



# 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](http://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 Better Health 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 **1-800-514-4561**.

**Better Health  
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