

**Pagpipilian sa Pangunahing Tagapangalagang Doktor/ Pagbabago sa Form ng Address**

Ang Iyong Pangunahing Wika:

Mangyaring tsekan ang kahon para sa programa na nakalista ka:

- CareAdvantage
- Medi-Cal
- Healthy Families
- Healthy Kids
- HeathWorx
- San Mateo County ACE
- San Mateo County MCE

**Mga Tagubilin**

Mangyaring sagutan ang form na ito para sa sinumang miyembro ng iyong sambahayan na nakatatanggap ng Medi Cal, Healthy Families, Healthy Kids, HealthWorx, CareAdvantage, San Mateo ACE o San Mateo MCE through Health Plan of San Mateo (HPSM).

Mangyaring siguruhin na lagdaan ang form na ito sa pinakababang linya.

Kung mayroong kang anumang tanong tungkol sa form na ito, mangyaring tumawag sa Mga serbisyo sa Miyembro sa **1-800-750-4776** or **650-616-0050**.

Para sa CareAdvantage tumawag sa **1-866-880-0606**.

**Pagpipilian/ Pagbabago sa PCP**

Mangyaring pumili mula sa ibinigay na Listahan ng Provider. Mangyaring pumili ng dalawa kada tao.

\* Kung hindi ka pipili ng PCP, awtomatiko kaming magtatalaga ng PCP sa iyo. Mangyaring ilagay ang Numero ng PCP ng Provider na pinili mo. Kung hindi mo alam ang numerong ito, mangyaring sumangguni sa iyong Listahan ng Provider.

**Pagbabago ng Address**

Mangyaring i-print ang bagong address sa may bakat na bahagi ng form na ito.

**Pagbabago ng Address**

Address Ng Kalye (Pagbabago Ng Address)		Numero Ng Apt / Unit
Lungsod	Estado	Zip Code
Telepono	Mensaheng Telepono	

**Pagpipilian/Pagbabago sa PCP 1**

Apelyido		Pangalan	
HPSM Numero Ng Pagkakakilanlan	Petsa Ng Kapanganakan	Kasarian L/B	
Piniling PCP 1		Numero Ng PCP	
Piniling PCP 2		Numero Ng PCP	

**Pagpipilian/Pagbabago sa PCP 2**

Apelyido		Pangalan	
HPSM Numero Ng Pagkakakilanlan	Petsa Ng Kapanganakan	Kasarian L/B	
Piniling PCP 1		Numero Ng PCP	
Piniling PCP 2		Numero Ng PCP	

Nauunawaan at sumasang-ayon ako na kukuha lamang ng pangangalaga sa aking Pangunahing Tagapangalagang Doktor para sa lahat ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan maliban lang kung kailangan ko ng emerhensiyang pangangalaga.

Nauunawaan kong na ang aking Kard ng Pagkakakilanlan sa HPSM ay naglalaman ng petsa ng pagkabisa ng pagpili sa PCP at ang pagpili ko sa doktor na iyon ay magpapatuloy maliban kung humiling ako ng pagpapalipat sa ibang doktor, o itinigil na ng aking doktor ang kanyang kontrata sa Plano, o hindi na ako karapat-dapat sa HPSM. Nauunawaan kong kung ang aking pagkakasakop ay itinigil at pagkatapos ay ibinalik, kailangan kong makipag-ugnayan sa HPSM upang i-ulat ang pagpili ng Pangunahing Tagapangalang Doktor.

Maaari akong humiling ng pagbabago sa aking Pangunahing Tagapangalagang Doktor sa pagsagot sa form na ito o sa pagtawag sa Mga serbisyo sa Miyembro sa **1-800-750-4776** o CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.

Nauunawaan ko na ang pagbabago sa Pangunahing Tagapangalang Doktor ay magiging epektibo sa pagsisimula ng kasunod na buwan at ang pagbabago ay maaaring tumagal ng 15-45 araw upang magkabisa.

Lagda	Petsa
-------	-------



### Primary Care Physician Selection/Change of Address Form

Your Primary Language:

Please check the box for the program you are enrolled in:

- CareAdvantage
- Medi-Cal
- Healthy Families
- Healthy Kids
- HeathWorx
- San Mateo County ACE
- San Mateo County MCE

#### Instructions

Please fill out this form for any members of your household who receive Medi-Cal, Healthy Families, Healthy Kids, HealthWorx, CareAdvantage, San Mateo County Ace or San Mateo County MCE through Health Plan of San Mateo (HPSM).

Please be sure to sign this form on the bottom line.

If you have any questions about this form, please call Member Services at **1-800-750-4776** or **650-616-0050**.

For CareAdvantage call **1-866-880-0606**.

#### PCP Selection / Change

Please choose from the Provider List provided.

Please make two choices per person.

\* If you do not choose a PCP, we will automatically assign a PCP. Please fill in the PCP Number of the Provider you choose. If you do not know this number, please refer to your Provider List.

#### Change of Address

Please print the new address in the Change of Address box.

#### Change of Address

Street Address (Change of Address)  Apt / Unit Number

City  State  Zip Code

Telephone  Message Telephone

#### PCP Selection / Change 1

Last Name  First Name

HPSM I.D. Number  Date of Birth  Sex M / F

PCP Choice 1  PCP Number

PCP Choice 2  PCP Number

#### PCP Selection / Change 2

Last Name  First Name

HPSM I.D. Number  Date of Birth  Sex M / F

PCP Choice 1  PCP Number

PCP Choice 2  PCP Number

I understand and agree to seek care only through my Primary Care Physician for all health care services unless I need emergency care.

I understand my HPSM ID Card will contain the effective date of my PCP selection and that my selection of that doctor will continue unless I request a transfer to another doctor, or my doctor discontinues his/her contract with the Plan, or I am no longer eligible with HPSM. I understand that if my coverage is discontinued and then restored, I need to contact HPSM to report my Primary Care Physician selection.

I can request a change in my Primary Care Physician by completing this form or by calling Member Services at **1-800-750-4776** or CareAdvantage at **1-866-880-0606**.

I understand that Primary Care Physician changes are effective at the beginning of the following month and that a change can take from 15-45 days to be effective.

Signed  Date