



## 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](http://www.neheritagehealth.com)

Formulario de Cambio de Plan de Salud de NE 04/23

<leer el reverso>

Miembros Adicionales:

Nombre y Apellido del Miembro(s)	Fecha de Nacimiento	# de Identificación de Medicaid (SSN or PIN)	<b>Solicitud de Cambio de Plan de Salud</b> 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](http://www.neheritagehealth.com)

Formulario de Cambio de Plan de Salud de NE 04/23

<leer el reverso>