



Formulario de proveedor de atención primaria (PCP)

Información del miembro

*** Campo obligatorio**

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Id. de Medicaid*: Fecha de nacimiento (mmddaaaa):

Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN): Teléfono:

Dirección postal:

Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitud de cambio de PCP: proporcione información del PCP.

Nombre del PCP solicitado N.º de id. nacional de proveedor (National Provider Identifier, NPI)

Dirección del consultorio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono del consultorio: Fecha de entrada en vigencia (mmddaaaa):

La fecha de entrada en vigencia se basará en la póliza de selección/cambio del plan.

Motivo del cambio del PCP asignado: elija todos los que correspondan. Seleccione al menos una opción.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nuevo miembro: realiza la selección por primera vez. | <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> El miembro ya es paciente del PCP solicitado. | <input type="checkbox"/> Asociación con el hospital o grupo médico. |
| <input type="checkbox"/> El PCP solicitado ya atiende a un familiar. | <input type="checkbox"/> Barreras de comunicación/idioma. |
| <input type="checkbox"/> Preferencia del miembro. | <input type="checkbox"/> Tiempo de espera en el consultorio del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> El miembro se mudó. | <input type="checkbox"/> Disponibilidad para conseguir una cita; acceso a la atención. |
| <input type="checkbox"/> El horario de atención del PCP no se adapta a las necesidades del miembro. | <input type="checkbox"/> Relación establecida con otro proveedor. |
| <input type="checkbox"/> Calidad de la atención. | <input type="checkbox"/> Solicitud del proveedor para cancelar la inscripción del miembro. |
| <input type="checkbox"/> El proveedor abandonó la red. | <input type="checkbox"/> Otro. |

Firma del miembro o representante autorizado

Fecha (mmddaaaa)

Nombre en letra imprenta del miembro o representante autorizado

Instrucciones: Envíe por fax los formularios de Datos de cambio de miembro al **Departamento de Servicios para Miembros de NH Healthy Families** al 1-877-502-7255 o por correo postal a **NH Healthy Families Member Services**, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110. **Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario o desea hacer esta solicitud** por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros de NH Healthy Families al **(866) 769-3085 (TDD/TTY: [855] 742-0123)**, de lunes a miércoles de 8 a. m. a 8 p. m., y jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del este).