

# Cómo llenar la solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario

UnitedHealthcare Community Plan of North Carolina

Si su consultorio observa que el proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) que figura en la tarjeta de ID de un miembro ya no trabaja en su consultorio, o si el miembro solicita ayuda para cambiar su proveedor de cuidado primario por uno de su consultorio, usted tiene 2 opciones:

- Dígle que puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al **800-349-1855**
- Dele una copia de la solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario

## Tenga en cuenta

Este formulario no debe usarse para procesar los cambios solicitados por el miembro “por causa justificada”. Esos cambios se pueden realizar en cualquier momento. Para procesar tales solicitudes, se debe llamar a Servicio al Cliente.

Las solicitudes que reciba Servicio al Cliente se procesarán en el momento de la llamada y entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Las solicitudes recibidas por fax tardarán más tiempo en procesarse.

La fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente para las solicitudes que se reciban hasta el día 16 del mes. La fecha de vigencia será el primer día del mes posterior al mes siguiente en el caso de solicitudes que se reciban después del día 16 del mes.

## Siga estos pasos para asegurarse de que podamos tramitar la solicitud del miembro:

Si un miembro pide el cambio de su proveedor de cuidado primario, puede ayudarlo a llenar la solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario.

- Revise la tarjeta de ID del miembro para confirmar que esté inscrito en UnitedHealthcare Community Plan of North Carolina
- La solicitud de cambio solo debe utilizarse para transferir a los pacientes a su consultorio. Si necesita cancelar la inscripción de un paciente de su consultorio, comuníquese con Servicio al Proveedor de UnitedHealthcare al **800-638-3302**.

**No se procesarán las solicitudes llenadas incorrectamente o en las que falte la firma del miembro o de la persona responsable y no se realizará el cambio de proveedor de cuidado primario. Los miembros deben seguir usando su tarjeta de ID actual hasta que reciban la nueva. Todas las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles a partir de su recepción.**

- Usted puede ayudar al miembro a llenar la solicitud. Para poder procesar la solicitud, debe estar firmada por el miembro, ser legible y estar completa. Envíe la solicitud llenada por fax a UnitedHealthcare al 844-386-9286.
- Utilice 1 solicitud por persona, aun cuando sean varios los miembros de la familia que solicitan el cambio

## Solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario

Su proveedor de cuidado primario (PCP) es la persona principal que le presta cuidado de la salud. Llene esta solicitud para cambiar de proveedor de cuidado primario. Envíe la solicitud llenada por fax a UnitedHealthcare al 844-386-9286. Para solicitudes urgentes o servicio inmediato, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al **800-349-1855**.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre del miembro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |                                 |
| Fecha de nacimiento del miembro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Número de ID de miembro:                                    |                                 |
| Dirección del miembro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                 |
| Ciudad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Estado:                                                     | Código postal:                  |
| Número de teléfono del miembro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nombre del centro de atención médica avanzada (AMH) actual: |                                 |
| Motivo del cambio (marque uno):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                 |
| Reubicación del miembro/proveedor de cuidado primario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             | El paciente ya está establecido |
| Consultorio del proveedor de cuidado primario poco práctico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             | Elección del miembro            |
| Nombre del nuevo centro de atención médica avanzada/consultorio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Nombre de nuevo proveedor individual:                       |                                 |
| Número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) del nuevo proveedor de cuidado primario:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                                 |
| Número de ID fiscal del nuevo centro de atención médica avanzada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                 |
| Dirección del nuevo centro de atención médica avanzada/consultori:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                                 |
| Ciudad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Estad:                                                      | Código postal:                  |
| Número de fax:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Número de teléfono:                                         |                                 |
| Firma del miembro o padre/madre/tutor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             | Fecha:                          |
| Firma del nuevo representante del proveedor de cuidado primario:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             | Fecha:                          |
| Tenga en cuenta: La fecha de vigencia será el primer día del mes siguiente para las solicitudes que se reciban hasta el día 16 del mes. La fecha de vigencia será el primer día del mes posterior al mes siguiente en el caso de solicitudes que se reciban después del día 16 del mes. Los miembros pueden ser atendidos por el proveedor de cuidado primario que hayan elegido antes de recibir su nueva tarjeta de ID. |                                                             |                                 |