



Healthy Blue



home state health™
Show Me Healthy Kids
GESTIONADO POR HOME STATE HEALTH



United
Healthcare
Community Plan

Solicitud de cambio de (PCP)

Solicitud de cambio de proveedor de atención primaria (PCP) con Missouri Medicaid Managed Care

Parte 1 - Información del miembro:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:	Número de identificación del miembro (ID del plan de salud o DCN):		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del miembro:	Número de teléfono celular del miembro:		
Dirección de correo electrónico del miembro:	Tutor o padre (si corresponde):		

Parte 2 - Motivo de la solicitud de cambio de médico de atención primaria:

Motivo del cambio (marque uno):

- | | |
|--|---|
| ☐ Insatisfecho/a con el PCP | ☐ PCP ha fallecido |
| ☐ Calidad de la atención | ☐ Consultorio/horarios inconvenientes de (PCP) |
| ☐ Disponibilidad de citas | ☐ Miembro/PCP fuera del área de servicio |
| ☐ El paciente ya está establecido | ☐ Otro (por favor, explique): |
| ☐ PCP se jubiló | _____ |
| ☐ PCP dejó la ubicación | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

Parte 3 - Solicitud de cambio de PCP:

Nombre de nuevo PCP:

NPI del nuevo PCP:

Nueva dirección del PCP:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de Fax:

Número de teléfono:

Fecha efectiva del cambio:

Firma de miembro, padre o tutor:

Fecha:

Por favor, envíe por fax este formulario completado al plan de salud del miembro:

Healthy Blue: **833-391-8652**

Home State: **866-390-4429**

United Healthcare: **844-386-9286**

Nota: Se requiere la fecha de entrada en vigor del cambio, la firma del miembro y la fecha de firma requerida.