

Formulario de solicitud de cambio de proveedor

Proveedores de salud del comportamiento



Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) afiliados pueden utilizar este formulario para cambiar el proveedor de salud del comportamiento para ellos mismos. Este formulario se considera una aprobación oficial del cambio de proveedor.

Instrucciones:

Proveedores: Complete todos los campos en la tabla que se encuentra a continuación; luego, envíe su solicitud de autorización anterior con una copia adjunta de este formulario. Para encontrar formularios de autorización anteriores, visite la [página web de Salud del Comportamiento de Superior](#).

Afiliados: Firme y coloque la fecha en las líneas en la parte inferior de este formulario.

Información del Afiliado:	
Nombre del afiliado:	Número del afiliado de Medicaid:
Información del proveedor anterior:	
Nombre del proveedor anterior (de no conocerlo, sírvase indicar el motivo):	
Información del proveedor preferido:	
Fecha de cambio de proveedor: ____/____/____	NPI del proveedor preferido:
Nombre del proveedor preferido (actual):	TIN del proveedor preferido:

Certifico que a partir de la fecha indicada más arriba, prefiero recibir los servicios de mi proveedor preferido. Asimismo, deseo cancelar toda autorización previa para recibir los servicios del proveedor anterior indicado más arriba.

Firma del afiliado o del representante legalmente autorizado

Fecha

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Texas para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

mmp.SuperiorHealthPlan.com

H6870_20_PrvcHngReqFrm_Approved_05042020
(SPN)
SHP_20205813D

© 2020 Superior HealthPlan, Inc. Todos los derechos