



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 solicitar un nuevo PCP de la red, complete este formulario y envíelo por fax al 1-866-840-4993. El procesamiento se hará en 24 a 72 horas.

Para solicitudes urgentes, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Centro.

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**.