



Formulario de Cambio de Plan de Salud

Si está satisfecho con su plan de salud actual se quedará igual. Solo complete este formulario si desea cambiar de plan de salud.

Por favor complete todas las secciones **SOLO** para los miembros que desean cambiar de plan de salud. Firme y feche el formulario.

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: _____

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"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska

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

Deseo cambiar al plan(es) de salud que seleccioné. 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 _____

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

Formulario de Cambio de Plan de Salud de NE 04/24

<leer el reverso>

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"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <input type="checkbox"/> Nebraska Total Care <input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Community Plan of Nebraska
			<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nebraska <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

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

Formulario de Cambio de Plan de Salud de NE 04/24

<leer el reverso>