



Blue Cross and Blue Shield of Louisiana
HMO Louisiana

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.