

Forma para NO Participar en PCMH + de Salud HUSKY

Esta forma nos dice que usted no quiere participar en PCMH +. Cuando escoje no participar, usted no recibirá la ayuda extra que es parte del programa PCMH +. Si decide no participar, sus servicios no cambiarán y usted puede ver al doctor que Ud. quiera.

Usted puede escojer no ser parte de PCMH + así:

1. Llame al 1-877-858-7012 Opción 2 (Lunes a Viernes de 8:30am – 5:00pm)

ó

2. Firme y escriba la fecha en esta forma y regréselo por correo a la dirección siguiente:

Programa HUSKY

P.O. Box 280747

East Hartford, CT 06128-0747

Entiendo que al completar esta forma le estoy informando al programa de Salud HUSKY de Connecticut que no quiero ser parte de PCMH +.

HUSKY número de identificación

Nombre impreso y relación

Firma del miembro de Medicaid / padre /tutor legal

Fecha de hoy

Nota: Si su familia recibe mas de una forma, por favor devuelva todas las formas firmadas en el mismo sobre.