



**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.

SuperiorHealthPlan.com

SHP_202511720



**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.