



# Formulario de selección/cambio de proveedor de cuidados primarios (PCP) del estado de WA Medicaid y Marketplace

Complete este formulario si el nombre del PCP que figura en su tarjeta de identificación de Molina Healthcare es incorrecto.

**Tenga en cuenta que no podremos procesar su solicitud a menos que se completen todos los campos por cada miembro para el cual se presente la solicitud. Si deja algún campo vacío, se le denegará el cambio. Si desea enviar este formulario por fax, adjunte una hoja de portada.**

### Información del nuevo proveedor (en letra de imprenta)

Nombre de la clínica \_\_\_\_\_ Nombre del PCP \_\_\_\_\_

Dirección del PCP \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Información del miembro (en letra de imprenta)

Nombre completo del miembro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de Molina (12 dígitos) \_\_\_\_\_

Nombre completo del miembro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de Molina (12 dígitos) \_\_\_\_\_

Nombre completo del miembro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de Molina (12 dígitos) \_\_\_\_\_

Nombre completo del miembro \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de Molina (12 dígitos) \_\_\_\_\_

### ¿Alguno de los miembros mencionados arriba ha consultado a este proveedor en los últimos 12 meses?

SÍ NO

Nombre completo del miembro o padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Firma del miembro o padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**For Provider Use Only:** This PCP change will be effective the first day of the following month. The member(s) will receive their new ID card(s) within 7-10 business days once the form has been processed. If you need this change right away, please have the member(s) contact Molina's Member Services before the 15<sup>th</sup> of the month at (800) 869-7165 (TTY: 711). **Mail** completed form to: PO Box 4004, Bothell, WA 98041-4004, or **Fax** completed form **with cover sheet** to: (800) 816-3778.

Molina Healthcare of Washington (Molina) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Usted tiene derecho a obtener esta información sin costo alguno en un formato diferente tal como audio, braille o letra grande debido a sus necesidades especiales o en su idioma. English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-869-7165 (TTY: 711). Spanish ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-869-7165 (TTY: 711). Chinese 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-869-7165 (TTY: 711).