



NC DEPARTMENT OF
**HEALTH AND
HUMAN SERVICES**
Division of Health Benefits

Pedido de cambio de plan de salud

Use este formulario para pedir cambiar su plan de salud.

Si quiere pedir cambiar su plan de salud:

1. Hable con su plan de salud sobre sus inquietudes.
Es posible que haya alguna manera de quedarse en su plan de salud.
2. Si todavía quiere cambiar su plan de salud, puede hacerlo de una de las siguientes maneras:
 - Vaya a ncmedicaidplans.gov/es
 - Use la aplicación para teléfono móvil de NC Medicaid Managed Care
 - Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com)
 - Llene este formulario. Envíelo por fax al 1-833-898-9655.
O envíelo por correo a NC Medicaid, PO Box 613, Morrisville NC 27560.

► Díganos sobre el jefe de familia			
Nombre	Inicial	Apellido	
Fecha de nacimiento		Número de Medicaid	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono	Domicilio:	Celular:	
Dirección de correo electrónico			
¿Qué idioma habla en su casa? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro			

Continúe en el otro lado →

¿Alguna pregunta? Vaya a ncmedicaidplans.gov/es. Llámenos gratis al **1-833-870-5500** (número de TTY: 711 o RelayNC.com). Podemos hablar con usted en otros idiomas.

Puede obtener ayudas y servicios auxiliares, incluida información en otros idiomas o formatos como letra grande o audio. Llámenos gratis al **1-833-870-5500**.

★ **Llene este formulario para cada persona que quiera cambiar el plan de salud.**

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Medicaid
--------	---------------------	--------------------

► **Escriba aquí el nombre del plan de salud que quiere.**

► **Díganos por qué quiere cambiar de plan de salud.** Escriba una X junto al motivo o motivos por los que quiere cambiar de plan de salud. Podríamos pedirle que proporcione pruebas para justificar su pedido.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se mudó fuera del área de servicios del plan de salud | <input type="checkbox"/> Otro plan de salud puede ser mejor para sus complejos problemas médicos. Puede anexar pruebas y explicar aquí:

_____ |
| <input type="checkbox"/> Tiene un miembro de su familia en otro plan de salud | <input type="checkbox"/> El proveedor de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) no está en su plan de salud (escriba el nombre de su proveedor a continuación)
_____ |
| <input type="checkbox"/> No puede obtener todos los servicios relacionados que necesita de los proveedores en su plan de salud, y hay un riesgo si obtiene los servicios por separado. Puede anexar pruebas y explicar aquí:

_____ | <input type="checkbox"/> Su plan de salud no cubre un servicio que necesita por motivos morales o religiosos
<input type="checkbox"/> Otros motivos (mala calidad del cuidado, falta de acceso a servicios cubiertos, falta de acceso a proveedores con experiencia en la atención de sus necesidades de cuidados de salud) |

► **Firme y escriba la fecha abajo**

Al firmar abajo, afirmo que toda la información en este formulario es verdadera. Sé que si di información falsa en este formulario, mi pedido de cambio de plan de salud podría rechazarse.

► Jefe de familia o tutor firme aquí	Fecha
---	-------

► **Representante autorizado**

Si usted es un representante autorizado para este hogar, llene esta sección y firme abajo.

Nombre del representante autorizado	Número de teléfono
-------------------------------------	--------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
--	--

► Representante autorizado firme aquí	Fecha
---------------------------------------	-------