



AMERIGROUP COMMUNITY 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 proporciona cuidado de la salud. Complete este formulario si desea cambiar su PCP actual.

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 identificación de [Amerigroup] o número de Seguro Social	
Número de la tarjeta de identificación de Medicaid	
Estado de residencia	
Número telefónico del miembro	

INFORMACIÓN DEL PCP

Fecha de la solicitud (fecha efectiva del cambio de PCP)	
Nombre del nuevo PCP	
Nombre del miembro del personal del nuevo PCP que procesa 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 MIEMBRO O TUTOR:

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

FIRMA DEL MIEMBRO/DE LA PARTE RESPONSABLE: _____

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 actual | <input type="checkbox"/> Disponibilidad de citas | <input type="checkbox"/> Otro |

Denos más detalles: _____

ENVÍE POR FAX SUS SOLICITUDES DE PCP AL:
1-866-840-4993

MF-NJ-0010-16
 OMHC #078-16-42

LOS FORMULARIOS NO SERÁN
 PROCESADOS A MENOS QUE TODOS
 LOS CAMPOS ESTÉN COMPLETADOS