

Formulario para solicitar el cambio de médico de atención primaria (PCP)

Información de miembro

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Fecha de nacimiento	Número de identificación de miembro	Número del seguro social
Dirección		Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal

Solicitud de cambio de PCP

Nombre del PCP solicitado	Número de registro nacional del proveedor (NPI)	
Dirección del consultorio:		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de la oficina	Número de identificación fiscal	Fecha de entrada en vigencia

Motivo del cambio del PCP asignado

Marque la respuesta correspondiente a continuación:	
Nuevo miembro realizó la selección por primera vez	Ubicación del proveedor
Ya es paciente con PCP solicitado	Afiliado a un hospital o un grupo médico
El PCP solicitado atiende a miembros de la familia	Impedimentos de idioma/comunicación
Preferencia del miembro	Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
El miembro se mudó	Disponibilidad de las citas/acceso a la atención
El horario del PCP no se adaptaba a las necesidades del miembro	Relación establecida con otro PCP
Calidad del cuidado	Otros

Firma del miembro o del representante autorizado	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro o del representante autorizado.	

Instrucciones: Envíe este formulario por fax, con una copia de la tarjeta de identificación de miembro, si está disponible, al Departamento de Servicios para miembros al **1-866-361-8495**. Si tiene preguntas sobre este formulario o desea realizar esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-866-827-2710** (Los usuarios de TTY marcan **711**).

www.aetnabetterhealth.com/maryland