

Formulario de cambio en el análisis conductual del miembro

Use este formulario si desea cambiar el proveedor de análisis conductual de su hijo.

Complete la información:

- Información del beneficiario: nombre de su hijo, fecha de nacimiento e identificación de Medicaid
- Información del proveedor anterior: nombre del proveedor anterior y la fecha de la última cita
- Firma del padre/madre/cuidador:

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarle. Llame a Aetna Better Health al **1-800-441-5501**

Firme este formulario y entrégueselo a su nuevo proveedor.

Formulario de cambio en el análisis conductual del miembro

Este formulario debe presentarse junto con un formulario de solicitud de autorización previa cuando un miembro tiene una autorización activa en vigencia por parte de otro proveedor.

Proveedores: Enviar formulario completado y firmado por fax al **1-833-365-2474**

Información del beneficiario

Nombre (Apellido, Nombre):	N.º de identificación de Medicaid:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Número de autorización actual (si lo conoce):

Información del proveedor anterior

Nombre (Apellido, Nombre):	Fecha del último servicio (MM/DD/AAAA):
----------------------------	---

Información del nuevo proveedor

Nombre:	N.º de identificación del proveedor (NPI):
Fecha del primer servicio (MM/DD/AAAA):	Firma del proveedor:

Se le informa que yo, _____

(Nombre del beneficiario)

he cambiado de proveedor a partir de la fecha: _____

(Fecha)

Cambio del proveedor: _____

(Nombre del proveedor)

al proveedor: _____

(Nombre del nuevo proveedor)

Firma del padre/madre/tutor o beneficiario (si corresponde)

(Fecha)