

### Formulario de solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es la persona principal a la que usted acude para su cuidado de la salud. Si quiere pedir un nuevo PCP que trabaje con su plan, llene este formulario y envíelo por fax al 1-866-840-4993. El procesamiento se hará en 24 a 72 horas.

#### Información del miembro/paciente:

Nombre completo	
Fecha de nacimiento	
Número de ID de Amerigroup (indicado en la tarjeta de ID)	
Número de ID de Medicaid (indicado en la tarjeta de ID)	
Número telefónico	
Nombre del tutor legal (si es menor de 18 años)	

#### Información del nuevo PCP:

Fecha de la solicitud (o fecha efectiva)	
Nombre del PCP solicitado	
Número de ID del proveedor	
Dirección del proveedor	
Número telefónico del proveedor	
Número de fax del proveedor	

#### Motivo para la solicitud:

- No elegí mi último PCP  
 No estaba satisfecho con mi último PCP  
 Tuve problemas para conseguir citas con mi último PCP  
 Me mudé, o mi PCP se mudó  
 El consultorio de mi PCP estaba demasiado lejos o era muy difícil ir  
 Otro (explique abajo).

Denos más detalles: \_\_\_\_\_

#### Firma del miembro o de la parte responsable:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe por fax este formulario al **1-866-840-4993**.

Para hacer una solicitud por teléfono, llame a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Este.