

Formulario de Selección de Médico de Atención Primaria (PCP)

ONE MEMBER PER FORM



Información del Miembro

*Campo requerido

Primer Nombre: Inicial: Apellido:
ID de Medicaid: Fecha de nacimiento (mmddaaaa):
NSS: Número telefónico: - -
Dirección postal:
Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitud para cambiar de PCP – Proporcione la información del PCP

Nombre del PCP solicitado NPI#
Dirección del consultorio:
Ciudad: Estado: Código postal:
Núm. tel. del consultorio: - - Fecha de vigencia (mmddaaaa):
La fecha de vigencia se basará en la política de cambio/selección del plan.

Razón para el cambio de PCP asignado – Elija todas las que correspondan. Seleccione al menos una.

- | | |
|---|--|
| ☐ Nuevo Miembro – hizo la selección por primera vez | ☐ Ubicación del proveedor |
| ☐ Ya es paciente del PCP solicitado | ☐ Asociación con un hospital o grupo médico |
| ☐ El PCP solicitado ya presta servicios a un miembro de la familia | ☐ Barreras de comunicación/idioma |
| ☐ Preferencia del miembro | ☐ Tiempo de espera en el consultorio del proveedor |
| ☐ El miembro se mudó | ☐ Disponibilidad para obtener una cita. Acceso a la atención |
| ☐ Las horas de consulta del PCP no se ajustan a las necesidades del miembro | ☐ Relación establecida con otro proveedor |
| ☐ Calidad de la atención | ☐ Solicitud del proveedor para desafiliar al miembro |
| ☐ El proveedor salió de la red | ☐ Otro |



Firma del Miembro o Representante autorizado

Fecha (mmddyyyy)

Nombre en letra de molde del Miembro o Representante Autorizado

Instrucciones: Envíe por fax los formularios de Datos de cambio del miembro, junto con una copia de la tarjeta de identificación del miembro, si está disponible, al Departamento de Servicios para los Miembros de Sunflower Health Plan al **866-491-1824**, o envíe por correo a Sunflower Customer Service, 8325 Lenexa Dr., Suite 410, Lenexa, KS 66214. Si tiene preguntas a cerca de cómo llenar este formulario o quiere hacer esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios para los miembros de Sunflower Health Plan, de 8 a.m. a 5 p.m. (hora estándar del Centro), de lunes a viernes, al **877-644-4623** (TTY 711).