



Primary Care Physician Selection / Change of Address Form

Your Primary Language: _____

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

- CareAdvantage
- HealthWorx
- Healthy Families
- Healthy Kids
- Medi-Cal
- San Mateo ACE Program

Instructions

Please fill out this form for any members of your household who receive Medi-Cal, Healthy Families, Healthy Kids, HealthWorx, CareAdvantage or San Mateo Ace 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 shaded area of this form.

STREET ADDRESS (CHANGE OF ADDRESS)		APT / UNIT NUMBER	
CITY	STATE	ZIP CODE	
TELEPHONE		MESSAGE TELEPHONE	
LAST NAME		FIRST NAME	
HPSM I.D. NUMBER	DATE OF BIRTH	SEX M/F	
PCP CHOICE 1		PCP NUMBER	
PCP CHOICE 2		PCP NUMBER	
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 _____

Health Plan of San Mateo
701 Gateway Blvd., Suite 400
South San Francisco, CA 94080
Tel (650) 616-0050 • Fax (650) 616-8581
Toll Free 1(800) 750-4776
CareAdvantage Toll Free 1(866) 880-0606



Cambio de Doctor de Cuidado Primario (PCP) / Forma de Cambio de Domicilio

Your Primary Language: _____

Por favor marque la caja en el programa que esta inscrito:

- CareAdvantage
- HealthWorx
- Healthy Families
- Healthy Kids
- Medi-Cal
- San Mateo ACE Program

Instrucciones

Por favor llene esta forma por cada miembro en su hogar que recibe Medi-Cal, Healthy Families, Healthy Kids, HealthWorx, CareAdvantage o San Mateo ACE por medio del Health Plan de San Mateo (HPSM).

Asegúrese de firmar esta forma en la línea de abajo.

Si tiene preguntas acerca de esta forma, favor de llamarnos al 1(800) 750-4776 o (650) 616-0050. Para CareAdvantage llame al 1(866) 880-0606.

Seleccionar un Doctor / Cambios

Por favor elije un doctor de la Lista de Proveedores que le hemos incluido. Seleccione dos doctores por persona.

* Si no elije un doctor le asignaremos un doctor.

El espacio para **NÚMERO DE PCP** del doctor que usted escoja debe de completarse. Si usted no sabe el número, por favor consulte su Lista de Proveedores.

Cambio de Domicilio

Por favor escriba el domicilio nuevo en el lugar indicado.

DOMICILIO (CAMBIO DE DOMICILIO)		NÚMERO DE APARTAMENTO	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NÚMERO DE TELÉFONO		TELÉFONO PARA MENSAJES	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE ID DE HPSM	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M/F	
SELECCIÓN DE PCP 1		NÚMERO DE PCP	
SELECCIÓN DE PCP 2		NÚMERO DE PCP	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE ID DE HPSM	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M/F	
SELECCIÓN DE PCP 1		NÚMERO DE PCP	
SELECCIÓN DE PCP 2		NÚMERO DE PCP	

Yo entiendo y estoy de acuerdo de solicitar asistencia medica solamente de mi Doctor de Cuidado Primario/Clinica para todos servicios de salud a menos que necesite cuidado de emergencia.

Yo entiendo que mi selección de un doctor continuará al menos que yo solicite una tranferencia a otro doctor, o mi doctor interrumpe su contrato con HPSM, o yo deje de ser miembro del Plan. Yo entiendo que si mi cobertura se descontinua y después se restablezca me asignarán el mismo doctor que tuve antes, al menos que yo específicamente solicite un cambio.

Yo puedo solicitar cambiar mi Doctor de Cuidado Primario completando una Forma Para Cambiar en la oficina de mi PCP o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1(800) 750-4776 o CareAdvantage al 1(866) 880-0606.

Yo entiendo que cambios de mi Doctor de Cuidado Primario son efectivos al principio del siguiente mes y que un cambio puede demorar entre 15-45 días.

FIRMA _____

FECHA _____

Health Plan of San Mateo
701 Gateway Blvd., Suite 400
South San Francisco, CA 94080
Tel (650) 616-0050 • Fax (650) 616-8581
Toll Free 1(800) 750-4776
CareAdvantage Toll Free 1(866) 880-0606