Solicitud de cambio de doctor primario

De: _____ _____
Nombre del Remitente (Letra en molde) Número de ID Fiscal del Consultorio

_____ _____
Nombre del Consultorio (Letra en molde) Número de Fax del Consultorio (requerido)

Enviar por fax a: **Fidelis Care New York**
Member Services
Rego Park, New York
Fax#: 718-393-6635
Fecha: _____
Paciente: _____
Número de Identificación de Fidelis: _____
Número de Identificación de Medicaid: _____

A partir de hoy, yo deseo cambiar mi doctor de cuidados primarios de:

Dr. _____ a
(Letra en molde)
Dr. _____ Numero de ID Fiscal _____
(Letra en molde)

_____ _____
(Firma del Paciente) (Fecha)

Miembro: ¿Ha visto algún doctor de cuidados primarios este mes?
_____ Sí Nombre del doctor y fecha de la visita _____
_____ No

·Para poder procesar esta forma, debe llenar todos los campos indicados arriba.

Información de contacto actualizada del afiliado:
Idioma de preferencia, si no es inglés: _____
Dirección: _____ N^{o}. de Apto. _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____
Dirección de correo electrónico: _____

- **Siempre verifique la asignación de doctor primario del afiliado usando la búsqueda de pacientes o el listado de doctor primario en el portal Provider Access Online de Fidelis Care en https://portal.fideliscare.org/provider/, o llamando al sistema IVR al 1-888-FIDELIS.**