



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

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre del afiliado) deseo cambiar mi PCP por:

**Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación de contribuyente (TIN) del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Identificador nacional del proveedor (NPI):** \_\_\_\_\_

Entiendo que como afiliado de Iowa Total Care, tengo el derecho de solicitar el cambio de mi PCP asignado en cualquier momento.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del afiliado:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del afiliado:** \_\_\_\_\_

**Identificación del afiliado de Iowa Total Care:** \_\_\_\_\_

**Firma del afiliado (o tutor legal):** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para cambiar de PCP, llame a **Servicios para los Afiliados de Iowa Total Care** al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de Iowa Total Care.

**Envíe este formulario completo al fax número 833-847-3026.**