



---

**Deseo reanudar mi seguro de salud**

---

**Número de contrato:** \_\_\_\_\_  
**Nombre del suscriptor:** \_\_\_\_\_  
**Cantidad del pago:** \_\_\_\_\_

Al firmar esta carta, solicito que se reanude mi plan de salud (también llamado restablecimiento).  
**Entiendo que Blue Cross and Blue Shield of Louisiana o HMO Louisiana, Inc. deben revisar mi solicitud. Este formulario no significa que mi plan de salud será reanudado.**

**Firme aquí:**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Escriba su nombre en letra de imprenta aquí:**

\_\_\_\_\_

**Complete su información de contacto:**

Correo electrónico:

Teléfono:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE:**

Los miembros que compraron sus planes en HealthCare.gov **deben llamar a HealthCare.gov al 1- 800-318-2596.** Blue Cross o HMO Louisiana no pueden reanudar sus planes de salud.