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

Si desea solicitar un cambio de su MCO, por favor complete la siguiente información y envíe este formulario a la dirección indicada a continuación. **Todos los espacios son obligatorios para procesar esta solicitud**. Comuníquese con su **Oficina local de Medicaid** a 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 vigencia de su inscripción en el plan.
- Una vez al año, los beneficiarios tendrán la oportunidad de cambiar de plan durante la Inscripción Abierta. Los beneficiaros recibirán una carta de recordatorio antes de ese momento.
- Si se ha mudado por favor actualice su dirección con la División de Bienestar y Servicios de Apoyo (DWSS) visitando el siguiente portal https://accessnevada.dwss.nv.gov/public/landing-page o llamando a la oficina local de Bienestar, para el **sur de Nevada: (702) 486-1646 o el norte de Nevada: (775) 684-7200 o al teléfono gratuito: (800) 992-0900 o TTY 7-1-1.** También puede presentar un cambio de dirección en el siguiente portal https://dhcfp.nv.gov/UpdateMyaddress/.

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 elegibles del hogar

Nombre:	Identificación de Medicaid:
Nombre:	Identificación de Medicaid:
Nombre:	Identificación de Medicaid:
Nombre:	Identificación de Medicaid:

Elección de MCO: (por favor marque sólo una) Consulte con su médico para asegurarse que trabaja con la MCO que esta elegir.

- ◯ **Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions (844) 396-2329**
- ◯ **Molina HealthCare of Nevada (833) 685-2109**
- ◯ **SilverSummit Healthplan (844)366-2880**
- ◯ **UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid (800) 962-8074**

Si este formulario se utiliza para la inscripción abierta, envíelo por correo solo si el jefe del hogar desea cambiar su MCO actual. No se requieren solicitudes duplicadas. Si ya ha enviado una solicitud de cambio de inscripción a un MCO específico, no es necesario enviar otro formulario, a menos que se trate de un cambio de una solicitud anterior enviada.

Los miembros que deseen cambiar su plan de MCO fuera del periodo anual de inscripción abierta deben ponerse en contacto con la División del Cuidado de Salud, Financiamiento y Póliza (DHCFP) o con su MCO actual verbalmente o por escrito y demostrar una causa justificada. DHCFP evaluará la causa y tomará la decisión de permitir o negar el cambio. Si su solicitud es negada, tiene derecho a una audiencia estatal imparcial.

Oficina local de Nevada Medicaid y Nevada Check Up Norte de Nevada: (775) 687-1900 o Sur de Nevada: (702) 668-4200 o TTY 7-1- 1.

Por favor envíe este formulario completo por correo a**: Nevada Medicaid Attn: MCO Changes, PO Box 30042, Reno, NV, 89520** o puede enviarla por correo electrónico a nvmmis.mco@gainwelltechnologies.com.
NOTA: Si esta es una solicitud de cambio de **inscripción abierta**, envíela por correo electrónico a NevadaManagedCareOpenEnrollment@gainwelltechnologies.com.