

Fecha \_\_\_\_\_

Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia  
Departamento para Servicios de Medicaid  
División de Calidad y Resultados  
275 East Main Street, 6C-C  
Frankfort, Kentucky 40621

Estimado(a) Sr./Sra.:

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y quiero que los Servicios para los Miembros de Medicaid me escriban una carta de **Cancelación por Causa Justificada** a mí y a \_\_\_\_\_ . En estos momentos estoy con la Organización de Atención Médica Administrada (MCO por sus siglas en inglés) \_\_\_\_\_. Estoy escribiendo para cambiar mi cobertura a \_\_\_\_\_, para poder continuar recibiendo los servicios de mi médico de atención primaria y/o recibir mis medicamentos.

Aquí está mi información:

**Miembro(s):**

**Núm. de Seguro Social o  
número de identificación de Medicaid:**

**Fecha de nacimiento:**

**Proveedor de atención primaria:**

**Medicamento(s):**

**Motivo de la cancelación:**

Mi número de teléfono durante los horarios de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. es: \_\_\_\_\_

Mi dirección postal es: \_\_\_\_\_

Gracias de antemano por considerar esta solicitud.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
**Necesita Firmar**