

Formulario de actualización de información para miembros

Escriba en letra de imprenta clara.

NOMBRE _____

NÚMERO DE MIEMBRO DE ELDERPLAN _____ FECHA DE HOY _____

Me gustaría...

Confirmar/actualizar mi dirección.

Mi dirección ACTUAL/NUEVA es:

_____ NY
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

_____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO

Mi dirección ANTERIOR es:

_____ NY
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

_____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
TELÉFONO

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

Recibir una nueva tarjeta de identificación de miembro de Elderplan.

Cambiar mi médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP).

Mi PCP NUEVO/SOLICITADO es:

_____ DIRECCIÓN
NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

_____ NY
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO

Mi PCP ANTERIOR es:

_____ DIRECCIÓN
NOMBRE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

_____ NY
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL TELÉFONO

Envíe este formulario **Elderplan Member Service**
por correo a: **6323 Seventh Ave.**
Brooklyn, NY 11220

O envíelo por fax a: **Servicios para los miembros**
de Elderplan (718) 630-2624

¿TIENE PREGUNTAS?

Llame a Servicios para los miembros de Elderplan al **1-800-353-3765** (TTY 1-800-662-1220), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.