

Médico de atención primaria

UN AFILIADO POR FORMULARIO



home state health™

Información del afiliado

Primer nombre:

Identificación de MO HealthNet:*

Número de seguro social:

Dirección de correo:

Ciudad:

Inicial del segundo nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento (mmddaaaa):

Número de teléfono: - -

Estado: Código postal:

*Campo requerido

Solicitud de cambio de PCP - Brinde la información del PCP

Nombre del PCP solicitado Núm. de PCP

Dirección del consultorio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono del consultorio: - -

Fecha de entrada en vigencia (mmddaaaa)

El cambio de PCP entrará en efecto dentro de 2 días hábiles de la solicitud.

Razón para el cambio del PCP asignado - Elija todas las que correspondan. Seleccione al menos una.

- Afiliado nuevo - hizo la selección por 1.^a vez
- Ya es paciente del PCP solicitado
- PCP solicitado ya ve a un familiar
- Preferencia del afiliado
- El afiliado se mudó
- El horario del PCP no se ajusta a las necesidades del afiliado
- Calidad de la atención
- Ubicación del proveedor
- Asociación con hospital o grupo médico
- Barreras de idioma/comunicación
- Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
- Disponibilidad para obtener una cita/acceso a atención
- Estableció relación con otro PCP
- Otra

Firma del afiliado o representante autorizado

Fecha (mmddaaaa)

Escriba el nombre en letra de molde del afiliado o representante autorizado

Instrucciones: Sírvase enviar por **FAX** los formularios de cambio de Datos del afiliado, si están disponibles, al Departamento de Servicios para los Afiliados de Home State Health al **1-866-390-4429**, o por correo a Home State Health Member Services, 11720 Borman Drive, St. Louis, MO 63146. Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario o quiere hacer esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios para los Afiliados de Home State Health, de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes, al 1-855-694-4663 (TTY/TTD: 1-877-250-6113).