



Formulario para Cambiar la Inscripción de la Opción de Atención Médica HUSKY A

Puede usar este formulario para escoger una nueva opción de atención médica HUSKY A para los miembros de su familia. Si usted tiene preguntas o si desea ayuda para llenar este formulario, por favor llame al **1-800-656-6684**.

1. Información del Solicitante: La persona que inscribe a los miembros de la familia (jefe de familia) llena esta sección. **Si tuviéramos preguntas, podríamos necesitar ponernos en contacto con usted. Por favor asegure darnos el mejor número de teléfono donde podamos ponernos en contacto con usted durante el día.**

Nombre de Pila	Segundo Nombre	Apellido	<u>Número de Identificación del Jefe de Familia</u>		
# de Teléfono durante el día		# de Teléfono durante la Noche		Número de Teléfono Celular	
Dirección		Apt #	Ciudad/Pueblo	Estado	Código Postal

2. Escoja la Opción de Atención Médica: Más abajo están las opciones en las cuales los miembros de su familia pueden participar.

Por favor escoja UNA para su familia

Aetna Better Health

AmeriChoice by UnitedHealthcare

Community Health Network of Connecticut

HUSKY Primary Care (Administración de Casos de Atención Primaria de Connecticut, en inglés - PCCM)

3. Opcional: Por favor incluya sus razones para el cambio:

4. Escoja un Proveedor de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Incluya el nombre de cada miembro de la familia y el nombre y la dirección del Proveedor de Atención Primaria (PCP) que escoge para ese miembro. Por favor escoja un PCP sin importar cuál opción usted seleccionó arriba. Asegúrese de que su PCP está disponible en la opción que escoge. **Si escoge la opción HUSKY Primary Care, usted necesita escoger un PCP con participación para cada miembro de la familia en HUSKY A de modo que podamos procesar su inscripción. Si tiene preguntas, llame al 1-800-656-6684.**

Adjunte una hoja de papel adicional en caso de que necesite más espacio.

Nombre del Miembro de la Familia Nombre, Segundo Nombre, Apellido	Número de Identificación del Cliente	Nombre y Apellido del PCP	Dirección o Pueblo del PCP	¿Paciente actual de este PCP?
1.				Sí / No
2.				Sí / No
3.				Sí / No
4.				Sí / No
5.				Sí / No
6.				Sí / No

Por favor fírmelo y ponga la fecha más abajo.

5. Firma:

Firma del Jefe de Familia

Fecha

**Devuelva este formulario a: HUSKY PROGRAM P.O. Box 280747 East Hartford, CT 06128-0747
O envíelo por fax al 860-282-5579**