

SOLICITUD PARA CAMBIAR DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Información del afiliado

Nombre completo del afiliado: _____

Núm. del afiliado: _____

Núm. de seguro social del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Médico nuevo que se solicita

Nombre completo del médico: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del médico: _____

Fecha de entrada en vigencia solicitada (dd/mm/aaaa): _____

Razón para solicitar el cambio

(Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ya es mi PCP | <input type="checkbox"/> La espera en el consultorio era demasiado larga |
| <input type="checkbox"/> Este médico ve a otro familiar | <input type="checkbox"/> Tomó demasiado tiempo conseguir una cita |
| <input type="checkbox"/> Mi preferencia personal | <input type="checkbox"/> El consultorio está demasiado lejos/es difícil llegar |
| <input type="checkbox"/> Me he mudado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> El horario del consultorio no se ajustó a mis necesidades | |
| <input type="checkbox"/> La calidad de la atención no se ajustó a mis necesidades | |

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____



ENVÍE EL FORMULARIO LLENO A:

Louisiana Healthcare Connections, ATTN: Member Services
P.O. Box 84180, Baton Rouge, LA 70884

O por fax a: 1-866-768-9374



¿TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA?

Llámenos al 1-866-595-8133 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.