



Instrucciones sobre el Formulario de Solicitud de Cambio de Plan de Medicaid

Los miembros de atención administrada de Medicaid pueden cambiar de plan de seguro médico sin un motivo en los noventa (90) días siguientes a la fecha de la inscripción inicial en un plan. El miembro puede solicitar un cambio de plan sin un motivo por lo menos una vez cada doce (12) meses durante el período de Oportunidad para Cambiar de Plan de Medicaid (Inscripción Abierta de Medicaid).

El miembro puede solicitar cambiar de plan por “un buen motivo” (según lo determine la EOHHS con base en el caso) en cualquier momento (42 CFR 438.56(d)(2)). Usted puede cambiar de plan si:

1. *Se muda fuera del área atendida por su plan de seguro médico.*
2. *Su plan de seguro médico no cubre el servicio que usted necesita por objeciones morales o religiosas.*
3. *Su proveedor ha dicho que algunos de los servicios médicos que usted necesita deben recibirse al mismo tiempo, y no todos los servicios están disponibles en su plan de seguro médico.*
4. *Usted recibe Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS) y tendría que cambiar de proveedor de apoyo residencial, institucional o laboral si este se sale de la red.*
5. *Otros motivos, incluyendo mal servicio, falta de acceso a servicios cubiertos en el contrato, y falta de acceso a proveedores expertos en los servicios o cuidados que usted necesita.*

La Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos también tomará en cuenta las solicitudes de cambio de plan si el proveedor del miembro deja de participar en su plan de seguro médico.

Cosas importantes que debe saber antes de solicitar un cambio de plan de seguro médico:

- Todos los tres (3) planes de seguro médico ofrecen el mismo paquete de beneficios.
- Asegúrese de que todos los proveedores de su familia están participando en el nuevo plan antes de solicitar cambiar de plan.
- **La EOHHS tomará la determinación final de aprobar o denegar su solicitud de cambiar de plan de seguro médico.**
- Si cambia de plan y su familia está inscrita en Rite Care, toda su familia deberá cambiarse de plan también.
- Si está recibiendo servicios que requieren autorización, usted o su proveedor deberán hablar con su nuevo plan de seguro médico en relación con obtener una nueva autorización.
- La EOHHS tomará la decisión final de aprobar o denegar su solicitud de cambio de plan.
- Los cambios puedan tardar hasta ocho (8) semanas en tramitarse. Su nuevo plan de seguro médico le notificará su fecha de inscripción actual, si se aprueba por la EOHHS.

Por favor, envíe el formulario llenado por correo postal a:

RI Executive Office of Health & Human Services

Enrollment Unit

3 West Road

Cranston, RI 02920

Por favor, incluya “secure” para enviar el formulario llenado a la dirección de correo electrónico a

ohhs.memberenrollment@ohhs.ri.gov

Política de No Discriminación del DHS

El Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Rhode Island no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, religión, creencias políticas, edad o sexo en la aceptación o provisión de servicios, empleo o tratamiento en sus programas y actividades educativas o de otra índole, actuando de conformidad con el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Cupones para Alimentos, la Ley sobre la Discriminación por Edad de 1975, y las normas de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (45 C.F.R. Partes 80 y 84) y del Departamento de Educación de EE. UU. (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y los Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU. (7 C.F.R. 272.6). Conforme a otras disposiciones legales pertinentes, el DHS tampoco discrimina por motivo de orientación sexual.

Para obtener más información sobre estas leyes y normas, y los procedimientos del DHS para presentar y resolver quejas de discriminación, comuníquese con el DHS en 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, teléfono número 462-2130 (TDD 462-6239 o 711). El funcionario de Enlace con la Comunidad es el coordinador de la implementación del título VI; el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado es el coordinador de la implementación de la sección 504 del título IX y ADA; y el director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general de velar por el cumplimiento de los derechos civiles por parte del DHS.



Formulario de Solicitud de Cambio de Plan de Medicaid

Instrucciones: Por favor, proporcione toda la información. La EOHHS no acepta solicitudes incompletas o faltantes.

1. Información del jefe de familia o individuo:

Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do. nombre	Nro. de seguro social
Dirección		Nro. de apto. o casa	Nro. de teléfono
Ciudad o pueblo		Estado	Código postal

2. Demás miembros de su hogar:

(Si debe añadir más miembros a la lista, por favor use el cuadro de texto núm. 4.)

Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do. nombre	Nro. de seguro social
Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do. nombre	Nro. de seguro social
Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do. nombre	Nro. de seguro social
Apellido	Nombre de pila	Inicial 2do. nombre	Nro. de seguro social

3. Por favor, marque qué plan de seguro médico tienen usted o su familia **actualmente**:

<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI	<input type="checkbox"/> Tufts Health Plan RItogether	<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan
---	---	--

4. Por favor, díganos por qué quiere cambiar su plan de atención médica administrada. Proporcione información detallada, como nombres de proveedores de atención médica, medicamentos recetados en cuestión u otros detalles que expliquen por qué quiere cambiar de plan de atención médica administrada. Le rogamos brindar información lo más detallada posible.

¿Esta solicitud de cambio de plan de seguro médico es urgente? (Por ejemplo, se debe a una situación médica o de salud mental urgente, o a una circunstancia inusual que requiere pronta atención.) Sí No

--

5. Por favor, marque el plan de seguro médico en el que usted o su familia quieren inscribirse:

<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI (800) 459-6019	<input type="checkbox"/> Tufts Health Plan RItogether (866) 738-4116	<input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan (800) 587-5187
---	---	---

Si usted o su familia están inscritos en el programa Communities of Care o el programa Pharmacy Home, continuarán inscritos en él aunque se cambien de plan de seguro médico. Al escoger un nuevo plan de Medicaid de atención médica administrada, usted autoriza a su plan de seguro médico actual a divulgar la información médica necesaria a su nuevo plan de seguro médico, para que pueda atenderle lo mejor posible.

6. Firma del miembro:

Firma del jefe de familia o individuo

Fecha