

# Formulario de Solicitud de Cambio/ Change Request Form

Importante: Escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra en todas las secciones/

Important: Please print or type all sections in black ink

Información Personal Actual/Current Personal Information				
N.º de Identificación de UnitedHealthcare of California (si corresponde)/UnitedHealthcare of California ID # (if applicable)		Nombre de la Empresa/Employer Name		N.º de Grupo (si corresponde)/ Group # (if applicable)
Apellido/Last Name		Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	N.º del Seguro Social/ Social Security #
Dirección/Address	N.º de Apartamento/ Apt #	Ciudad/City	Estado/State	Código Postal/ZIP
Teléfono Residencial/Home Telephone ( ) ( ) ( )		Teléfono del Trabajo/Work Telephone ( ) ( ) ( )		Extensión/Extension

## Cambio de Información Personal/Change of Personal Information

- Cambiar mi dirección/teléfono según se indica arriba./Change my address/phone as indicated above.
- Cambiar mi nombre según aparece arriba. Mi nombre anterior era/Change my name as shown above. My former name was

## Cambio de Estado de Dependiente/Change of Dependent Status

Recién nacido, adopción, matrimonio, inscripciones abiertas, otro/Newborn, adoption, marriage, open enrollment, other

<input type="checkbox"/> Agregar/ Add	Parentesco/ Relationship	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year)	Fecha de Vigencia de la Cobertura/Effective Date of Coverage
	<input type="checkbox"/> Eliminar/ Delete	<input type="checkbox"/> Mujer/Female <input type="checkbox"/> Hombre/Male	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	PCP o Número de Grupo Médico/ PCP or Medical Group Number
<input type="checkbox"/> Agregar/ Add	Parentesco/ Relationship	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year)	Fecha de Vigencia de la Cobertura/Effective Date of Coverage
	<input type="checkbox"/> Eliminar/ Delete	<input type="checkbox"/> Mujer/Female <input type="checkbox"/> Hombre/Male	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	PCP o Número de Grupo Médico/ PCP or Medical Group Number

\* Si elige "Otra", adjunte una carta de explicación./For "Other," please attach a letter of explanation.

## Cambio de Información de Otra Compañía de Seguros/Change of Other Insurance Carrier Information

<input type="checkbox"/> Agregar/ Add	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Nombre de la Cobertura de Salud/ Health Coverage Name	Nombre y Dirección de la Otra Empresa/Other Employer Name and Address
	<input type="checkbox"/> Eliminar/ Delete	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year)
<input type="checkbox"/> Agregar/ Add	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Nombre de la Cobertura de Salud/ Health Coverage Name	Nombre y Dirección de la Otra Empresa/Other Employer Name and Address
	<input type="checkbox"/> Eliminar/ Delete	Nombre/First Name	Inicial del 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year)

## Cambio de Tipo de Plan/Change of Plan Type

Sólo se puede cambiar de plan durante las inscripciones abiertas. Antes de cambiar de plan, confirme que la empresa para la cual trabaja ofrezca estos planes. Todos los miembros de su familia deben estar en el mismo plan./Plan changes can only be made during open enrollment. Before you change your plan, please confirm that your employer offers these plans. All family members must be in the same plan.

### De (marque una opción)/From (check one)

- UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO)  
 UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value Network)

### A (marque una opción)/To (check one)

- UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO)  
 UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage (HMO Value Network)

## Firma obligatoria/Signature required

Nombre del Empleado/Employee Name	N.º del Seguro Social/Social Security #	N.º de Grupo (si corresponde)/Group # (if applicable)
-----------------------------------	---	---

## Cambio de Médico de Atención Primaria (PCP)/Grupo Médico\*\* (Sólo HMO)/Change of Primary Care Physician (PCP)/Medical Group\*\* (HMO Only)

Si UnitedHealthcare recibe su solicitud de cambio antes del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si UnitedHealthcare recibe su solicitud después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes después de que haya transcurrido un mes. Por Ejemplo: Si su solicitud de cambio de PCP se recibe en enero 14, el cambio entrará en vigencia en febrero 1. Si su solicitud se recibe en enero 20, el cambio entrará en vigencia en marzo 1. Se aplican algunas restricciones. Pregunte a la empresa para la cual trabaja o llame al departamento de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare./If your change request is received by UnitedHealthcare by the 15th of the month, the change will be effective the first of the following month; if your request is received by UnitedHealthcare after the 15th of the month, the change will be effective the first day of the subsequent month. For Example: If your PCP change request is received January 14, the change is effective February 1. If your request is received January 20, the change is effective March 1. Some restrictions apply. Please ask your employer or call UnitedHealthcare's Customer Service department.

## Selección de PCP (Sólo HMO)/PCP Selection (HMO Only)

Llene esta sección "Selección de PCP" si cambia de tipo de plan por un Plan HMO o HMO Value de un Plan PPO o Indemnity, o si actualmente está inscrito en un Plan HMO o HMO Value y desea cambiar su PCP actual./Complete this "PCP Selection" section if you are changing your plan type to an HMO or HMO Value Plan from a PPO or Indemnity plan, or if you are currently enrolled in an HMO or HMO Value Plan and want to change your current PCP.

