



# Benefícios

## Benefícios cobertos pelo UnitedHealthcare Community Plan

Como associado do UnitedHealthcare Community Plan, tem os seguintes serviços cobertos. (Lembre-se de mostrar sempre o seu cartão de identificação de associado ao obter serviços. Este confirma a sua cobertura.) Se um prestador lhe disser que um serviço não está coberto pela UnitedHealthcare e ainda assim quiser esse serviço, poderá responsabilizar-se pelo pagamento. Pode sempre ligar para o Serviço de Apoio a Associados através do número **1-800-587-5187, TTY: 711**, para colocar questões sobre benefícios.

### Rhody Health Partners.

Benefício	Cobertura
Serviços de interrupção voluntária da gravidez	Não abrangidos, exceto para preservar a vida da mulher ou em casos de violação ou de incesto.
Serviços de dia para adultos	Abrangidos quando solicitados por um médico da rede.
Tratamento de abuso de álcool e substâncias	<b>Internamento:</b> abrangido. Inclui tratamento de dia, hospitalização parcial e tratamento domiciliário, exceto para tratamento domiciliário de crianças solicitado pelo Departamento de Crianças, Jovens e Famílias (Department of Children, Youth and Families, DCYF), e exceto tratamento domiciliário de abuso de substâncias para crianças com idades dos 13 aos 17 anos. Os serviços de tratamento domiciliário abrangidos excluem alojamento e alimentação. (Poderá ser usado o Butler Hospital para serviços.)  <b>Ambulatório:</b> abrangido. Inclui manutenção de metadona, desintoxicação em ambulatório com metadona, consultas colaterais e serviços ordenados pelo tribunal prestados por um prestador da rede.
Cirurgia estética	Não abrangida, exceto cirurgia clinicamente necessária para tratar doenças ou lesões para restituir ou proporcionar funções. A reconstrução mamária após uma mastectomia está abrangida.

## Benefícios

Benefício	Cobertura
<b>Cuidados dentários</b>	<b>Urgência:</b> abrangido. Cuidados de emergência para controlar a dor, hemorragia, infecção ou lesão acidental. <b>Rotina:</b> abrangido. Checkups e tratamento usando o seu cartão Medicaid.
<b>Diabetes</b>	Abrange educação, consultas e suprimentos (medidores de glicemia, tiras-teste, lancetas, auxiliares de injeção de insulina, seringas e calçado moldado).
<b>Diálise</b>	Abrangido.
<b>Medicação</b> (sujeita a receita médica e não sujeita a receita médica)	Abrangido. Substituição por genérico obrigatória, salvo indicação em contrário de um prestador da rede. Autorização prévia para alguns medicamentos sujeitos a receita médica. Muitos medicamentos não sujeitos a receita médica estão cobertos, incluindo de cessação tabágica. Não abrangidos: os medicamentos para a disfunção sexual ou erétil não estão abrangidos.
<b>Equipamento Médico Duradouro (EMD)</b>	Abrangidos quando solicitados por um médico da rede. Inclui aparelhos cirúrgicos, dispositivos prostéticos, dispositivos ortóticos, tecnologia de apoio e suprimentos médicos cobertos pelo programa Medicaid.
<b>Aulas educativas</b> (parto, parentalidade, cessação tabágica, diabetes, asma, nutrição, etc.)	Abrangido.
<b>Serviços de urgência</b>	Abrangido.
<b>Transporte de emergência</b>	Abrangido.
<b>Procedimentos experimentais</b>	Não abrangidos, exceto quando exista uma ordem estatal de cobertura.
<b>Cuidados dos olhos</b>	<b>Para adultos:</b> abrangido. Exames oculares de rotina, incluindo refrações, e um par de óculos, conforme necessário, por período de 2 anos. Exames e tratamento de doenças ou lesões conforme indicado pelo seu Prestador de Cuidados Primários. Exames oculares e lentes de óculos anuais para associados que tenham diabetes; as armações estão cobertas apenas a cada 2 anos.

