711**.
- **Para submeter um pedido por escrito.** Envie a correspondência para:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **Para apresentar uma queixa.** Se considera que os seus direitos de confidencialidade foram violados, poderá enviar uma queixa para a morada indicada acima.

Também poderá notificar o Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

Não tomaremos quaisquer medidas contra si por apresentar uma reclamação.

¹ Esta Notificação de Práticas de Confidencialidade das Informações Clínicas aplica-se aos seguintes planos de saúde que estão afiliados ao UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Inc.; Symphonix Health Insurance, Inc.; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc.
Esta lista de planos de saúde está completa à data de entrada em vigor deste aviso. Para uma lista atualizada dos planos de saúde sujeitos a este aviso consulte www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en ou telefone para o número de telefone no seu cartão de identificação do plano de saúde.

Aviso de Confidencialidade das Informações Financeiras

ESTE AVISO REVELA DE QUE FORMA AS SUAS INFORMAÇÕES FINANCEIRAS PODEM SER USADAS E PARTILHADAS. ANALISE-O ATENTAMENTE.

Em vigor a partir de 1 de janeiro de 2019.

Nós² protegemos as suas “informações financeiras” (“IF”) pessoais. As IF são informações não relacionadas com saúde. As IF são informações que o identificam e, de uma forma geral, não são públicas.

Informações que recolhemos

- Obtemos IF a partir das suas candidaturas ou formulários. Estas podem ser o nome, morada, idade e número da segurança social.
- Obtemos IF a partir das suas transações connosco ou com terceiros. Podem ser dados de pagamentos de prémios.

Partilha de IF

Apenas partilhamos IF conforme permitido por lei.

Podemos partilhar as suas IF para desempenharmos a nossa atividade. Podemos partilhar as suas IF com as nossas Afiliadas. Não necessitamos do seu consentimento para tal.

- Podemos partilhar as suas IF para processar transações.
- Podemos partilhar as suas IF para manutenção da(s) sua(s) conta(s).
- Podemos partilhar as suas IF para responder a ordens do tribunal e investigações legais.
- Podemos partilhar as suas IF com empresas que preparem os nossos materiais de marketing.

Confidencialidade e segurança

Limitamos o acesso dos colaboradores e prestadores de serviço às suas IF. Implementámos salvaguardas para proteger as suas IF.

Outros detalhes do plano

Perguntas sobre este aviso

Ligue **para o número de telefone gratuito para associados indicado no seu cartão de identificação do plano de saúde** ou contacte o Centro de Apoio ao Cliente do UnitedHealth Group através do número **1-866-633-2446**, ou **TTY 711**.

² Para fins desta Notificação de Confidencialidade de Informações Financeiras, “nós” ou “a nós” refere-se às entidades enumeradas no rodapé 1, começando na última página dos Avisos do Plano de Saúde sobre Práticas de Confidencialidade, mais as seguintes afiliadas da UnitedHealthcare: AmeriChoice Health Services, Inc.; CNIC Health Solutions, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; HealthAllies, Inc.; LifePrint East, Inc.; Life Print Health, Inc.; MAMSI Insurance Resources, LLC; Managed Physical Network, Inc.; OneNet PPO, LLC; OptumHealth Care Solutions, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet, LLC; OrthoNet of the Mid-Atlantic, Inc.; OrthoNet West, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO of Florida, Ltd.; POMCO West, Inc.; POMCO, Inc.; Spectera, Inc.; UMR, Inc.; Unison Administrative Services, LLC; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Services LLC; y UnitedHealthcare Services Company of the River Valley, Inc. Esta Notificação de Confidencialidade de Informações Financeiras só se aplica quando tal for exigido por lei. Especificamente, não se aplica a (1) seguros de cuidados de saúde oferecidos no Nevada pela Health Plan of Nevada, Inc. e Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ou (2) outros planos de saúde do UnitedHealth Group em estados que estabelecem exceções. Uma lista dos planos de saúde é à data de entrada em vigor deste aviso. Para uma lista atualizada dos planos de saúde sujeitos a este aviso consulte www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2-en ou telefone para o número de telefone no seu cartão de identificação do plano de saúde.



O UnitedHealthcare Community Plan não trata os associados de forma diferente conforme o sexo, idade, raça, cor, incapacidade ou nacionalidade.

