



## Formulario de selección/cambio de proveedor de atención primaria (PCP) para todos los MCO de OH Medicaid

Complete este formulario para actualizar el Formulario de selección/cambio de PCP para un miembro de una Organización de Atención Administrada (MCO) de OH Medicaid. Envíe el formulario completado por correo electrónico o fax a la MCO que se indica a continuación.

### Información del proveedor nuevo (escriba en letra de imprenta)

Nombre del PCP	_____	Clínica	_____
Identificador nacional del PCP	_____	Identificación fiscal	_____
Dirección del PCP	_____	Ciudad	_____
Estado	_____	Código postal	_____
Núm. de teléfono del PCP	_____	Núm. de fax del PCP	_____
Fecha de entrada en vigencia	_____ / _____ / _____		

¿Ha visto a este proveedor durante el último año?    o Sí    o No (marque una opción)

### Razón para el cambio (marque una opción):

1. No existe una razón; solo quiero otro médico en mi tarjeta.
2. Ubicación y/o horarios más convenientes; referencia de familiares/amigos; ya soy paciente de este médico.
3. Disconformidad.
4. Solicité este PCP cuando me inscribí pero me asignaron un médico distinto.

### Información del miembro (escriba en letra de imprenta)

Nombre completo	_____		
Fecha de nacimiento	_____ / _____ / _____	Núm. de teléfono (    )	_____ - _____

<b>Edad</b>	_____	<b>Núm. de identificación de Medicaid</b>	_____
<b>Núm. de identificación del miembro</b>	_____	<b>Núm. de teléfono</b>	_____
<b>Dirección</b>	_____	<b>Ciudad</b>	_____
<b>Estado</b>	_____	<b>Código postal</b>	_____

(Se enviará una nueva tarjeta de identificación a esta dirección en un plazo de 7 a 10 días hábiles).

\_\_\_\_\_  
**Firma del miembro o tutor del miembro**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

\_\_\_\_\_  
**Firma del proveedor (personal)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de hoy**

**Información del Plan de atención administrada (MCP) de Medicaid**

- Información de la Organización de Atención Administrada (MCO) de OH Medicaid
- AmeriHealth Caritas Ohio; Número de fax: **(833) 641-3290**
- Anthem Blue Cross and Blue Shield; Número de fax: **(866) 840-4993**
- CareSource; Número de fax: **(937) 226-6916**
- Buckeye Health Plan; Número de fax: **(866) 719-5435**
- Molina Healthcare; Número de fax: **(844) 834-2155**
- Humana Healthy Horizons en Ohio; Correo electrónico: [OHMedicaidProviderRelations@Humana.com](mailto:OHMedicaidProviderRelations@Humana.com)
- UnitedHealthcare Community Plan; Número de fax: **(844) 386-9286**