

Instructions for Completing the North Carolina Medicaid PCP Change Request Form for Members Enrolled in Managed Care Prepaid Health Plans (PHPs)

Developed by the Medicaid Administrative Simplification Workgroup

If your practice has a member who wishes to change their PCP to your practice, there are two options:

- Complete and submit the PCP Change Form on the member's behalf with member's written signature or verbal consent documented.
- Let the member know they can call Carolina Complete Health (CCH) Member Services at 833-552-3876.

Medicaid beneficiaries can change their PCP up to two times a year. The members may change

- within 30 days of Advanced Medical Home (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 on the 1st of the following month.
- Requests received by faxed form may 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.
- Members may be seen by their chosen PCP before they receive their new ID card. A PCP that is not on the member's ID card can still see the member and bill for services.

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 members' request:**

- Check the member's ID card to confirm they are 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 or your provider engagement representative to discuss that process.
- You can help the member fill out the form. The form should be signed by the member, legible and completely filled out to be processed. If a written signature from member is not able to be obtained, the provider must attest that they had direct interaction with the member regarding the PCP change and verbal consent was obtained.

Submitting Completed Forms:

- Fax 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.

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

Complete and submit the PCP Change Form on the member's behalf with member signature or verbal consent documented. For urgent requests or immediate service, the member should call Member Services' toll-free number at 1-833-552-3876.

Member Name:			
Member Date of Birth:		Member ID #:	
Member Street Address:		City:	State:
Member Phone:		Zip:	
Current PCP/AMH Practice Name:			

Reason for change (check one):

- ☐ Member/PCP relocation
☐ Patient is already established
☐ Other (please describe):

☐ PCP office inconvenient
☐ Member choice

New PCP/AMH Practice Name:			
New PCP/AMH Group NPI:		New PCP/AMH Tax ID Number:	
New PCP/AMH Street Address:		Service Location Code (if known)	
City:		State:	Zip:
Fax #:		Phone #:	

Member or Parent/Guardian Signature:	Date:
Signature of New PCP/AMH Representative:	Date:

To be completed by PCP/AMH if member signature was not obtained:

☐ By checking this box, I, attest in good faith that I have had direct interaction with the member regarding this PCP change request. Verbal consent from the member or the member's parent/guardian was obtained. Alternative signatures should only be used for specific incidents in which attaining live member signatures would be unduly burdensome.

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

Desarrollado por el Grupo de Trabajo de Simplificación Administrativa de Medicaid

Si en su consultorio hay un afiliado o afiliada que quiera cambiar su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider; PCP) a su consultorio, tiene dos opciones:

- Completar y enviar el formulario de cambio de proveedor de atención primaria en nombre del afiliado o afiliada con la firma escrita de él o ella o el consentimiento verbal documentado.
- Informar al afiliado o afiliada que puede llamar a Servicios para los Afiliados de Carolina Complete Health (CCH) al 833-552-3876.

Los beneficiarios de Medicaid pueden cambiar de proveedor de atención primaria hasta dos veces al año. Los afiliados pueden hacer este cambio

- en un plazo de 30 días a partir de la asignación del Hogar Médico Avanzado (Advanced Medical Home; AMH) por cualquier motivo
- una vez más al año “sin causa”.

NOTAS IMPORTANTES:

- Este formulario no se debe usar para procesar cambios solicitados por los afiliados “por causa justificada”. Estos cambios pueden hacerse en cualquier momento. Dichas solicitudes deben procesarse llamando a Servicios para los Afiliados.
- Las solicitudes que Servicios para los Afiliados reciba por teléfono se procesarán en el momento de la llamada y entrarán en vigor el día 1 del mes siguiente.
- Las solicitudes que se reciban por fax pueden tardar más tiempo en procesarse. La fecha de entrada en vigor será el día 1 del mes siguiente si se reciben el día 16 del mes o antes. La fecha de entrada en vigor será el día 1 del mes siguiente al próximo mes si se reciben después del día 16 del mes.
- Los afiliados pueden ser atendidos por el proveedor de atención primaria que hayan elegido antes de recibir su nueva tarjeta de identificación. Un proveedor de

atención primaria cuyo nombre no aparece en la tarjeta de identificación del afiliado o afiliada aún así podrá atenderle y cobrar por sus servicios.