Benefício	Cobertura
<b>Métodos de Planejamento Familiar</b> (com e sem prescrição médica)	Abrangido. Limitado a 12 suprimentos para 30 dias por ano. Os contraceptivos cobertos incluem os contraceptivos orais, DIU, capuz cervical, diafragma e Depo-Provera. Os métodos não sujeitos a receita médica cobertos incluem espuma, geleia espermicida e preservativos. Contraceptivos de emergência conforme necessário. A esterilização está abrangida em muitos casos. Tem que cumprir as diretrizes estaduais e federais e ter o Formulário de Consentimento Informado da Rhode Island Medicaid assinado pelo menos 30 dias antes.
<b>Serviços de planejamento familiar</b>	Os associados do sexo feminino aderentes têm liberdade para escolher os prestadores de serviços de planejamento familiar.
<b>Terapia auditiva</b>	Abrangido.
<b>Terapia de serviços e cuidados de saúde domiciliares</b>	Abrangidos quando indicados por um médico da rede.
<b>Cuidados em lar</b>	Abrangidos quando indicados por um médico da rede, até 210 dias de tempo de vida apenas para tratamento paliativo.
<b>Cuidados hospitalares</b>	Abrangido. Quarto particular não abrangido salvo se clinicamente necessário.
<b>Tratamento de infertilidade</b>	Não abrangido.
<b>Intérpretes</b>	Abrangido. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados. Requer uma antecedência de 72 horas. Os serviços de linguagem gestual requerem uma antecedência de 2 semanas.
<b>Exames laboratoriais</b>	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede.
<b>Terapia da fala</b>	Abrangida quando indicada pelo seu Prestador de Cuidados Primários.
<b>Equipamento médico</b>	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede.
<b>Saúde mental</b> (internamento e ambulatório)	Abrangido. Os associados podem auto-encaminhar-se como doentes ambulatoriais a um prestador da rede. Inclui tratamento de dia e domiciliário. Requer autorização prévia da Optum Behavioral Health através do número <b>1-800-435-7486</b> . Poderá ser usado o Butler Hospital para serviços.

## Benefícios

Benefício	Cobertura
<b>Transporte médico não urgente</b>	Abrangido com um passe de Identificação Gratuito RIPTA para andar nos autocarros RIPTA ou outro transporte apropriado na Linha de Transporte Medicaid.
<b>Lares de terceira idade</b> (instalação de lar habilitada)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede. Os Rhody Health Partners estão cobertos durante 30 dias consecutivos. Caso sejam necessários serviços durante mais do que 30 dias consecutivos, ver “Benefícios fora do plano.”
<b>Aconselhamento nutricional</b>	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede. Apenas encaminhamentos para nutricionistas qualificados.
<b>Serviços hospitalares ambulatoriais</b> (incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, auditiva, respiratória e da fala)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede. Inclui os serviços abrangidos prestados em contexto hospitalar ambulatorio.
<b>Imagiologia em ambulatório</b>	Abrangido. Exames de RM, MRA, TAC e PET estão abrangidos com autorização prévia.
<b>Serviços de reabilitação em ambulatório</b> (cardíaca, ocupacional e da fala)	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede.
<b>Serviços médicos</b>	Abrangido. Incluindo anestesia para cirurgia oral e dentária incluindo articulação temporomandibular (ATM). Até uma consulta anual e cinco consultas de ginecologia anuais a um prestador da rede para planeamento familiar (abrangido sem encaminhamento por um Prestador de Cuidados Primários). Imunizações e vacinas abrangidas (exceto para viagens).
<b>Serviços de cuidados pós-estabilização</b>	Abrangidos por serviços relacionados com um problema médico de emergência que são prestados após a doença estar estabilizada.
<b>Cuidados de podologia</b> (pé)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede.
<b>Cuidados na gravidez</b>	Abrangidos, incluindo cuidados pós-parto, serviços de aleitamento e bombas de aleitamento.

<b>Benefício</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Quartos em hospitais privados</b>	Não abrangidos salvo se clinicamente necessário.
<b>Serviços de outros profissionais de saúde</b>	Abrangidos se encaminhados por um prestador dentro da rede. Profissionais de saúde certificados e licenciados pelo estado de Rhode Island, incluindo enfermeiros clínicos, assistentes médicos, assistentes sociais, nutricionistas licenciados, psicólogos e enfermeiras-parteiras licenciadas.
<b>Serviços fora de Rhode Island</b>	Não abrangidos, salvo se forem de um prestador da rede ou se um benefício abrangido não estiver disponível dentro da rede.
<b>Serviços fora dos Estados Unidos</b>	Não abrangidos.
<b>Cirurgia</b> (ambulatória, de urgência, em internamento e reconstrutiva)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede. É abrangida a cirurgia de urgência. Estão abrangidas segundas opiniões cirúrgicas.
<b>Exames</b> (diagnóstico)	Estão abrangidos exames laboratoriais (análises de sangue e urina, etc.), radiografias e outros exames de diagnóstico quando indicados por um prestador da rede.
<b>Serviços de transplante</b>	Abrangidos quando solicitados por um médico da rede.

