

Instructions for Completing the North Carolina Medicaid

PCP Change Request Form for Members Enrolled in Managed Care Prepaid Health Plans (PHPs)

If your office notices the PCP listed on a member's ID card is no longer with your practice or if the member asks for help changing their PCP to your practice, you have two options:

- Let them know that they can call Member Services at 833-552-3876.
- Give them a copy of the PCP Change Request Form.
- Medicaid Beneficiaries can change their PCP up to two times a year. The members may change
 - within 30 days of AMH assignment for any reason
 - one additional time a year "without cause"

IMPORTANT NOTES:

- This form should not be utilized to process "for cause" member requested changes. These changes may occur at any time. Those requests should be processed by calling member services.
- Requests received by calling Member Services will be processed at the time of the call and will be effective the 1st of the following month.
- Requests received by faxed form will result in longer processing times. The effective date will be the 1st of the following month when received on or before the 16th of the month. The effective date will be the 1st of the month following the next month if received after the 16th day of the month.

If a member asks about changing their PCP, you can help them complete the PCP Change Request Form.

Please follow these steps to make sure we can process the member's request:

- Check the member's ID card to confirm they're enrolled in Carolina Complete Health.
- The change form should only be used to move patients into your practice – if you need to disenroll a patient from your practice contact Provider Services at 833-552-3876 your provider relations representative to discuss that process.
- You can help the member fill out the form. The form must be signed by the member, legible and completely filled out to be processed.
- Use one form per person, even if there are multiple family members requesting the change.

Fax the completed form to Carolina Complete Health at 1-844-915-0459. ***Forms completed improperly or missing the member or responsible party signature will not be processed, and primary care provider (PCP) change will not occur. Members should continue to use their current ID card until they receive their new ID card. All requests will be processed within 10 business days of receipt.***



**Request for a Change of
Primary Care Provider (PCP/AMH)
Fax to 1-844-915-0459**

Your primary care provider (PCP) is the main person who delivers your health care. Complete this form to change your PCP.

For urgent requests or immediate service, please call Member Services toll free number at 833-552-3876.

Member Name:			
Member Date of Birth:		Member ID #:	
Member Street Address:		City:	State: ZIP Code:
Member Phone #:		Current AMH Name:	

Reason for change (check one):

- Member/PCP Relocation
 PCP office inconvenient
 Patient is already established
 Member Choice

New AMH/ Practice Name:										New Individual Provider Name:									
New PCP NPI:										New AMH Tax ID:									
New AMH Street Address:					City:					State:					ZIP Code:				
Fax #:										Phone #:									

Member or Parent/Guardian Signature:										Date:									
Signature of New PCP representative:										Date:									

Please note: Effective date will be the 1st of the following month when received on or before the 16th of the month. Effective date will be the 1st of the month following the next month if received after the 16th day of month or later.

Members may be seen by their chosen PCP before they receive their new ID card.

Instrucciones para completar el Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor de Atención Primaria de Medicaid de North Carolina para los afiliados inscritos en Planes de Salud Prepagados de Atención Administrada (Managed Care Prepaid Health Plans; PHP)

Si su consultorio nota que el proveedor de atención primaria que aparece en la tarjeta de identificación de un afiliado(a) ya no está en su consulta, o si el (la) afiliado(a) solicita ayuda para cambiar a su proveedor de atención primaria a su consulta, tiene dos opciones:

- Informarle que puede llamar a Servicios para los Afiliados al 833-552-3876.
- Proporcionarle el Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor de Atención Primaria.
- Los beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de proveedor de atención primaria hasta dos veces al año. Los afiliados pueden cambiar
 - en los 30 días siguientes a la asignación de AMH por cualquier razón y
 - una vez adicional al año “sin causa”.

