



Formulario de Cambio de Plan de Salud



La manera más **RÁPIDA Y FÁCIL** de cambiar de plan de salud es en nuestro sitio web Vaya a www.neheritagehealth.com. O llame al **1-888-255-2605** (TTY/TDD llame al 711).
 Estamos abiertos de 7am-7pm lunes-viernes hora central.

SOLO COMPLETE ESTE FORMULARIO SI DESEA CAMBIAR DE PLAN DE SALUD.

Información de Cabeza de Familia

Nombre de Cabeza de Familia (HOH): _____

Número de Identificación de Medicaid o PIN de HOH: _____

Telefónico : _____

Dirección: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

**NOTA: POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES.
 FIRME Y FECHÉ EL FORMULARIO PARA CAMBIAR DE PLAN DE SALUD.**

Nombre y Apellido del Miembro(s)	Fecha de Nacimiento	# de Identificación de Medicaid (SSN or PIN)	Solicitud de Cambio de Plan de Salud Marque el nombre del plan de salud al que quiere cambiar. Cada persona en su hogar puede tener un plan diferente.
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska

Hay más espacio en la página siguiente para hacer un cambio para miembros adicionales de su hogar.

Deseo cambiar al plan(es) de salud que marqué arriba. La información es correcta. Entiendo que tendré que contactar al Centro de Inscripción de Heritage Health si deseo hacer otro cambio de plan de salud.

Firma de Cabeza de Familia: _____ **Fecha** _____

Dirección de Remitente: Heritage Health 9370 McKnight Road Suite 300 Pittsburgh, PA 15237
 Línea Gratuita de Información 1-888-255-2605 Usuarios de TTY/TDD ÚNICAMENTE llamar al 711
 Horario del Centro de Llamadas: lunes- viernes 7am -7pm
www.neheritagehealth.com

Miembros Adicionales:

Nombre y Apellido del Miembro(s)	Fecha de Nacimiento	# de Identificación de Medicaid (SSN or PIN)	Solicitud de Cambio de Plan de Salud Marque el nombre del plan de salud al que quiere cambiar. Cada persona en su hogar puede tener un plan diferente.
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Healthy Blue <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska

Use el sobre prepagado en este paquete para mandar el formulario a:

Heritage Health Enrollment Center
9370 McKnight Road, Suite 300
Pittsburgh, PA 15237

O

Mande el formulario completado por fax al:
1-800-852-6311

Dirección de Remitente: Heritage Health 9370 McKnight Road Suite 300 Pittsburgh, PA 15237
Línea Gratuita de Información 1-888-255-2605 Usuarios de TTY/TDD ÚNICAMENTE llamar al 711
Horario del Centro de Llamadas: lunes- viernes 7am -7pm
www.neheritagehealth.com