# Benefícios fora do plano

Existem muitos serviços que estão abrangidos pela Rhode Island Medicaid e que não estão abrangidos pelo UnitedHealthCare. Terá de mostrar o seu cartão Rhode Island Medicaid (aquele que tem a âncora) para obter estes serviços.

### **Todos os aderentes da Rhody Health Partners.**

- Cuidados dentários de rotina para adultos.
- Serviços de saúde mental e abuso de substâncias ordenados pelo tribunal em que o tribunal especifica um prestador fora da rede.
- Gestão não médica de caso de SIDA.
- Serviços de transporte não urgente.
- Serviços de lar além de 30 dias consecutivos.
- Serviços domiciliários para clientes MR/DD.
- Serviços cobertos por Home and Community-Based Waivers (Isenções Domiciliárias e Baseadas na Comunidade).

---

## **Todos os Rhody Health Partners irão receber os seguintes Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias Fora do Plano:**

### **Saúde mental:**

- Programas de Reabilitação Psiquiátrica de Dia.
- Tratamento de Apoio Psiquiátrico à Comunidade.
- Intervenção em crise para indivíduos com SPMI inscritos em CSP.
- Serviços médicos prestados num CMHC para indivíduos com SPMI inscritos em CSP.
- Residências de Reabilitação Psiquiátrica e de Saúde Mental.
- Tratamento I e II em Comunidade RI-Assertiva.

### **Abuso de substâncias:**

- Tratamento de narcóticos com base na comunidade.
- Desintoxicação com base na comunidade.
- Tratamento domiciliário.

**Benefícios não abrangidos:**

Os seguintes serviços não estão abrangidos pelo UnitedHealthcare Community Plan:

- Procedimentos experimentais, exceto quando exista uma ordem estatal para cobertura.
- Serviços de interrupção voluntária da gravidez, exceto para preservar a vida da mulher ou em caso de violação ou incesto.
- Quartos particulares em hospitais (salvo se clinicamente necessário).
- Cirurgia estética.
- Serviços de tratamento da infertilidade.
- Serviços fora do território dos Estados Unidos.
- Serviços fora de Rhode Island, salvo se de um prestador da rede ou se um benefício abrangido não estiver disponível na rede.
- Medicações para disfunção sexual ou erétil.

Os serviços de urgência estão sempre abrangidos apenas nos 50 Estados e territórios dos Estados Unidos. Dirija-se ao serviço de urgência mais próximo caso tenha uma emergência.

## Benefícios

### Rhody Health Partners ACA Adult Expansion.

Benefício	Cobertura
<b>Serviços de interrupção voluntária da gravidez</b>	Não abrangidos, exceto para preservar a vida da mulher ou em casos de violação ou de incesto.
<b>Serviços de dia para adultos</b>	Abrangidos quando solicitados por um médico da rede.
<b>SIDA Gestão do caso clínica e não clínica</b>	Abrangido.  Serviços que prestam aconselhamento e assistência a clientes na obtenção de serviços médicos, sociais, comunitários, legais, financeiros e outros serviços necessários.
<b>Tratamento de abuso de álcool e substâncias</b>	<b>Internamento:</b> abrangido. Inclui tratamento de dia, hospitalização parcial e tratamento domiciliário, exceto para tratamento domiciliário de crianças solicitado pelo Departamento de Crianças, Jovens e Famílias (Department of Children, Youth and Families, DCYF), e exceto tratamento domiciliário de abuso de substâncias para crianças com idades dos 13 aos 17 anos. Os serviços de tratamento domiciliário abrangidos excluem alojamento e alimentação. (Poderá ser usado o Butler Hospital para serviços.)  <b>Ambulatório:</b> abrangido. Inclui manutenção de metadona, desintoxicação em ambulatório com metadona, desintoxicação de álcool e substâncias, consultas colaterais e serviços ordenados pelo tribunal prestados por um prestador da rede.
<b>Cirurgia estética</b>	Não abrangida, exceto cirurgia clinicamente necessária para tratar doenças ou lesões para restituir ou proporcionar funções. A reconstrução mamária após uma mastectomia está abrangida.
<b>Cuidados dentários</b>	<b>Urgência:</b> abrangidos. Cuidados de emergência para controlar a dor, hemorragia, infeção ou lesão accidental.  <b>Rotina:</b> abrangidos. Checkups e tratamento usando o seu cartão Medicaid.
<b>Diabetes</b>	Abrange educação, consultas e suprimentos (medidores de glicemia, tiras-teste, lancetas, auxiliares de injeção de insulina, seringas e calçado moldado).
<b>Diálise</b>	Abrangida.

