



**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.

**Para solicitudes urgentes, llame a la línea gratuita de Servicios al Miembro al 1-855-690-7800.**

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

Nombre completo del miembro	
Fecha de nacimiento del miembro	
Nombre del tutor legal (si es menor de 18 años)	
Número de tarjeta de identificación de Anthem o número de Seguro Social	
Estado de residencia	
Número de tarjeta de identificación de Medicaid	
Número telefónico del paciente	

**INFORMACIÓN DEL PCP**

Fecha de 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 PACIENTE O TUTOR:**

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

FIRMA DEL PACIENTE/PARTE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL NUEVO PCP (No se requiere): \_\_\_\_\_

**MOTIVO PARA LA REASIGNACIÓN:**

- |                                       |                                |   |
|---------------------------------------|--------------------------------|---|
| Autoasignación/<br>asunto de elección | Reubicación del<br>miembro/PCP | Inconveniencia del<br>consultorio del PCP |
| Insatisfecho con el PCP               | Disponibilidad de citas        | 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  
COMPLETADOS**