



Formulario de solicitud de cambio de proveedor de atención primaria (PCP)

Instrucciones: Complete este formulario para cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP). Si tiene alguna pregunta, llame al siguiente contacto:

Servicios al Miembro de Medicaid
 1-800-881-2166 (TTY: 711)
 De 8 a.m. a 8 p.m. | De lunes a viernes

Servicios al Miembro de Medicare
 1-800-927-6048 (TTY: 711)
 De 8 a.m. a 8 p.m. | Los 7 días de la semana |
 Del 1.º de octubre al 31 de marzo
 De 8 a.m. a 8 p.m. | De lunes a viernes |
 Del 1.º de abril al 30 de septiembre

Escriba el formulario en letra de imprenta o puede completarlo en línea e imprimirlo. Cuando complete el formulario, puede enviarlo por correo postal a la siguiente dirección:

Sentara Health Plans – Member
 Services PO Box 66189
 Virginia Beach, VA 23466

Información del miembro	
Número de id. del miembro	
Nombre	
Apellido	
Fecha de nacimiento	
Domicilio	
Ciudad	
Estado	
Código postal	
Por teléfono	
Información del proveedor de atención primaria (PCP)	
Nombre del PCP actual incluido en la tarjeta de miembro	
Nombre del nuevo PCP solicitado	
Nombre y firma del miembro	
Nombre en letra de imprenta de miembro o tutor	
Firma del miembro o tutor	
Relación con el miembro	
Fecha de solicitud	