

**Formulario de Solicitud para Cambio de PCP (proveedor de atención primaria)**

Si un miembro de Magellan Complete Care está solicitando cambiar su proveedor de atención primaria (PCP), por favor complete este formulario y envíelo por fax al 888-656-7582. Favor de llenar todos los campos.

**Información del miembro**

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ # ID del Miembro \_\_\_\_\_

Número telefónico del miembro \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento del Miembro \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Escribir el nombre de la parte autorizada/responsable \_\_\_\_\_

Firma del miembro o de la parte autorizada/responsable \_\_\_\_\_

(Firma requerida para completar el proceso)

Fecha \_\_\_\_\_

Le enviaremos una nueva tarjeta ID por correo a la dirección registrada. Si usted se mudó recientemente, favor de contactar a AHCCCS al 1(855) HEA-PLUS (1-855-432-7587).

**Información del PCP Actual**

Nombre del PCP Actual \_\_\_\_\_

Razón del cambio (Favor de seleccionar una):

Se mudó a un área de servicio nueva

el PCP no acepta pacientes nuevos

PCP reubicado

PCP falleció

PCP jubilado

Otra \_\_\_\_\_

**Información del PCP nuevo**

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ NPI \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio \_\_\_\_\_ Número de identificación fiscal \_\_\_\_\_

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

Nombre del contacto de oficina \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del contacto de oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a servicio al miembro de Magellan Complete Care al 800-424-5891 (TTY 711).