

MEDICAID MANAGED CARE
SOLICITUD DE REASIGNACIÓN DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO
EL PROCESAMIENTO SE HARÁ EN 24 - 72 HORAS

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es la persona principal que le provee su cuidado de la salud. Complete este formulario para cambiar su PCP. **Tenga en cuenta que la fecha efectiva de su cambio de PCP es cuando se reciba el fax.**

Para 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 es menor de 18 años)	
Número de la tarjeta de ID de [Amerigroup] o número de Seguro Social	
Estado de residencia	
Número de la tarjeta de ID de Medicaid	
Número telefónico del paciente	

Información del PCP

Fecha de la solicitud	
Nombre del nuevo PCP	
Nombre del miembro del personal del PCP que autoriza la solicitud (si aplica)	
Número telefónico del nuevo PCP	
Número de fax del nuevo PCP	
Número de identificación del nuevo proveedor	
Dirección del nuevo proveedor	

Para ser completado por el paciente o tutor:

Estoy solicitando que mi PCP/el PCP de mi hijo sea cambiado al nombre listado arriba.

Firma del paciente/parte responsable: _____

El PCP está de acuerdo en aceptar al miembro de arriba en su práctica
(Firma del personal del consultorio, si aplica): _____

Motivo para la reasignación:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autoasignación/asunto de elección | <input type="checkbox"/> Reubicación del miembro/PCP | <input type="checkbox"/> Inconveniencia del consultorio del PCP |
| <input type="checkbox"/> Insatisfecho con el PCP | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de citas | <input type="checkbox"/> Otro/ningún motivo |

Denos más detalles: _____

Envíe por fax sus solicitudes de PCP al:
1-866-840-4993

Los formularios no serán procesados a menos que todos los campos estén completos