



HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

**Formulario de Solicitud de Cambio de Médico
de Atención Primaria**
(El Miembro debe llenarlo)
(En Letra de Imprenta Legible)

Nombre del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Miembro: _____ Número de Teléfono: _____

Firma del Miembro: _____ Fecha: _____

Médico de Atención Primaria Actual

Nombre: _____ Grupo/Clínica: _____

Nuevo Médico de Atención Primaria

Nombre: _____ Grupo/Clínica: _____

Fecha de Vigencia del Nuevo Médico de Atención Primaria: _____

Motivo del Cambio: _____

Nombre del Integrante del Personal: _____ Fecha: _____

(En Letra de Imprenta)

Firma del Integrante del Personal: _____ Número de Teléfono: _____

Envíe una copia a Health Plan of Nevada a:

Health Plan of Nevada, Inc.

Attn: Member Services Correspondence

O

por Fax al: (702) 240-6281

2720 N. Tenaya Way

Las Vegas, NV 89128

Todas las solicitudes de cambio están sujetas a verificación y a la disponibilidad del proveedor.