



5900 E. Ben White Blvd.  
Austin, TX 78741

## Primary Care Provider (PCP) Change Request Form

I, \_\_\_\_\_, (Member Name) would like to change my PCP to:

**Provider Name:** \_\_\_\_\_

**Provider Address:** \_\_\_\_\_

**Provider Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Provider TIN:** \_\_\_\_\_

**Provider NPI:** \_\_\_\_\_

I understand that as a Superior HealthPlan member, I have the right to request a change to my assigned PCP at any time.

**Date:** \_\_\_\_\_

**Member Name:** \_\_\_\_\_

**Member Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Superior Member ID:** \_\_\_\_\_

**Member (or legal guardian) Signature:** \_\_\_\_\_

If you have any questions or need assistance with changing your PCP, please call **Superior Member Services** at the number on the back of your **Superior ID card**.

**Please fax this completed form to 1-866-918-4447.**



5900 E. Ben White Blvd.  
Austin, TX 78741

## Formulario para solicitar un cambio de proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre del afiliado) quisiera cambiar mi PCP a:

**Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Dirección del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación de contribuyente (TIN) del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación nacional de proveedor de Texas (NPI):** \_\_\_\_\_

Tengo entendido que como afiliado de Superior HealthPlan, tengo el derecho a solicitar el cambio del PCP, que se me ha asignado, en cualquier momento.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del afiliado:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono del afiliado:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación del afiliado de Superior:** \_\_\_\_\_

**Firma del afiliado (o tutor legal):** \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o necesita ayuda para cambiar su PCP, por favor llame a **los Servicios para afiliados de Superior** al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de Superior.

**Llene este formulario y envíelo por fax al 1-866-918-4447.**