



Primary Care Provider (PCP) Change Request Form

I, _____ would like to change my PCP to:
(Member Name)

Provider Name: _____

Provider Address: _____

Provider Phone Number: _____

Provider NPI: _____

I understand that as an El Paso Health Member, I have the right to request a change to my assigned PCP at any time.

Date: _____

Member Name: _____

Member Phone Number: _____

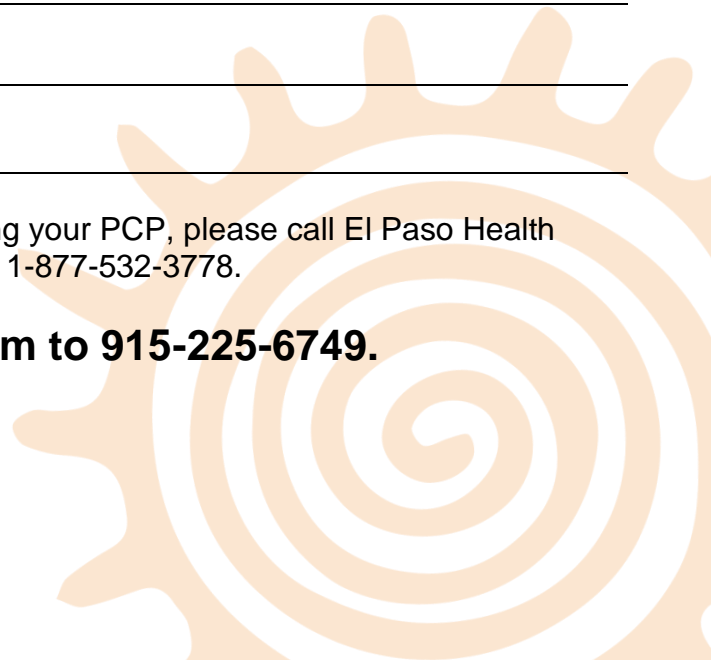
El Paso Health Member ID: _____

Member (or legal guardian) Signature: _____

Print Name of Legal Guardian: _____

If you have any questions or need assistance with changing your PCP, please call El Paso Health Member Services Department at 915-532-3778 or toll-free 1-877-532-3778.

Please fax this completed form to 915-225-6749.





Formulario Para Solicitar El Cambio De Proveedor De Atención Primaria (PCP)

Yo, _____ quisiera cambiar mi PCP a:
(Nombre del Miembro)

Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Número de Teléfono del Proveedor: _____

Número de Identificación Nacional de Proveedor de Texas (NPI): _____

Tengo entendido que como Miembro de El Paso Health, tengo el derecho de solicitar el cambio de PCP asignado, en cualquier momento.

Fecha: _____

Nombre del Miembro: _____

Número de Teléfono del Miembro: _____

Número de Identificación del Miembro de El Paso Health: _____

Firma del Miembro (o tutor legal): _____

Nombre del Tutor Legal: _____

Si tiene preguntas o necesita ayuda para cambiar su PCP, por favor llame a los Servicios de Miembro de El Paso Health al 915-532-3778 o sin costo al 1-877-532-3778.

Por favor envíe este formulario completado por fax al 915-225-6749