

NEVADA MEDICAID Y NEVADA CHECK UP – FORMULARIO PARA CAMBIAR SU ORGANIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (MCO) POR CAUSA JUSTIFICADA



Nevada Medicaid

Las normas de Medicaid establecen que usted puede cambiar su plan de salud, si tiene una buena causa. Esto se llama “**Desafiliación por Causa Justificada**.” Puede pedir cambiar su plan incluso si ya paso el período de 90 días en el que se permite hacer cambios. Si solicita el cambio, debe seguir recibiendo toda la atención médica a través de su plan actual hasta que el nuevo plan sea aprobado y comience. Llame a Nevada Medicaid al **(866) 569-1746 (TTY: 7-1-1)** para verificar si su plan ha cambiado antes de acudir a un médico o clínica.

Información del Jefe de Familia	
Nombre:	
Dirección:	
Identificación de Medicaid:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	

Razón por Desafiliación según 42 (CFR 438.56(d)(2) (Marque todas las que correspondan)

El miembro se muda fuera del área del servicio de su plan de atención administrada (MCO).

Nota: Contacté a la División de Servicios Sociales (DSS) del Sur de Nevada:(702) 486-1646 o en el Norte de Nevada: (775) 684-7200 o al número gratuito: 1(800) 992-0900 o TTY 7-1-1 o inicie sesión en la página web de Access NV para actualizar su dirección <https://dss.nv.gov>. También puede hacer su cambio en el siguiente enlace <https://dhcfp.nv.gov/UpdateMyaddress/>.

Debido a objeciones morales o religiosas el plan de atención administrada no cubre los servicios que busca el miembro. El miembro necesita servicios relacionados (por ejemplo, una cesárea y una ligadura de trompas) que sean realizados al mismo tiempo pero; no todos los servicios están disponibles dentro de la red y el proveedor de atención primaria u otro proveedor determina que recibir los servicios por separado pondría al miembro en un riesgo innecesario..

Otras razones, incluyendo atención de mala calidad, falta de acceso a los servicios cubiertos bajo el contrato, falta de acceso a proveedores con experiencia en atender las necesidades médicas del miembro.

(explique) _____

Por favor incluya el Nombre de su Médico de Cabecera, Especialista y/o el Hospital que usa.

Médico de Cabecera: _____	Teléfono: _____
Especialista: _____	Teléfono: _____
Hospital: _____	Teléfono: _____

Actual Plan de Atención Médica Administrada MCO:(por favor, marque solo uno)	Nuevo Plan de Atención Médica Administrada MCO:(por favor, marque solo uno)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross Blue Shield (844) 396-2329	<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross Blue Shield (844) 396-2329
<input type="checkbox"/> CareSource (833) 230-2058	<input type="checkbox"/> CareSource (833) 230-2058
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada (800) 962-8074	<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada (800) 962-8074
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nevada (833) 685-2102	<input type="checkbox"/> Molina Healthcare of Nevada (833) 685-2102
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan (844) 366-2880	<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan (844) 366-2880

Cómo enviar el formulario:

1. Puede **enviar por correo** el formulario completo a: **Nevada Medicaid Attn: 4070 Silver Sage Dr. Carson City, NV 89701.**
2. También puede **entregar** el formulario en su oficina local de Medicaid.
3. Puede **enviar el formulario por correo electrónico** a: managedcare@nvha.nv.gov.

Attention: if you speak English, free language assistance services are available. Please call (866) 569-1746 (TTY: 7-1-1)