

Formulario de selección de proveedor de atención primaria

Si desea elegir o cambiar su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP), complete este formulario:

1. Brinde toda la información del miembro, es decir, nombre, fecha de nacimiento y número de ID de Medi-Cal o Partnership.
2. Escriba el nombre del PCP y el número de PCP que figuran en nuestro Directorio de proveedores.
3. El miembro o representante autorizado debe firmar este formulario.
4. Envíe el formulario completado por fax al **(707) 863-4415**.

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de Partnership: _____

Nombre del PCP: _____ Número del PCP: _____

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de Partnership: _____

Formulario de selección de proveedor de atención primaria

Nombre del PCP: _____ Número del PCP: _____

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de Partnership: _____

Nombre del PCP: _____ Número del PCP: _____

Nombre y apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de Partnership: _____

Nombre del PCP: _____ Número del PCP: _____

Si alguna persona que figura en este formulario está embarazada, indique el nombre y la fecha de parto a continuación.

Nombre: _____ Fecha de parto: _____

Formulario de selección de proveedor de atención primaria

Indique su dirección postal actual:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Partnership debe enviar los cambios en su dirección y número de teléfono a la oficina de Medi-Cal de su condado. Esto no incluye los miembros que reciben beneficios de SSI.

Los miembros tienen una opción de PCP con Partnership en nuestro sitio web PartnershipHP.org. Los cambios de PCP comienzan el primer día del mes siguiente a que Partnership recibe su formulario o solicitud.

Estamos aquí para ayudarle. Llámenos al **(800) 863-4155**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. si tiene alguna pregunta o inquietud. Los usuarios de TTY pueden comunicarse con el servicio de retransmisión de mensajes de California al **(800) 735-2929** o al **711**.

Firma: _____ Fecha: _____

Todos los formularios deben estar firmados para ser procesados.