NOTAS IMPORTANTES:

- Este formulario no debe usarse para procesar los cambios “por causa” solicitados por los afiliados. Estos cambios pueden realizarse en cualquier momento. Esas solicitudes deben procesarse llamando a servicios para los afiliados.
- Las solicitudes que se reciban mediante una llamada a Servicios para los Afiliados se procesarán en el momento de la llamada y entrarán en vigor el 1^{er} día del mes siguiente.
- Las solicitudes que se reciban por fax se tardarán más en procesar. La fecha de entrada en vigor será el 1^{er} día del mes siguiente cuando la solicitud se reciba el día 16 del mes o antes. La fecha de entrada en vigor será el 1^{er} día del mes posterior al mes siguiente si la solicitud se recibe después del día 16 del mes.

Si un afiliado o afiliada pregunta cómo puede cambiar de proveedor de atención primaria, puede ayudarle a completar el Formulario de Solicitud de Cambio de Proveedor de Atención Primaria.

Por favor siga estos pasos para asegurarse de que podamos procesar la solicitud del (la) afiliado(a):

- Revise la tarjeta de identificación del (la) afiliado(a) para confirmar que está inscrito(a) en Carolina Complete Health.
- El formulario de cambio sólo se debe usar para cambiar a los pacientes a su consulta; si necesita dar de baja de su consulta a un paciente, comuníquese con Servicios a los Proveedores al 833-552-3876 para hablar con un representante de relaciones con los proveedores y hablar sobre ese proceso.
- Puede ayudar al (la) afiliado(a) a llenar el formulario. Para que el formulario se procese, debe estar firmado por el (la) afiliado(a) y lleno en forma legible y completa.
- Use un formulario por persona, incluso si múltiples integrantes de la familia solicitan el cambio.

Envíe por fax el formulario debidamente completado a Carolina Complete Health al 1-844-915-0459. **Los formularios que no estén debidamente completados o que les falte la firma del (la) afiliado(a) o de la parte responsable no se procesarán y no se hará el cambio de proveedor de atención primaria. Los afiliados deben continuar usando su tarjeta de identificación vigente hasta que reciban su tarjeta de identificación nueva. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los 10 días hábiles siguientes a la recepción.**



**Solicitud de Cambio de Proveedor de Atención
Primaria (PCP/AMH)
Envíela por fax al 1-844-915-0459**

Su proveedor de atención primaria (primary care provider; PCP) es la persona principal que le suministra su atención de la salud. Complete este formulario para cambiar de proveedor de atención primaria.

Para solicitudes urgentes o servicio inmediato, por favor llame sin costo a Servicios para los Afiliados al 833-552-3876.

Nombre del (la) afiliado(a):			
Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a):		Núm. de identificación de afiliación:	
Dirección del (la) afiliado(a):		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Número telefónico del (la) afiliado(a):		Nombre actual de AMH:	

Razón del cambio (marque una):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cambio de ubicación del (la) afiliado(a)/proveedor de atención primaria | <input type="checkbox"/> Inconveniente del consultorio del proveedor de atención primaria |
| <input type="checkbox"/> El (la) paciente es paciente establecido(a) | <input type="checkbox"/> Preferencia del (la) afiliado(a) |

Nombre de AMH/ Consulta nueva:										Nombre del proveedor individual nuevo:									
NPI del proveedor de atención primaria nuevo:										Identificación de impuesto del AMH nuevo:									
Dirección del AMH nuevo:					Ciudad:					Estado:					Código Postal:				
Número de fax:										Número telefónico:									

Firma del (la) afiliado(a) o padre/madre/tutor:										Fecha:									
Firma del representante del proveedor de atención primaria nuevo:										Fecha:									

Se hace notar: La fecha de entrada en vigor será el 1^{er} día del mes siguiente cuando la solicitud se reciba el día 16 del mes o antes. La fecha de entrada en vigor será el 1^{er} día del mes posterior al mes siguiente si la solicitud se recibe después del día 16 del mes.

Los afiliados pueden consultar a su proveedor de atención primaria que eligieron antes de que reciban