



Formulario de Solicitud de Cambio de Información del Afiliado

Mantener actualizada la información del afiliado es un proceso de dos pasos:

1. Comuníquese con el Departamento del Niño y la Familia (DCF, por sus siglas en inglés). Infórmeles que su información ha cambiado. Solo ellos pueden actualizar su expediente de Medicaid. Su número de teléfono local y gratuito es 1-866-762-2237. También puede realizar cambios por Internet en www.myflorida.com/accessflorida.
2. Complete este formulario y envíelo por correo al Plan a la dirección citada más abajo. Esto es para asegurarnos de que CHA tenga su información de contacto más reciente.

Infórmele a CHA si su información ha cambiado. Complete este formulario y envíelo por correo a la dirección citada más abajo. Si necesita un traductor o ayuda con este formulario, comuníquese con nuestro departamento de Servicios para afiliados al número gratuito **1-877-577-9043**.

**Clear Health Alliance
1701 Ponce de Leon Blvd.
Coral Gables, FL 33134**

Fecha en que se completó: _____ / _____ / _____

Escriba la siguiente información en letra de imprenta o a máquina:

_____ / _____ / _____
N.º de identificación de Medicaid Fecha de nacimiento Hombre Mujer

Nombre del afiliado

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de teléfono

Me gustaría actualizar la siguiente información:

Nuevo nombre

Nuevo apellido

Nueva dirección

Nueva ciudad, estado, código postal

Nuevo número de teléfono

Firma

Relación con el afiliado