

Formulario de Solicitud para Cambio de PCP (proveedor de atención primaria)

Si un miembro de Molina Healthcare está solicitando cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), por favor complete este formulario y envíelo por fax al (888) 656-7582. Favor de llenar todos los campos.

Información del Miembro

Nombre del Miembro _____ # ID del Miembro _____

Número telefónico del miembro _____ fecha de nacimiento del Miembro _____

Dirección del Miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Escribir el nombre de la parte autorizada/responsable _____

Firma del miembro o de la parte autorizada/responsable _____
(Firma requerida para completar el proceso)

Fecha _____

Le enviaremos una nueva tarjeta ID por correo a la dirección registrada. Si usted se mudó recientemente, favor de contactar a AHCCCS al 1(855) HEA-PLUS (1-855-432-7587).

Información del PCP Actual

Nombre del PCP Actual _____

Razón del cambio (Favor de seleccionar una):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se mudó a un área de servicio nueva | <input type="checkbox"/> el PCP no acepta pacientes nuevos |
| <input type="checkbox"/> PCP reubicado | <input type="checkbox"/> PCP falleció |
| <input type="checkbox"/> PCP jubilado | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Información del PCP Nuevo

Nombre del Proveedor _____ NPI _____

Dirección del consultorio _____ Número de identificación fiscal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del contacto de oficina _____ Teléfono _____

Firma del contacto de oficina _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a servicio al miembro de Molina Healthcare al (800) 424-5891 (TTY/TTD: 711).