

Cambio de Hawki Managed Care Organization

Solo complete este formulario si desea cambiar su MCO.

Una vez que le aprueban Hawki, se le inscribe automáticamente en una Managed Care Organization (MCO) o califica para un programa de Fee-for-Service (FFS).

Los miembros de Hawki tienen 90 días a partir de su fecha de inscripción inicial para cambiar su plan de salud y, luego, una vez al año para cambiar su plan por cualquier motivo; para hacerlo deben completar este formulario. Si está satisfecho con sus planes actuales, no necesita completar este formulario.

Nombre de la persona que se inscribirá*	Fecha de nacimiento* MM/DD/AAAA	Número de identificación*	Marque una MCO*
			<input type="checkbox"/> Wellpoint (anteriormente Amerigroup) <input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina Healthcare
			<input type="checkbox"/> Wellpoint (anteriormente Amerigroup) <input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina Healthcare
			<input type="checkbox"/> Wellpoint (anteriormente Amerigroup) <input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina Healthcare
			<input type="checkbox"/> Wellpoint (anteriormente Amerigroup) <input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina Healthcare
			<input type="checkbox"/> Wellpoint (anteriormente Amerigroup) <input type="checkbox"/> Iowa Total Care <input type="checkbox"/> Molina Healthcare

Motivo para cambiar de MCO: _____

Su nombre*

Su dirección (calle, ciudad y código postal)*

Su número de teléfono

***Sí, estoy autorizado para hacer cambios en esta cuenta. Entiendo que al completar y enviar este formulario a los Servicios para Miembros, cambiaré la MCO de la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.**

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame a los Servicios para Miembros de Hawki al 1-800-257-8563, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.