

## Formulario de solicitud de cambio de proveedor de cuidado primario y demografía

Por favor envíe los formularios completados por fax al 410-856-1075 o por correo electrónico a  
customerservice@jaimedical.com

tarjeta perdida  cambio de proveedor de cuidado primario  cambio de demografía  otro

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Progenitor/Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_

Número de asistencia médica# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Cambio de proveedor de cuidado primario:

Proveedor actual de cuidado primario: \_\_\_\_\_

Solicitud nueva del proveedor de cuidado primario: \_\_\_\_\_

Dirección nueva del proveedor de cuidado primario: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Razón de cambio: \_\_\_\_\_

### Cambio de demografía

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección 2 (Apartamento/Unidad): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizo a Jai Medical Systems, MCO a cambiar la demografía y/o el proveedor de cuidado primario de la cuenta de mi hijo con efecto inmediato.

Autorizo a Jai Medical Systems, MCO a cambiar la demografía y/o el proveedor de cuidado primario de mi cuenta con efecto inmediato.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del progenitor/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

#### Administrative Use Only

Date Entered in the system: \_\_\_\_\_

Date Request Received: \_\_\_\_\_

Customer Service Representative: \_\_\_\_\_