Benefício	Cobertura
<b>Medicação</b> (sujeita a receita médica e não sujeita a receita médica)	Abrangido. Substituição por genérico obrigatória, salvo indicação em contrário de um prestador da rede. Autorização prévia para alguns medicamentos sujeitos a receita médica. Muitos medicamentos não sujeitos a receita médica estão abrangidos, incluindo de cessação tabágica. Não abrangidos: Os medicamentos para a disfunção sexual ou erétil não estão abrangidos.
<b>Equipamento Médico Duradouro (EMD)</b>	Abrangidos quando solicitados por um médico da rede. Inclui aparelhos cirúrgicos, dispositivos prostéticos, dispositivos ortóticos, tecnologia de apoio e suprimentos médicos abrangidos pelo programa Medicaid.
<b>Aulas educativas</b> (parto, parentalidade, cessação tabágica, diabetes, asma, nutrição, etc.)	Abrangido.
<b>Serviços de urgência</b>	Abrangido.
<b>Transporte de emergência</b>	Abrangido.
<b>Procedimentos experimentais</b>	Não abrangidos, exceto quando exista uma ordem estatal de cobertura.
<b>Cuidados dos olhos</b>	<b>Para adultos:</b> abrangido. Exames oculares de rotina, incluindo refrações, e um par de óculos, conforme necessário, por período de 2 anos. Exames e tratamento de doenças ou lesões conforme indicado pelo seu Prestador de Cuidados Primários. Exames oculares e lentes de óculos anuais para associados que tenham diabetes; as armações estão abrangidas apenas a cada 2 anos.
<b>Métodos de Planeamento Familiar</b> (com e sem prescrição médica)	Abrangido. Limitado a 12 suprimentos para 30 dias por ano. Os contraceptivos abrangidos incluem os contraceptivos orais, DIU, capuz cervical, diafragma e Depo-Provera. Os métodos não sujeitos a receita médica cobertos incluem espuma, geleia espermicida e preservativos. Contraceptivos de emergência conforme necessário. A esterilização está abrangida em muitos casos. Tem que cumprir as diretivas estatais e federais e ter o Formulário de Consentimento Informado da Rhode Island Medicaid assinado pelo menos 30 dias antes.

## Benefícios

Benefício	Cobertura
<b>Serviços de planejamento familiar</b>	Os associados do sexo feminino aderentes têm liberdade para escolher os prestadores de serviços de planejamento familiar.
<b>Terapia auditiva</b>	Abrangido.
<b>Terapia de serviços e cuidados de saúde domiciliários</b>	Abrangidos quando indicados por um médico da rede.
<b>Cuidados em lar</b>	Abrangidos quando indicados por um médico da rede, até 210 dias de tempo de vida apenas para tratamento paliativo.
<b>Cuidados hospitalares</b>	Abrangido. Quarto particular não abrangido salvo se clinicamente necessário.
<b>Tratamento de infertilidade</b>	Não abrangido.
<b>Intérpretes</b>	Abrangido. Ligue para o Serviço de Apoio a Associados. Requer uma antecedência de 72 horas. Os serviços de linguagem gestual requerem uma antecedência de 2 semanas.
<b>Exames laboratoriais</b>	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede.
<b>Terapia da fala</b>	Abrangida quando indicada pelo seu Prestador de Cuidados Primários.
<b>Equipamento médico</b>	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede.
<b>Saúde mental</b> (internamento e ambulatório)	Abrangido. Os associados podem auto-encaminhar-se como doentes ambulatoriais a um prestador da rede. Inclui tratamento de dia e domiciliário. Requer autorização prévia da Optum Behavioral Health através do número <b>1-800-435-7486</b> . Poderá ser usado o Butler Hospital para serviços.
<b>Transporte médico não urgente</b>	Abrangido com um passe de Identificação Gratuito RIPTA para andar nos autocarros RIPTA ou outro transporte apropriado na Linha de Transporte Medicaid.
<b>Lares de terceira idade</b> (instalação de lar habilitada)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede.  Os ACA Adult Expansion estão abrangidos durante 30 dias consecutivos. Caso sejam necessários serviços durante mais do que 30 dias consecutivos, ver “Benefícios fora do plano.”

