

Formulario de cambio del Plan de salud de Alliance

En caso de preguntas, llamar a HELPLINE, (202) 639-4030. Personas con problemas de audición TDD/TTY (202) 639-4041

Este formulario solo debe ser usado para cambiar el plan de salud de usted y su familia. Usted podrá cambiar por correo, y devolver el formulario en el sobre proporcionado. O, de lo contrario, llame a HELPLINE al (202) 639-4030 en inscribirse vía telefónica.

PASO 1: Información del jefe de familia

| | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------|----------|--|--------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Número telefónico | | |
| Dirección de la casa | | Apt # | Ciudad | Estado | Código postal |
| Fecha de nacimiento | Número Alliance | | Número de Seguro Social (opcional) | | |
| Nombre del plan de salud que elija | | | Nombre del doctor de cabecera que usted quiera | | |

PASO 2: Información sobre otros miembros de la unidad familiar

| | | | | | |
|--|----------------------------|----------|--|--|--|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | | | |
| Fecha de nacimiento | Número Alliance | | Número de Seguro Social (opcional) | | |
| Nombre del plan de salud que elija | | | Nombre del doctor de cabecera que usted quiera | | |
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | | | |
| Fecha de nacimiento | Número Alliance | | Número de Seguro Social (opcional) | | |
| Nombre del plan de salud que elija | | | Nombre del doctor de cabecera que usted quiera | | |
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | | | |
| Fecha de nacimiento | Número Alliance | | Número de Seguro Social (opcional) | | |
| Nombre del plan de salud que elija | | | Nombre del doctor de cabecera que usted quiera | | |
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | | | |
| Fecha de nacimiento | Número Alliance | | Número de Seguro Social (opcional) | | |
| Nombre del plan de salud que usted elija | | | Nombre del doctor de cabecera que usted quiera | | |

En caso de necesitar más espacio para los nombres, escribir en el reverso de este formulario.

Firma del jefe de familia: _____ Fecha: _____

PASO 3: Llene el formulario de información sobre sus riesgos de salud, impreso en papel amarillo.

***Devuelva los dos formularios en el sobre proporcionado – no necesita estampilla.
O, llame a HELPLINE al (202) 639-4030 e inscribese vía telefónica.***