

Nevada Medicaid – Formulario de cambio de Organización de Manejo de Cuidado (MCO)

Por favor, proporcione la siguiente información en su solicitud para cambiar su Organización de Manejo de Cuidado (MCO):

Nombre: _____

Número de identificación de Medicaid (Jefe de hogar): _____

Opción de MCO:

**Amerigroup Community Care
Health Plan of Nevada
SilverSummit Healthplan**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe su solicitud por correo a:

Nevada Medicaid; Attn: MCO Changes

P.O. Box 30042

Reno, NV, 89520

Si tiene alguna pregunta sobre Nevada Medicaid, comuníquese con su oficina local del distrito de Medicaid usando uno de los siguientes números:

Norte de Nevada (775) 687-1900

Sur de Nevada (702) 668-4200