Se considera que recebeu um tratamento injusto devido ao seu sexo, idade, raça, cor, incapacidade ou nacionalidade, pode enviar uma reclamação para:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Tem de enviar a reclamação no espaço de 60 dias a contar da data em que teve conhecimento da situação. Ser-lhe-á enviada uma decisão no prazo de 30 dias. Se não concordar com a decisão, tem 15 dias para nos pedir que a analisemos novamente.

Se necessitar de ajuda com a sua reclamação, ligue para o número gratuito para associados indicado no cartão de identificação do seu plano de saúde, TTY 711, de segunda a sexta, das 8:00 às 18:00.

Pode também apresentar uma reclamação junto do Dept. de Saúde e Serviços Humanos dos EUA.

Online:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Formulários de reclamação disponíveis em

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Telefone:

Número gratuito 1-800-368-1019, **1-800-537-7697** (TDD)

Correio:

U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Se necessitar de ajuda com a sua reclamação, telefone para o número de associado gratuito indicado no seu cartão de identificação de associado.

Oferecemos serviços gratuitos para ajudá-lo a comunicar connosco. Tais como, cartas noutros idiomas ou com caracteres grandes. Também poderá solicitar um intérprete. Para pedir ajuda, ligue para o número gratuito para associados indicado no cartão de identificação do seu plano de saúde, TTY 711, de segunda a sexta, das 8:00 às 18:00.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-587-5187, TTY 711.

Spanish

ATENCIÓN: Los servicios de asistencia de idiomas están a su disposición sin cargo. Llame al 1-800-587-5187, TTY 711.

Portuguese

ATENÇÃO: Encontram-se disponíveis serviços de assistência de idioma. Contacte 1-800-587-5187, TTY 711.

Chinese

注意：我們提供免費的語言協助服務。請致電 1-800-587-5187 或聽障專線 (TTY) 711。

French Creole (Haitian Creole)

ATANSYON: Gen sèvis èd pou lang, gratis, ki disponib pou ou. Rele 1-800-587-5187, TTY 711.

Mon-Khmer, Cambodian

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដែលឥតគិតថ្លៃ មានសម្រាប់អ្នក ។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-587-5187, TTY 711 ។

French

ATTENTION : vous pouvez profiter d'une assistance linguistique sans frais en appelant le 1-800-587-5187, TTY 711.

Italian

ATTENZIONE: È disponibile un servizio gratuito di assistenza linguistica. Chiamare il numero 1-800-587-5187, TTY 711.

Laotian

ໝາຍເຫດ: ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າແມ່ນມີໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທຫາ 1-800-587-5187, TTY 711.

Arabic

تنبيه: تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-587-5187، الهاتف النصي: 711.

Russian

ВНИМАНИЕ! Языковые услуги предоставляются вам бесплатно. Звоните по телефону 1-800-587-5187, TTY 711.

Vietnamese

LƯU Ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, dành cho bạn. Hãy gọi 1-800-587-5187, TTY 711.

Kru (Bassa)

TÒ ĐUŨ NÒMÒ DYÍIN CÁO: À bédé gbo-kpá-kpá bó wuḍu-dù kò-kò po-nyò bě bìi nō à gbo bó pídyi. M̄ dyi gbo-kpá-kpá m̄wín, dá nòbà nià ke: 1-800-587-5187, TTY 711.

Igbo

NRỤBAMA: Ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijirị gị. Kpọọ 1-800-587-5187, TTY 711.

Yoruba

AKIYESI: Iranlowo siso ede, o wa ni ofe fun o. Pe 1-800-587-5187, TTY 711.

Polish

UWAGA: Zapewniamy bezpłatne wsparcie tłumaczeniowe. Prosimy o kontakt telefoniczny: 1-800-587-5187, TTY 711.

Estamos aqui para si.

Lembre-se: estamos sempre prontos para responder a quaisquer perguntas que possa ter. Basta ligar para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY 711**, das 8:00 às 18:00. Também poderá visitar o nosso website em UHCCommunityPlan.com.

UnitedHealthcare Community Plan
475 Kilvert Street, Suite 310
Warwick, RI 02886

UHCCommunityPlan.com

1-800-587-5187, TTY 711



