



Forma para Solicitar cambio de Doctor/Grupo Medico

Por favor elija su Plan de Salud: Community Health Plan of Imperial Valley

Nombre del Nuevo Doctor Primario:			
Número de identificación del Medico:			
Dirección del Doctor Primario:			
Grupo Medico:			
Escriba la razón para el cambio:			
Nombre Y Apellido	Fecha de Nacimiento	CIN#	
1.			
2.			
3.			
Por favor Marque "Si" o "No" en las siguientes preguntas:		SI	NO
¿Se encuentra el afiliado actualmente hospitalizado?			
¿Está la afiliada en su tercer trimestre de embarazo?			
El afiliado ha recibido servicios médicos con su doctor primario o con un doctor afiliado a su grupo medico?			
¿Está el afiliado recibiendo algún tratamiento médico actualmente?			
Esta el afiliado programado para recibir algún tratamiento médico futuro como una cirugía o visitas al especialista?			
El afiliado tiene un Nuevo bebe de menos de 60 días de nacido y que está internado en algún hospital actualmente?			
<p>Por favor lea la declaración detalladamente: Cualquier autorización previa sometida o aprobada por el doctor primario o grupo medico al que este asignado actualmente no será válido con el nuevo doctor primario o grupo médico. Si el miembro se encuentra hospitalizado en el día efectivo del cambio, el cambio será anulado y se mantendrá con el mismo doctor primario y grupo medico hasta que el tratamiento de cuidado sea completado. Si tiene un recién nacido y solicita un cambio de doctor primario y grupo médico y no ha completado su cuidado postnatal, que usualmente se completa entre los 40 días después del parto, el cambio no podrá ser procesado. La única excepción sería si cambia con un doctor primario dentro del mismo grupo médico.</p>			
Firma del afiliado: _____			
Domicilio del afiliado: _____			
Nombre del Representante que completa la forma: _____			
Número de teléfono del Representante: _____ Ext: _____ Numero de Fax: _____			
Información Adicional: _____			
Fecha de hoy: / /		¿Como fue enviado? (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo Electrónico	
Fecha efectiva: / /			
Internal Use Only			
Date Change Entered:			
Coordinator's Name:			

Por Favor envíe por Fax
Atención: CHPIV
Medi-Cal Member Services
Fax#: 1-(844) 837-5947
Correo Electrónico a:
SHPPROVIDERREQUEST@healthnet.com