

Formulario de cambio de dirección

Instrucciones: Complete este formulario para usted o para cualquier miembro de Health Plan of San Mateo (HPSM) de su hogar al cual le afectará el cambio de dirección.

Firme este formulario en la línea que se encuentra al final de la página. Puede enviar este formulario por correo postal a HPSM, 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080, por fax al número correspondiente a continuación o por correo electrónico a **customersupport@hpsm.org**.

Si necesita elegir un proveedor nuevo de atención primaria (Primary Care Provider, PCP), complete el formulario que se encuentra en el lado opuesto de esta página.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con HPSM:

Los miembros de CareAdvantage:

Teléfono: **1-866-880-0606**

TTY: **1-800-735-2929** o marque **7-1-1**

Fax: **650-616-2190**

Miembros de Medi-Cal, San Mateo County ACE y Healthworx (HMO):

Teléfono: **1-800-750-4776** o bien **650-616-2133**

TTY: **1-800-735-2929** o marque **7-1-1**

Fax: **650-616-8581**

Información del miembro *(escriba en letra imprenta)*

Apellido Primer nombre N.º de identificación de miembro de HPSM

Masculino

Femenino

Su idioma principal

Fecha de nacimiento

Sexo

Teléfono fijo

Teléfono celular

Marque la casilla del programa en el que está inscrito:

CareAdvantage

HealthWorx HMO

Medi-Cal

San Mateo County ACE

Dirección postal *(escriba en letra imprenta)*

Dirección

N.º de apartamento/
unidad

Ciudad

Estado

Código postal

Marque esta casilla si la dirección postal y la dirección de su domicilio es la misma.

Dirección del domicilio *(si no coincide con la indicada anteriormente)*

Dirección

N.º de apartamento/
unidad

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

Fecha

Consulte en la parte superior de esta página las instrucciones para devolver los formularios cumplimentados a HPSM.