

Solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario/dental

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es la persona principal que le provee su cuidado de la salud. Su dentista de cuidado primario (PCD) es la persona principal que le provee su cuidado dental. Llene este formulario para cambiar su PCP o PCD. El procesamiento se hará en 24 –72 horas. Para solicitudes urgentes, llame a la línea gratuita de la Member Intake Line (Línea de admisión de miembros) al 1-855-661-2021 (TTY 711).

Información del miembro

Nombre completo del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Estado de residencia: _____

Nombre del tutor legal (si es menor de 18 años): _____

Número de tarjeta de identificación de Amerigroup/Número de Seguro Social: _____

Número de ID de Medicaid: _____ Número telefónico del paciente: _____

Información del PCP (PCD)

Nombre del nuevo PCP/PCD: _____

Nombre del miembro del personal del PCP/PCD que procesa la solicitud, si corresponde: _____

Número telefónico del nuevo PCP/PCD: _____ Número de fax del nuevo PCP/PCD: _____

Número de NPI del nuevo PCP/PCD: _____ Dirección del nuevo PCP/PCD: _____

Para ser completado por el paciente o tutor:

Estoy solicitando que mi PCP/PCD o el PCP/PCD de mi hijo sea cambiado al nombre listado a continuación.

Firma del paciente/parte responsable: _____

Motivo para la reasignación:

Autoasignación/asunto de elección

Inconveniencia del consultorio del PCP

Disponibilidad de citas

Reubicación del miembro/PCP/PCD

Insatisfecho con el PCP/PCD

Otro/ningún motivo*

*Denos más detalles: _____

ENVÍE POR FAX SU SOLICITUD DE CAMBIO DE PCP/PCD AL: **1-888-375-5064**.

LOS FORMULARIOS NO SERÁN PROCESADOS A MENOS QUE TODOS

Si tiene alguna pregunta, llame a la Member Intake Line al 1-855-661-2021 (TTY 711).