



Solicitud de cambio de (PCP)

Solicitud de cambio de proveedor de atención primaria (PCP) con Missouri Medicaid Managed Care

Parte 1 - Información del miembro:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del miembro (ID del plan de salud o DCN): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del miembro: _____ Número de teléfono celular del miembro: _____

Dirección de correo electrónico del miembro: _____ Tutor o padre (si corresponde): _____

Parte 2 - Motivo de la solicitud de cambio de médico de atención primaria:

Motivo del cambio (marque uno):

- Insatisfecho/a con el PCP
- Calidad de la atención
- Disponibilidad de citas
- El paciente ya está establecido
- PCP se jubiló
- PCP dejó la ubicación
- PCP ha fallecido
- Consultorio/horarios inconvenientes de (PCP)
- Miembro/PCP fuera del área de servicio
- Otro (por favor, explique):

Parte 3 - Solicitud de cambio de PCP:

Nombre de nuevo PCP:

NPI del nuevo PCP:

Nueva dirección del PCP:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de Fax:

Número de teléfono:

Fecha efectiva del cambio:

Firma de miembro, padre o tutor:

Fecha:

Por favor, envíe por fax este formulario completado al plan de salud del miembro:

Healthy Blue: **833-391-8652**

Home State: **866-390-4429**

United Healthcare: **844-386-9286**

Nota: Se requiere la fecha de entrada en vigor del cambio, la firma del miembro y la fecha de firma requerida.