Médico de atención primaria

UN AFILIADO POR FORMULARIO

home state health

Información del afiliado ***Campo requerido**

Primer nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Identificación de MO HealthNet:* Fecha de nacimiento (mmddaaaa):

Número de seguro social: Número de teléfono: - -

Dirección de correo:

Ciudad: Estado: Código postal:

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.

- O Afiliado nuevo - hizo la selección por 1.ª vez
- O Ya es paciente del PCP solicitado
- O PCP solicitado ya ve a un familiar
- O Preferencia del afiliado
- O El afiliado se mudó
- O El horario del PCP no se ajusta a las necesidades del afiliado
- O Calidad de la atención
- O Ubicación del proveedor
- O Asociación con hospital o grupo médico
- O Barreras de idioma/comunicación
- O Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
- O Disponibilidad para obtener una cita/acceso a atención
- O Estableció relación con otro PCP
- O 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, 7711 Carondelet Ave., St. Louis, MO 63105. 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:711).

© 2018 Home State Health. Todos los derechos reservados.