



To change your Main Dentist, please call our Member Hotline at 1-877-901-7321. (TTY: 1-800-955-8771) You may also fill out this form and fax it to UnitedHealthcare Dental MEDICAID and CHIP at 1-844-831-1515 or email it securely to txdentaladvocates@uhc.com.

Program in which you are enrolled (check one):

☐ Texas Children's Medicaid Dental Services ☐ Texas Children's Health Insurance Program (CHIP) Dental Services

Your Member Information:

Last Name, First Name

Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Member ID Number

Street Address

Telephone Number

City

State

ZIP**I would like the following dentist to be my new Main Dentist:**

Main Dentist Name

Office/Facility Name (if different from Main Dentist's name)

Telephone Number

Office/Facility ID Number

Fax Number (Optional)

Street Address

Email Address (Optional)

City

State

ZIP

Name of Member or Member's Authorized Representative (Please Print)

Signature of Member or Member's Authorized Representative

Date



Para cambiar su Dentista Primario, llame a nuestra Línea Directa para Miembros al 1-877-901-7321 (TTY: 1-800-955 8771). También puede llenar este formulario y enviarlo por fax a UnitedHealthcare Dental MEDICAID and CHIP, al número de fax 1-844-831-1515 o envíelo por correo electrónico de forma segura a txdentaladvocates@uhc.com

Escoja el programa en el cual usted está inscrito (indique uno):

- ☐ Servicios dentales de Medicaid de Texas Children's
- ☐ Servicios dentales del Programa de Seguro Médico para Niños de Texas (CHIP)

Su información de miembro:

Apellido, Nombre

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

Número del miembro (ID)

Dirección

Número telefónico

Ciudad

Estado

Código postal

Quiero cambiar mi Dentista Primario al siguiente dentista:

Nombre del Dentista Primario

Nombre de la oficina (si es diferente del nombre del Dentista)

Número telefónico

Número de la oficina (ID)

Número de fax (Opcional)

Dirección

Dirección de correo electrónico (Opcional)

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del miembro o representante autorizado del miembro (Imprima por favor)

Firma del miembro o representante autorizado del miembro

Fecha