<b>Benefício</b>	<b>Cobertura</b>
<b>Aconselhamento nutricional</b>	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede. Apenas encaminhamentos para nutricionistas qualificados.
<b>Serviços hospitalares ambulatoriais</b> (incluindo fisioterapia, terapia ocupacional, auditiva, respiratória e da fala)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede. Inclui os serviços abrangidos prestados em contexto hospitalar ambulatorio.
<b>Imagiologia em ambulatório</b>	Abrangido. Exames de RM, MRA, TAC e PET estão abrangidos com autorização prévia.
<b>Serviços de reabilitação em ambulatório</b> (cardíaca, ocupacional e da fala)	Abrangidos quando indicados pelo prestador da rede.
<b>Serviços médicos</b>	Abrangidos. Incluindo anestesia para cirurgia oral e dentária incluindo articulação temporomandibular (ATM). Até uma consulta anual e cinco consultas de ginecologia anuais a um prestador da rede para planeamento familiar (abrangido sem encaminhamento por um Prestador de Cuidados Primários). Imunizações e vacinas abrangidas (exceto para viagens).
<b>Serviços de cuidados pós-estabilização</b>	Abrangidos por serviços relacionados com um problema médico de emergência que são prestados após a doença estar estabilizada.
<b>Cuidados de podologia</b> (pé)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede.
<b>Cuidados na gravidez</b>	Abrangidos, incluindo cuidados pós-parto, serviços de aleitamento e bombas de aleitamento.
<b>Quartos em hospitais privados</b>	Não abrangidos salvo se clinicamente necessário.
<b>Serviços de outros profissionais de saúde</b>	Abrangidos se encaminhados por um prestador dentro da rede. Profissionais de saúde certificados e licenciados pelo estado de Rhode Island, incluindo enfermeiros clínicos, assistentes médicos, assistentes sociais, nutricionistas licenciados, psicólogos e enfermeiras-parteiras licenciadas.
<b>Serviços fora de Rhode Island</b>	Não abrangidos, salvo se forem de um prestador da rede ou se um benefício abrangido não estiver disponível dentro da rede.

## Benefícios

Benefício	Cobertura
<b>Serviços fora dos Estados Unidos</b>	Não abrangidos.
<b>Cirurgia</b> (ambulatória, de urgência, em internamento e reconstrutiva)	Abrangidos quando indicados por um médico da rede. É abrangida a cirurgia de urgência. Estão abrangidas segundas opiniões cirúrgicas.
<b>Exames</b> (diagnóstico)	Estão abrangidos exames laboratoriais (análises de sangue e urina, etc.), radiografias e outros exames de diagnóstico quando indicados por um prestador da rede.
<b>Serviços de transplante</b>	Abrangidos quando solicitados por um médico da rede.

---

## Benefícios fora do plano

Existem muitos serviços que estão abrangidos pela Rhode Island Medicaid e que não estão abrangidos pelo UnitedHealthCare. Terá de mostrar o seu cartão Rhode Island Medicaid (aquele que tem a âncora) para obter estes serviços.

### **Todos os aderentes da Rhody Health Partners.**

- Cuidados dentários de rotina para adultos.
- Serviços de saúde mental e abuso de substâncias ordenados pelo tribunal em que o tribunal especifica um prestador fora da rede.
- Serviços de transporte não urgente.
- Serviços de lar além de 30 dias consecutivos.
- Serviços domiciliários para clientes MR/DD.
- Serviços cobertos por Home and Community-Based Waivers (Isenções Domiciliárias e Baseadas na Comunidade).

## Os aderentes ao Rhody Health Partners Expansion irão receber os seguintes Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias Fora do Plano:

### Saúde mental:

- Programas de Reabilitação Psiquiátrica de Dia.
- Tratamento de Apoio Psiquiátrico à Comunidade.
- Intervenção em crise para indivíduos com SPMI inscritos em CSP.
- Serviços médicos prestados num CMHC para indivíduos com SPMI inscritos em CSP.
- Residências de Reabilitação Psiquiátrica e de Saúde Mental.
- Tratamento I e II em Comunidade RI-Assertiva.
- CMHO Serviços de Saúde Domiciliários.
- Sistema abrangente de cuidados e clubes.
- Manutenção com metadona.

### Benefícios não abrangidos:

Os seguintes serviços não estão abrangidos pelo UnitedHealthcare Community Plan:

- Procedimentos experimentais, exceto quando exista uma ordem estatal para cobertura.
- Serviços de interrupção voluntária da gravidez, exceto para preservar a vida da mulher ou em caso de violação ou incesto.
- Quartos particulares em hospitais (salvo se clinicamente necessário).
- Cirurgia estética.
- Serviços de tratamento da infertilidade.
- Serviços fora do território dos Estados Unidos.
- Serviços fora de Rhode Island, salvo se de um prestador da rede ou se um benefício abrangido não estiver disponível na rede.
- Medicamentos para disfunção sexual ou erétil.

Os serviços de urgência estão sempre abrangidos apenas nos 50 Estados e territórios dos Estados Unidos. Dirija-se ao serviço de urgência mais próximo caso tenha uma emergência.