- Seleccione del Directorio de Proveedores de UnitedHealthcare un médico cerca de su hogar para usted y cada uno de los miembros de su familia y escriba el nombre y número a continuación./Please select a doctor near your home for you and each of your family members from your UnitedHealthcare Provider Directory and write the name and number below.
- Indique su primera y segunda elección./Please indicate your first and second choice.
- Puede elegir un médico diferente para cada miembro de su familia./You may choose a different doctor for each member of your family.

- ¿Seleccionó un médico? Si no, seleccionaremos uno por usted./Did you select a doctor? If not, we will select one for you.
- Los recién nacidos permanecen inscritos con el PCP de la madre desde el nacimiento hasta que los dan de alta del hospital. Consulte el Comprobante de Cobertura y Divulgación de Información para obtener más detalles./Newborns remain enrolled with the mother's PCP from birth until discharged from the hospital. Please refer to your Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form for further details.

Nota: Los Dependientes que excedan la edad límite deberán presentar un comprobante de estudiante a tiempo completo o de discapacidad permanente dentro de los 31 días de la inscripción. Si la información está incompleta, no se podrá procesar el formulario./Note: Over-age dependents require proof of full-time student status or permanent disability within 31 days of enrollment. Form cannot be processed if information is incomplete.

1	Empleado/ Self	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number	Nombre del Médico de Atención Primaria/Primary Care Physician Name	N.º de PCP - O - N.º de Grupo/ PCP # - OR - Group #	Número del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Number	Paciente Actual?/ Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Mujer/ Female <input type="checkbox"/> Hombre/ Male	Nombre/First Inicial del 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year)	Nombre del Grupo Médico/ Medical Group Name	Número del Grupo Médico/ Medical Group Number		

2	Cónyuge/ Spouse	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number - -	Nombre del Médico de Atención Primaria/Primary Care Physician Name	N.º de PCP - O - N.º de Grupo/ PCP # - OR - Group #	Número del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Number	Paciente Actual?/ Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Mujer/ Female <input type="checkbox"/> Hombre/ Male	Nombre/First Inicial del 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year) - -	Nombre del Grupo Médico/ Medical Group Name		Número del Grupo Médico/ Medical Group Number	
3	Parentesco/ Relationship	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number - -	Nombre del Médico de Atención Primaria/Primary Care Physician Name	N.º de PCP - O - N.º de Grupo/ PCP # - OR - Group #	Número del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Number	Paciente Actual?/ Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Mujer/ Female <input type="checkbox"/> Hombre/ Male	Nombre/First Inicial del 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year) - -	Nombre del Grupo Médico/ Medical Group Name		Número del Grupo Médico/ Medical Group Number	
4	Parentesco/ Relationship	Apellido/Last Name	Número del Seguro Social/ Social Security Number - -	Nombre del Médico de Atención Primaria/Primary Care Physician Name	N.º de PCP - O - N.º de Grupo/ PCP # - OR - Group #	Número del Médico de Atención Primaria (PCP)/Primary Care Physician (PCP) Number	Paciente Actual?/ Existing Patient? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Mujer/ Female <input type="checkbox"/> Hombre/ Male	Nombre/First Inicial del 2.º Nombre/MI	Fecha de Nacimiento (Mes - Día - Año)/Date of Birth (Month - Day - Year) - -	Nombre del Grupo Médico/ Medical Group Name		Número del Grupo Médico/ Medical Group Number	

\*\*Todos los cambios de grupo médico deben ser aprobados por UnitedHealthcare para que entren en vigencia. Toda la atención médica en curso que se reciba de proveedores por medio de referencias deberá interrumpirse antes de la fecha de vigencia del cambio de grupo médico. Pídale a su nuevo médico de atención primaria que evalúe su condición./All medical group changes must be approved by UnitedHealthcare before becoming effective. All ongoing medical care being received from referral providers must be discontinued by the effective date of your medical group change. Please have your condition evaluated by your new primary care physician.

Firma (Obligatoria para todos los cambios)/Signature – Required for all changes		
Su Firma/Your Signature		Fecha/Date
Verificación/Firma Autorizada de la Empresa/Employer Verification/Authorized Signature	N.º de Teléfono/Phone # ( )	Fecha/Date

Para Uso Exclusivo de UnitedHealthcare/UnitedHealthcare Use Only		
Fecha de Vigencia de PAC/PAC Effective Date	Verificado por/Verified By	Fecha de Verificación/Date Verified

**UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO)  
y UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage  
(Red HMO Value)/  
UnitedHealthcare SignatureValue™ (HMO)  
and UnitedHealthcare SignatureValue™ Advantage  
(HMO Value Network)**  
P.O. Box 30981  
Salt Lake City, UT 84130  
1-800-624-8822  
1-800-442-8833 (TDHI)  
1-866-372-1316 (Fax)

Visite nuestro sitio de Internet en [www.uhcwest.com/](http://www.uhcwest.com/)  
Visit our Web site @ [www.uhcwest.com](http://www.uhcwest.com)



