



Transforming Lives. Building Community Well-Being.

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR PARA SERVICIOS CON FONDOS ESTATALES

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR PARA SERVICIOS CON FONDOS ESTATALES

Si quiere cambiar de proveedor, tienes dos opciones:

- 🌱 Puede llamar a Servicios al Afiliado y Beneficiario al 877-685-2415 y solicitar un cambio.
- 🌱 Puede usar este formulario llamado "Formulario de solicitud de cambio de proveedor para servicios con fondos estatales".

Los beneficiarios de Trillium pueden cambiar de proveedor en cualquier momento.

NOTAS IMPORTANTES:

- 🌱 Las solicitudes recibidas llamando a Servicios al Afiliado y Beneficiario se procesarán en el momento de la llamada.
- 🌱 Las solicitudes recibidas a través de este formulario pueden resultar en tiempos de procesamiento más prolongados.

Siga los pasos siguientes para asegurar que podamos procesar su solicitud:

- 🌱 Si necesita ayuda para completar este formulario, puede pedirle ayuda al proveedor que desea comenzar a ver.
- 🌱 Debe firmar electrónicamente este formulario para completar esta solicitud.
- 🌱 Use un formulario por persona, incluso si hay varios miembros de la familia que solicitan el cambio.

Los formularios completados con información de beneficiario incorrecta o incompleta serán devueltos y no se producirá el cambio de proveedor. Todas las solicitudes se procesarán dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción.



Transforming Lives. Building Community Well-Being.

SOLICITUD DE CAMBIO DE PROVEEDOR PARA SERCIOS CON FONDOS ESTATALES

Su proveedor es la persona principal que brinda sus servicios de salud conductual o Discapacidad Intelectual y/o del Desarrollo (DID). Complete este formulario para cambiar su proveedor.

Para solicitudes urgentes o servicio inmediato, llame a Servicios al Afiliado y Beneficiario al 1-877-685-2415.

Nombre del Beneficiario:			
Fecha de nacimiento del beneficiario:			
Dirección de la calle del beneficiario:	Ciudad:	Estado	Código postal:
Número de teléfono del beneficiario:	Nombre del proveedor actual:		
Dirección de correo electrónico:	Está bien dejar un mensaje de voz: Si No		

Razón para el cambio (seleccione una):

- Reubicación del beneficiario o proveedor
- Oficina del proveedor de difícil acceso
- El paciente ya está viendo a otro proveedor
- Elección del destinatario

Nombre de la nueva práctica:		Nombre del nuevo proveedor individual:	
Dirección (calle) del nuevo proveedor:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de fax:		Teléfono #:	

Firma del Beneficiario, Padres o Guardián:

Fecha:

