



Forma para Solicitar cambio de Doctor/Grupo Medico

Health Net Molina BND

Nombre de el Nuevo Doctor Primario:			
Number de idenrificacion del Medico:			
Direccion del Doctor Primario:			
Grupo Medico:			
Escriba la razon pare 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 encueta el afiliado actualmente hospitalizado?			
Esta la afiliada en su tercer trimestre de embarazo?			
El afiliado ha recibido servicios medicos con su doctor primario o con un doctor afiliado a su grupo medico?			
Esta el afiliado recibiendo algun tratamiento medico actualmente?			
Esta el afiliado programado para recibir algun tratamiento medico futuro como una cirugia o visitas al especialista?			
El afiliado tiene un Nuevo bebe de menos de 60 dias de nacido y que esta internado en algun hospital actualmente?			
Por favor lea la declaracion detalladamente: Cualquier autorizacion previa sometida o aprobada por el doctor primario o grupo medico al que esta asignado actualmente, no sera valida con el nuevo doctor primario o grupo medico. Si el miembro se encuentra hospitalizado en el dia efectivo del cambio, el cambio sera anulado y se mantendra con el mismo doctor primario y grupo medico hasta que el tratamiento de cuidado sea completado. Si tiene un recien nacido y solicita un cambio de doctor primario y grupo medico y no ha completado su cuidado postnatal, que usualmente se completa entre los 40 dias despues del parto, el cambio no podra ser procesado. La unica excepcion seria si cambia con un doctor primario dentro del mismo grupo medico.			
Fima del afiliado: _____			
Domicilio del afiliado: _____			
Nombre del Representate que completa la forma: _____			
Numero de telefono del Representante: _____ Ext: _____ # de Fax: _____			
Informacion Adicional: _____			
(Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno)			
Fecha de hoy: ___/___/___ Como fue enviado? <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo Electronico			
Fecha efectiva: ___/___/___			
Uso Interno:			
Date change entered: ___/___/___ Rep's Name: _____			

Por Favor envie por Fax
 Atencion: Health Net
 Medi-Cal Member Services
 1-(844) 837-5947
 Correo Electronico a:
 SHPPROVIDERREQUEST@healthnet.com