



## Instruções do Formulário de Pedido de Alteração do Plano de Saúde do Medicaid

Os membros da gestão de cuidados do Medicaid podem alterar os planos de saúde sem justa causa durante os noventa (90) dias após a data da inscrição inicial num plano de saúde. Um membro pode solicitar a alteração de planos sem justa causa, pelo menos, uma vez a cada doze (12) meses durante a Oportunidade de Alteração de Plano Medicaid (Inscrições Abertas do Medicaid).

Um membro pode solicitar a alteração dos planos por uma "boa causa" (conforme determinado pelo EOHHS numa base individual) a qualquer momento (42 CFR 438.56(d)(2)). Poderá alterar os planos se:

1. *Sair da área de serviço do seu plano de saúde.*
2. *O seu plano de saúde não cobre o serviço que procura, devido a objeções morais ou religiosas.*
3. *O seu provedor disse que alguns dos serviços médicos de que precisa devem ser recebidos ao mesmo tempo e que todos os serviços não estão disponíveis dentro do seu plano de saúde.*
4. *Receber serviços e suportes de longo prazo (LTSS), e teria de mudar o seu provedor de apoio residencial, institucional ou de emprego com base na mudança de estatuto desse provedor de dentro da rede para um provedor fora da rede.*
5. *Outras razões, incluindo má qualidade dos cuidados, falta de acesso a serviços abrangidos pelo contrato, ou falta de acesso a provedores experientes no tratamento das suas necessidades de cuidados.*

O Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos também analisará considerará os pedidos de alteração de planos se o provedor do membro deixar de participar no plano de saúde do membro.

### Informações importantes a saber antes de pedir para alterar o seu plano de saúde:

- Todos os três (3) planos de saúde oferecem o mesmo pacote de benefícios.
- Certifique-se de que todos os provedores da sua família estão a participar no novo plano antes de solicitar a alteração de planos.
- **O EOHHS tomará a decisão final para aprovar ou recusar a sua solicitação de alteração de planos de saúde.**
  - Se alterar os planos, e a sua família estiver inscrita no Rlte Care, toda a sua família também terá de alterar.
  - Se estiver a receber cuidados que exijam uma autorização, você e/ou o seu provedor terão de falar com o seu novo plano de saúde sobre a obtenção de uma nova autorização.
  - O EOHHS tomará a decisão final de aprovar ou negar o seu pedido de alteração dos planos de saúde.
  - As alterações podem demorar até oito (8) semanas a serem processadas. O seu novo plano de saúde irá notificá-lo da sua nova data de inscrição, se aprovado pelo EOHHS.

**Por favor, envie o formulário preenchido por correio para:**

**RI Executive Office of Health & Human Services**

**Enrollment Unit**

**3 West Road**

**Cranston, RI 02920**

**Por favor, adicione "seguro" para enviar o formulário preenchido por e-mail para**

**[ohhs.memberenrollment@ohhs.ri.gov](mailto:ohhs.memberenrollment@ohhs.ri.gov)**

### Política de Não Discriminação do DHS

De acordo com o título VI da Lei dos Direitos Civis de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Secção 504 da Lei de Reabilitação de 1973, alterado (29 U.S.C. 794), A Lei dos Americanos com Deficiência de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), Título IX das Emendas à Educação de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), a Lei das Senhas de Alimentação e a Lei da Discriminação da Idade de 1975, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA que implementa regulamentos (45 C.F.R. Partes 80 e 84), o Departamento de Educação dos EUA (34 C.F.R. Partes 104 e 106), e o Departamento de Agricultura, Alimentação e Nutrição dos EUA (7 C.F.R. 272.6), o Departamento de Serviços Humanos de Rhode Island (DHS), não discrimina com base na raça, cor, origem nacional, deficiência, crenças políticas, idade, religião ou sexo em aceitação ou prestação de serviços, emprego ou tratamento, nos seus programas e atividades educacionais e outros. De acordo com outras disposições da legislação aplicável, o DHS não discrimina com base na orientação sexual.

Para mais informações sobre estas leis, regulamentos e procedimentos de denúncia de discriminação do DHS para resolução de queixas de discriminação, contacte o DHS na 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, número de telefone 462-2130 (TDD 462-6239 ou 711). O Oficial de Ligação das Relações Comunitárias é o coordenador da aplicação do Título VI; O Administrador do Gabinete de Serviços de Reabilitação (ORS) ou o seu designado é o coordenador para a implementação do Título IX, Secção 504 e ADA. O Diretor do DHS ou o seu designado tem a responsabilidade global pelo cumprimento dos direitos civis do DHS.



## Formulário de Pedido de Alteração do Plano de Saúde do Medicaid

**Instruções:** Por favor, preencha todas as informações. Solicitações em falta ou incompletas não podem ser analisadas pelo EOHHS.

### 1. Informação do Chefe do Agregado Familiar/Individual:

Último Apelido	Nome Próprio	Inicial do Meio	Número da Segurança Social
Endereço		Apt./Porta #	Número de telefone
Cidade/Localidade		Estado	Código Postal

### 2. Outros membros do seu agregado familiar:

**(Se houver membros adicionais a serem indicados, por favor, preencha na caixa de texto #4.)**

Último Apelido	Nome Próprio	Inicial do Meio	Número da Segurança Social
Último Apelido	Nome Próprio	Inicial do Meio	Número da Segurança Social
Último Apelido	Nome Próprio	Inicial do Meio	Número da Segurança Social
Último Apelido	Nome Próprio	Inicial do Meio	Número da Segurança Social

### 3. Por favor, assinale qual o plano de saúde que você e/ou sua família têm atualmente.

Neighborhood Health Plan of RI	Tufts Health Plan RITogether	UnitedHealthcare Community Plan
--------------------------------	------------------------------	---------------------------------

### 4. Por favor, informe-nos por que deseja alterar o seu plano de saúde gerido atual. Forneça detalhes como o(s) nome(s) do(s) provedor(es) de saúde, as prescrições em questão ou detalhes para ajudar a descrever por que deseja mudar do seu plano de saúde gerido atual. Por favor, forneça o máximo de detalhes possível.

Este pedido de alteração dos planos de saúde é urgente (por exemplo, uma situação de saúde médica/comportamental urgente ou uma circunstância involuntária que requer uma resposta rápida)? Por favor, assinale se sim ou não, se a solicitação for urgente.

Sim Não

--

### 5. Por favor, assinale o plano de saúde em que você e/ou sua família gostariam de estar inscritos:

Neighborhood Health Plan of RI (800) 459-6019	Tufts Health Plan RITogether (866) 738-4116	United Healthcare Community Plan (800) 587-5187
--	--	--

Se estiver inscrito no programa Communities of Care ou programa Pharmacy Home, continuará a estar inscrito neste programa mesmo que altere o seu plano de saúde. Ao escolher um novo Plano de Saúde Gerido para Medicaid, está a autorizar o seu atual Plano de Saúde a divulgar informações médicas necessárias ao seu novo Plano de Saúde. Isto ajudará o seu novo Plano de Saúde a fornecer-lhe os melhores cuidados possíveis.

### 6. Assinatura do membro:

Assinatura do Chefe do Agregado Familiar/Individual

Data