



Formulario de solicitud de cambio de proveedor de atención primaria

Si un miembro de UnitedHealthcare Community Plan desea cambiar su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP), complete este formulario y envíelo por fax al 844-386-9287. Debe completar todos los campos; no procesaremos formularios incompletos.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento del miembro _____

Números de teléfono del miembro _____ N.º de identificación de miembro _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Firma del miembro o de la parte autorizada/responsable _____ Fecha _____

(No procesaremos los formularios enviados sin una firma).

Nombre en letra de imprenta de la parte autorizada/responsable _____

Enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación a la dirección que se informó por última vez a la Autoridad de Atención Médica (Healthcare Authority, HCA). Si se ha mudado recientemente, llame a la HCA al 800-562-3022 o utilice el 711. También puede actualizar su dirección en wahealthplanfinder.org.

Información del PCP

Nombre del PCP actual: _____

Motivo del cambio (marque una opción):

El miembro se mudó a una nueva área de servicio

El PCP no acepta pacientes nuevos

El PCP se jubiló

El PCP ya no atiende en la ubicación

El PCP no acepta pacientes existentes

El PCP falleció

Otro (explique) _____

Información del PCP nuevo

¿FQHC/RHC? Sí No (Si la respuesta es sí, la asignación del PCP se realizará al grupo, no a los profesionales individuales).

Nombre _____ NPI _____

Dirección de servicio _____ Identificación impositiva _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Paciente establecido (el cambio entrará en vigencia el primer día del mes actual)

Paciente nuevo (el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente)

Nombre/Teléfono del contacto del consultorio _____

Firma del contacto del consultorio _____ Fecha _____

Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de UnitedHealthcare Community Plan al 877-542-8997. También puede escribir a P.O. Box 30754, Salt Lake City, UT 84130 o enviar un fax al 844-386-9287. Gracias.