

**MEDICAID MANAGED CARE**  
**SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO**  
**EL PROCESAMIENTO DEMORA DE 24 A 72 HORAS**

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es la persona principal encargada de brindarle cuidado de la salud. Complete este formulario para cambiar de PCP.

En el caso de solicitudes urgentes, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro, al 1-800-600-4441 (TTY 711).

**Información del miembro**

Nombre completo del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro	
Nombre del tutor legal (si tiene menos de 18 años)	
Su número de identificación de miembro de Amerigroup Community Care o su número del Seguro Social	
Estado donde reside	
Número de la tarjeta de identificación de Medicaid	
Número telefónico del paciente	

**Información del PCP**

Fecha de la solicitud (entrada en vigor del cambio de PCP)	
Nombre del nuevo PCP	
Nombre del encargado (personal del PCP) de la autorización de la solicitud (si corresponde)	
Número telefónico del nuevo PCP	
Número de fax del nuevo PCP	
Número de identificación del nuevo PCP	
Dirección del nuevo PCP	

**Debe completarlo el paciente o el tutor legal:**

Solicito el cambio de mi PCP/el PCP de mi hijo(a) por el nombre que se indica arriba.

Firma del paciente/tutor legal: \_\_\_\_\_

El PCP acepta tratar al miembro mencionado arriba  
 (Firma del personal del consultorio, si corresponde): \_\_\_\_\_

**Motivo de la reasignación:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problema de autoasignación/elección | <input type="checkbox"/> El miembro/PCP se mudó    | <input type="checkbox"/> Inconveniente con el consultorio del PCP |
| <input type="checkbox"/> Disconformidad con el PCP           | <input type="checkbox"/> Disponibilidad para citas | <input type="checkbox"/> Otro/Sin motivos                         |

Indique más detalles: \_\_\_\_\_

Envíe las solicitudes de PCP por fax: **1-866-840-4993**

**Los formularios no se procesarán si no se completan todos los campos.**