

Solicitud de cambio de PCP



INSTRUCCIONES:

Utilice este formulario para solicitar un cambio de su Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP). Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Envíe el formulario lleno con una copia de la tarjeta de identificación del afiliado a:

Correo: Aetna Better Health of Illinois
3200 Highland Avenue, MC F661
Downers Grove, IL 60515

Información del afiliado (escribir en letra de imprenta)

Nombre del afiliado:	Dirección:
Número de identificación de afiliado:	Ciudad:
	Estado: Código postal:
Fecha de nacimiento del afiliado:	Teléfono:

PCP al que desea cambiar

Nombre del PCP solicitado:	Dirección del consultorio:
Identificador de Proveedor Nacional (National Provider Identifier, NPI):	Ciudad: Código postal:
	Estado:
Teléfono del consultorio:	Fecha de entrada en vigencia:

Razón del cambio

Ya es paciente del PCP solicitado
El PCP solicitado ya ve a un familiar
Preferencia del afiliado
Afiliado se mudó
El horario actual del PCP no se ajusta a las necesidades del afiliado
Calidad de la atención

Ubicación del proveedor de servicios
Barreras de idioma o comunicación
Tiempo de espera en el consultorio del proveedor de servicios
Disponibilidad de citas
Barreras de acceso físico al consultorio o edificio
El PCP actual no cuenta con asociación con hospital o grupo médico adaptaciones

Relación establecida con el PCP solicitado
Otra



Solicitud de cambio de PCP



Firma del afiliado o representante autorizado:

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado:

Fecha: