Iowa Medicaid Managed Health Care Enrollment Form

(Formulario de inscripción al programa Managed Health Care de Iowa Medicaid)

Uste puede usar este formulario para inscribirse a MediPASS o a una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO). Si tiene alguna pregunta acerca de cómo completar este formulario o sus opciones de inscripción, llame al 1-800-338-8366 o al 515-256-4606, de lunes a viernes de 8:00 am – 5:00pm. Para completar este formulario, siga las instrucciones que se enlistan debajo:

1. Escriba los nombres y los Números de ID personal de cada persona que usted desee inscribir. El Número de ID personal aparece en el Aviso de Decisión que recibió en este paquete.
2. Si usted está escogiendo la opción de MediPASS, por favor revise la lista de doctores de MediPASS que se entrega en este paquete. Escoja un Doctor/Clínica para cada nombre y complete el formulario que se encuentra debajo con el nombre y la dirección en la sección del medio de la tabla a continuación. Díganos también el condado en qué condado se encuentra su Doctor/Clínica usando la sección del extremo derecho de la tabla que se halla debajo.
3. Si usted vive en un condado que posee una HMO y le gustaría seleccionar dicha HMO, por favor escriba el nombre de la HMO en la columna **Nombre del Doctor/Clínica/HMO**, junto al nombre de cada miembro.
4. Una vez que haya completado el formulario, firme con su nombre en la línea de abajo.
5. Pliegue el formulario de modo que la leyenda BUSINESS REPLY MAIL se muestre en la cara exterior. Humedezca el formulario a lo largo para sellarlo. No necesita timbrar este formulario para enviarlo por correo.

Condado en el que vive: _____ Fecha de hoy: _____

Escriba el nombre que desea inscribir en letra de imprenta	Fecha de nacimiento	Número de ID personal	Nombre del Doctor/Clínica/HMO	Dirección	Condado en el que se encuentra el doctor o la clínica

Razón por la que se cambia de proveedor: _____

_____ _____ _____

Su dirección (calle, ciudad y código postal) **Su teléfono** **Firmar aquí**

470-2168(S) (Rev. 5/13)

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 781 DES MOINES IA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

IOWA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
IOWA MEDICAID MEMBER SERVICES CALL CENTER
PO BOX 36510
DES MOINES IA 50315-9936