

Formulario de solicitud de cambio de proveedor

Proveedores de salud del comportamiento



Los afiliados pueden utilizar este formulario para cambiar el proveedor de salud del comportamiento para ellos mismos, sus hijos o sus dependientes legales. Este formulario se considera una aprobación oficial del cambio de proveedor.

Instrucciones:

Proveedores: Complete todos los campos en la tabla que se encuentra a continuación; luego, envíe su solicitud de autorización anterior con una copia adjunta de este formulario. Para encontrar formularios de autorización anteriores, visite la [página web de Salud del Comportamiento de Superior](#).

Afiliados: Firme y coloque la fecha en las líneas en la parte inferior de este formulario.

Información del Afiliado:	
Nombre del afiliado:	Número de identificación de Medicaid del afiliado:
Información del proveedor anterior:	
Nombre del proveedor anterior (de no conocerlo, sírvase indicar el motivo):	
Información del proveedor preferido:	
Fecha de cambio de proveedor: ____/____/____	NPI del proveedor preferido:
Nombre del proveedor preferido (actual):	TIN del proveedor preferido:

Certifico que a partir de la fecha indicada más arriba, prefiero recibir, o que mi hijo/dependiente legal reciba, los servicios de mi proveedor preferido. Asimismo, deseo cancelar toda autorización previa para recibir los servicios del proveedor anterior indicado más arriba.

Firma del afiliado o del representante legalmente autorizado

Fecha