



Solicitud para cambiar de Proveedor de Atención Primaria

Marque la línea de negocio correcta: Medicaid

Los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios y deben completarse

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

*Nombre del Miembro: _____ *Núm. de ID de Molina: _____
Escriba el NOMBRE y APELLIDO en letra de molde

*Fecha de Nacimiento: _____ *Núm. de Teléfono: _____

*Dirección postal: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR: Proporcione la información del proveedor

*Nombre completo del PCP solicitado/FQHC: _____

*Núm. de Teléfono del Consultorio: _____

*Dirección del Consultorio: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código Postal: _____

Fecha de Vigencia del Cambio (MMDDAAAA): _____

La fecha de vigencia se basará en la política de selección/cambio del Plan

*Razón del cambio; seleccione todas las opciones que correspondan:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miembro Nuevo; primera selección | <input type="checkbox"/> Ubicación del Proveedor |
| <input type="checkbox"/> Ya establecido con el PCP solicitado | <input type="checkbox"/> Asociación con el hospital o grupo médico |
| <input type="checkbox"/> El PCP solicitado atiende a un familiar | <input type="checkbox"/> Barreras de comunicación o idioma |
| <input type="checkbox"/> Preferencia del Miembro | <input type="checkbox"/> Tiempo de espera en la consulta del proveedor |
| <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio del Miembro | <input type="checkbox"/> Calidad de la Atención |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad de citas/acceso a la atención médica | <input type="checkbox"/> El Proveedor solicitó cancelar la inscripción |
| <input type="checkbox"/> El Proveedor ya no está en la red | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

*Fecha: _____

**Firma del miembro o su representante autorizado*

Indicaciones: Envíe el formulario completado por fax al (844) 834-2155. Si tiene preguntas acerca de cómo completar el formulario, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.