Si un afiliado o afiliada pregunta cómo puede cambiar de proveedor de atención primaria, usted 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 afiliado o afiliada:**

- Verifique la tarjeta de identificación del afiliado o afiliada para confirmar que está inscrito en Carolina Complete Health.
- El formulario de cambio sólo debe usarse para trasladar pacientes a su consultorio; si necesita dar de baja a un paciente de su consultorio, comuníquese con Servicios a los Proveedores al 833-552-3876 o con su representante de participación de proveedores para hablar sobre ese proceso.
- Puede ayudar al afiliado o afiliada a rellenar el formulario. El afiliado o afiliada debe firmar el formulario, éste debe ser legible y estar completamente lleno para poder procesarlo. Si no es posible obtener una firma por escrito del afiliado o afiliada, el proveedor debe atestiguar que tuvo una interacción directa con él o ella en relación con el cambio de proveedor de atención primaria y que se obtuvo el consentimiento verbal.

Cómo enviar los formularios debidamente completados:

- Envíe por fax el formulario completado a Carolina Complete Health al 1-844-915-0459.
- No se procesarán los formularios completados incorrectamente o en los que falte la firma del afiliado o afiliada o de la parte responsable y no se cambiará el proveedor de atención primaria. Los afiliados deben seguir usando su tarjeta de identificación actual hasta que reciban la nueva.

**Solicitud de Cambio de Proveedor de Atención Primaria/Hogar Médico Avanzado
(Primary Care Provider; PCP/Advanced Medical Home; AMH)**

Enviar por fax al 1-844-915-0459

Complete y envíe el Formulario de Cambio de Proveedor de Atención Primaria en nombre del afiliado o afiliada con la firma de él o ella o su consentimiento verbal documentado. Para las solicitudes urgentes o el servicio inmediato, el afiliado o afiliada debe llamar al número gratuito de Servicios para los Afiliados 1-833-552-3876.

Nombre del (la) afiliado(a):			
Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a):		Núm. de identificación del (la) afiliado(a):	
Dirección física del (la) afiliado(a):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del (la) afiliado(a):		Nombre del proveedor de atención primaria/Hogar Médico Avanzado actual:	

Razón del cambio (marcar una):

- ☐ Reubicación del afiliado(a)/proveedor de atención primaria
- ☐ La ubicación del consultorio del proveedor de atención primaria no es conveniente
- ☐ El o la paciente ya está establecido(a)
- ☐ Elección del o la paciente
- ☐ Otra (por favor descríbala):

--

Nuevo nombre del consultorio del proveedor de atención primaria/Hogar Médico Avanzado:
Nuevo NIP de Grupo del proveedor de atención primaria/Hogar Médico Avanzado:
Nuevo número de identificación de impuestos del proveedor de atención primaria/Hogar Médico Avanzado:
Código de ubicación de servicio (si se conoce)
Nueva dirección física del proveedor de atención primaria/Hogar Médico Avanzado:
Ciudad:
Estado:
Código postal:
Número de fax:
Número telefónico:

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

El proveedor de atención primaria/Hogar Médico Avanzado debe completarlo si no se obtuvo la firma del afiliado o afiliada:

☐ Al marcar esta casilla,

atestigo de buena fe que he tenido interacción directa con el afiliado o afiliada en relación con esta solicitud de cambio de proveedor de atención primaria. Se obtuvo el consentimiento verbal del afiliado o afiliada o de sus padres/tutores. Las firmas alternativas sólo deben usarse para incidentes específicos en los que obtener firmas de los afiliados en vivo sería excesivamente difícil.