



superior  
healthplan™

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 Date of Birth: \_\_\_\_\_

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

Member Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

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.**

**For STAR Health, please fax this completed form to 1-866-626-6069.**



superior  
healthplan™

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 miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento  
del miembro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono  
del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de identificación del miembro de Superior: \_\_\_\_\_

Firma del miembro  
(o tutor legal): \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o necesita ayuda para cambiar su PCP, por favor llame a **los Servicios para miembros 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.**

**Para STAR Health, llene este formulario y envíelo por fax al 1-866-626-6069.**