

Nevada Medicaid and Nevada Check Up – Managed Care Organization (MCO) Change Form

If you would like to request a change to your MCO, please complete the following information and return this form to the address listed below. **All fields are required in order to process this request.** Contact your **Medicaid District Office** at the numbers below if you need help determining if you are eligible to switch your MCO. Please be aware of any deadlines associated with your initial 90-day switch period or the Annual Open Enrollment period. Requests received outside of your switch period or the Annual Open Enrollment period may not be processed.

- The 90-day switch period, or the time in which recipients can change their plan begins with the effective date of their enrollment in the plan.
- Once a year, recipients will have a chance to change plans during Open Enrollment. Enrollees will receive a reminder letter prior to this time.

Household information: (please print clearly and attach additional pages if needed)

(Medicaid ID#'s can be found on the Medicaid ID card and are 11-digit numeric numbers (no alpha characters))

Head of Household (HOH) Name: _____

Head of Household (HOH) Medicaid ID: _____

Home address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Names of household members

Name: _____

Medicaid ID: _____

Name: _____

Medicaid ID: _____

Name: _____

Medicaid ID: _____

Name: _____

Medicaid ID: _____

MCO Choice: (please only check one)

SilverSummit Healthplan (844) 366-2880

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions (844) 396-2329

Health Plan of Nevada (800) 962-8074

If the form is being used for Open Enrollment, it only needs to be returned if the member wishes to change their current MCO. Duplicate requests are not required. If you have already submitted a request to change enrollment to a specific MCO it is not necessary to submit another form unless you are making a change to a prior request sent in.

Any recipient wishing to change their MCO plan outside of the annual open enrollment period must contact their MCO at the telephone number above and show good cause. The MCO will evaluate the cause and make a determination to allow or deny the switch. If your request is denied, you have the right to appeal the decision.

Nevada Medicaid and Nevada Check Up District Office

Northern Nevada: 775-684-1900

Southern Nevada: 702-668-4200

Please Mail this request to:

Nevada Medicaid Attn: MCO Changes • PO Box 30042 • Reno, NV, 89520

Head of Household Signature (**required**): _____

Date: _____

Nevada Medicaid y Nevada Check Up – Formulario de cambio de Organización de Atención Administrada (MCO)

Si desea solicitar un cambio de su MCO, complete la siguiente información y envíe este formulario a la dirección indicada a continuación. **Todos los campos son obligatorios para poder procesar esta solicitud.** Póngase en contacto con su **Oficina de Distrito de Medicaid** en los números que aparecen a continuación si necesita ayuda para determinar si es elegible para cambiar su MCO. Tenga en cuenta los plazos asociados a su período inicial de cambio de 90 días o al período anual de inscripción abierta. Es posible que no se procesen las solicitudes que se reciban fuera de su período de cambio o del período de inscripción abierta anual.

- El periodo de cambio de 90 días, o el tiempo en el que los beneficiarios pueden cambiar de plan, comienza con la fecha de entrada en vigor de su inscripción en el plan.
- Una vez al año, los beneficiarios tendrán la oportunidad de cambiar de plan durante la Inscripción Abierta. Los afiliados recibirán una carta de recordatorio antes de ese momento.

Información del hogar: (escriba claramente y adjunte páginas adicionales si es necesario)

(Los números de identificación de Medicaid se encuentran en la tarjeta de Medicaid y son números de 11 dígitos (sin caracteres alfabéticos))

Nombre del jefe de familia (HOH): _____

Numero de Medicaid del jefe de familia: _____

Dirección del domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Nombres de los miembros del hogar

Nombre: _____

Identificación de Medicaid: _____

Nombre: _____

Identificación de Medicaid: _____

Nombre: _____

Identificación de Medicaid: _____

Nombre: _____

Identificación de Medicaid: _____

Elección de MCO: (marque sólo una)

SilverSummit Healthplan (844) 366-2880

Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions (844) 396-2329

Health Plan of Nevada (800) 962-8074

Si el formulario se utiliza para la inscripción abierta, sólo es necesario devolverlo si el beneficiario desea cambiar su MCO actual. No es necesario duplicar las solicitudes. Si ya ha presentado una solicitud de cambio de inscripción a un MCO específico, no es necesario presentar otro formulario, a menos que se trate de un cambio de una solicitud anterior enviada.

Todo beneficiario que desee cambiar su plan de MCO fuera del periodo anual de inscripción abierta debe ponerse en contacto con su MCO en el número de teléfono indicado anteriormente y demostrar una causa justificada. El MCO evaluará la causa y tomará la decisión de permitir o denegar el cambio. Si su solicitud es denegada, tiene derecho a apelar la decisión.

Nevada Medicaid and Nevada Check Up District Office

Northern Nevada: 775-684-1900

Southern Nevada: 702-668-4200

Por favor, envíe esta solicitud por correo a:

Nevada Medicaid Attn: MCO Changes • PO Box 30042 • Reno, NV, 89520

Firma del jefe de familia (requerida): _____

Fecha: _____