Children's Mercy
PEDIATRIC CARE NETWORK

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PCP

☐ UnitedHealthcare Missouri ☐ UnitedHealthcare Kansas ☐ Healthy Blue Missouri ☐ Healthy Blue Kansas

Instrucciones para el proveedor

Complete solo un formulario por grupo familiar del afiliado. Los formularios completados de forma incorrecta o sin la firma del afiliado o de la parte responsable no se procesarán y el cambio de proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) no se realizará. Los afiliados pueden seguir recibiendo tratamiento del PCP solicitado hasta que se complete el cambio. Los afiliados deben continuar usando la tarjeta de identificación del plan de salud actual hasta que reciban la nueva tarjeta de identificación. Todas las solicitudes se procesarán en un plazo de 7 a 10 días hábiles a partir de la recepción. Se notificará al Departamento de Relaciones con los Proveedores si el envío de formularios está incompleto o no es válido.

Envíe este formulario por fax al: (816) 399-2633. (Tenga en cuenta el nuevo número de fax.)

Parte 1: Información del afiliado *(Utilice una letra de imprenta legible.)*

Proporcione la información del afiliado:
*Campo obligatorio

_____ _____ _____
(Apellido)* (Primer nombre)* (Inicial del segundo nombre)

_____ _____ ____ / ____ / _____
(N.º de identificación de afiliado del plan de salud)* (N.º de teléfono con código de área del afiliado)* (Fecha de nacimiento del afiliado)*

Parte 2: Solicitud de cambio de PCP *(Utilice una letra de imprente legible).*

Proporcione información del PCP:
* Campo obligatorio

_____ _____ _____
(Nombre completo del PCP solicitado)* Identificador nacional de proveedores (National Provider Identifier, NPI) (N.º de identificación del proveedor)*

Parte 3: Solicitudes adicionales de cambio de PCP *(Utilice una letra de imprenta legible).*

Indique otros miembros de la familia que soliciten el cambio al mismo PCP:

Nombre del afiliado: _____
Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación de afiliado del plan de salud: _____

Nombre del afiliado: _____
Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación de afiliado del plan de salud: _____

Parte 4: Motivo de la solicitud de cambio de PCP

Indique el motivo de la solicitud de cambio de PCP *(Marque una de las siguientes casillas).*

- ☐ Preferencia por otro proveedor de atención primaria
- ☐ Recomendación de un familiar/amigo
- ☐ Conveniencia de la ubicación o los horarios del consultorio
- ☐ Ya es paciente del PCP solicitado
- ☐ Solicité este PCP al momento de inscribirme, pero el plan de salud me asignó un PCP diferente en mi tarjeta de identificación del plan de salud.
- ☐ Insatisfacción con el PCP asignado Nota: El plan de salud presentará una queja en su nombre. Es posible que reciba una llamada para solicitarle más información.
- ☐ Otro: _____

_____ _____
Nombre en letra de imprenta del afiliado o la parte responsable **Firma** del afiliado o la parte responsable

_____ _____
Firma del proveedor **Fecha**

¿Padre o madre biológicos? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "no", el nombre de la "Parte responsable" debe coincidir exactamente con el que figura en el expediente del plan de salud

Nota: El afiliado debe presentar su tarjeta de identificación del plan de salud al proveedor solicitante.
La fecha de entrada en vigencia del cambio de PCP será la fecha en que el afiliado o la parte responsable firme la Solicitud de cambio de PCP.