



Formulario de solicitud de cambio de proveedor
El cambio se hará en 24 a 72 horas

¿Necesita cambiar su doctor de cuidado primario?

Llene este formulario. Envíelo por fax al 1-866-840-4993.

¿Es urgente? Llame a Servicios al Miembro al 1-855-690-7784 (TTY 711).

Información del miembro

Nombre y apellido del miembro	
Fecha de nacimiento	
Nombre del tutor legal (si el miembro es menor de 18 años)	
Número de ID de Anthem o del Seguro Social	
Estado de origen	
Número de ID de Medicaid	
Número telefónico	

Quiero cambiar mi doctor/el doctor de mi hijo porque:

<input type="checkbox"/> Opción del miembro	<input type="checkbox"/> Disponibilidad de citas	<input type="checkbox"/> Ubicación del consultorio
<input type="checkbox"/> No me gusta mi doctor/el doctor de mi hijo	<input type="checkbox"/> Otro (vea abajo)	<input type="checkbox"/> Ningún motivo

Otro motivo _____

Firma del miembro/padre/tutor legal _____

Información del nuevo doctor

Nombre del doctor	
Número telefónico	
Número de fax	
Número de ID	
Dirección del consultorio	

Envíe por fax el formulario completado al 1-866-840-4993.

No se aceptarán formularios incompletos.

Anthem Blue Cross and Blue Shield Medicaid es el nombre comercial de Anthem Kentucky Managed Care Plan, Inc., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y símbolos de Blue Cross and Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.

La fecha efectiva de este cambio es la fecha estampada en este fax.

We can translate this at no cost. Call the Member Services number on your member ID card.

Podemos traducir esta información sin costo. Llame al número de Servicios a Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro.