



Primary Care Physician Selection/Change of Address Form

Instructions

Please fill out this form for yourself or for any member(s) of your household who receives HPSM CareAdvantage (HMO SNP), HPSM CareAdvantage Cal MediConnect (Medicare–Medicaid Plan), HealthWorx, Healthy Kids, Medi-Cal, or San Mateo County ACE through Health Plan of San Mateo (HPSM).

Please sign this form on the bottom line. You can mail this form to HPSM, 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080 or fax to the appropriate number below.

If you have any questions about this form, please call HPSM:

Members of:
CareAdvantage | CareAdvantage CMC
1-866-880-0606
TTY: **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**
Fax: **650-616-2190**

Members of:
HealthWorx | Healthy Kids | Medi-Cal | San Mateo County ACE
1-800-750-4776 or **650-616-2133**
TTY: **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**
Fax: **650-616-8581**

Member Information (Please print)

Last Name		First Name		HPSM I.D. Number	
Date of Birth	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Your Primary Language:	

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

- CareAdvantage
 CareAdvantage CMC
 HealthWorx
 Healthy Kids
 Medi-Cal
 San Mateo County ACE

Change of Address

Please **print** the new address below.

Street Address (Change of Address)			Apt / Unit Number	Home Telephone
City	State	Zip Code	Cell Phone	

PCP Selection / Change (Please print)

- Please choose from the Provider List provided.
 - Please make **two** choices in case your First choice is not available.
- * If you do not choose a PCP, HPSM may automatically assign a PCP.**

PCP Choice 1	PCP Choice 2
--------------	--------------

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 understand that Primary Care Physician changes are effective on the 1st of the following month after the form is received.

Signature	Date
-----------	------

Formulario de selección del médico de atención primaria/cambio de dirección**Instrucciones**

Por favor llene este formulario con su información o con la información de cualquiera de los miembros de su hogar que reciban HPSM CareAdvantage (HMO SNP), HPSM CareAdvantage Cal MediConnect (Medicare-Medicaid Plan), HealthWorx, Healthy Kids, Medi-Cal, o el programa ACE del Condado de San Mateo a través del Health Plan of San Mateo (HPSM).

Por favor firme este formulario en la línea que se encuentra en la parte inferior. Puede enviar por correo postal este formulario a HPSM, 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080 o hacerlo llegar por fax al número correspondiente que se indica abajo.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame al HPSM:

Miembros de:**CareAdvantage | CareAdvantage CMC****1-866-880-0606**TTY: **1-800-735-2929** o marcar **7-1-1**Fax: **650-616-2190****Miembros de:****HealthWorx | Healthy Kids | Medi-Cal | San Mateo County ACE****1-800-750-4776 ó 650-616-2133**TTY: **1-800-735-2929** o marcar **7-1-1**Fax: **650-616-8581****Información del miembro (por favor, escriba con letra de molde)**

Apellido _____ Primer nombre _____ Número de identificación del HPSM _____

Sexo

Hombre

Mujer

Fecha de nacimiento _____

Su idioma primario: _____

Por favor marque el casillero del programa en el que está inscrito:

CareAdvantage

CareAdvantage CMC

HealthWorx

Healthy Kids

Medi-Cal

San Mateo County ACE

Cambio de direcciónPor favor **escriba con letra de molde** la nueva dirección a continuación.

Dirección residencial (cambio de dirección) _____

Número de apartamento/vivienda _____

Teléfono del hogar _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Teléfono celular _____

Selección/cambio de médico de atención primaria (PCP) (por favor, escriba con letra de molde)

- Por favor elija de entre la lista de Proveedores que se proporciona.
- Por favor elija **dos** opciones en caso de que su primera opción no esté disponible.
*** Si no elige un PCP, el HPSM podría asignarle un PCP automáticamente.**

Opción 1 de PCP _____

Opción 2 de PCP _____

Comprendo y convengo en solicitar atención médica exclusivamente a través de mi médico de atención primaria para todos los servicios médicos a menos que se trate de atención de emergencia.

Comprendo que mi Tarjeta de identificación del HPSM contendrá la fecha de inicio de vigencia de mi selección de PCP y que mi selección de ese médico continuará a menos que yo solicite una transferencia a otro médico, o mi médico cancele su contrato con el Plan, o yo ya no reúna los requisitos del HPSM. Comprendo que si mi cobertura es discontinuada y luego restituida de nuevo, tengo que comunicarme con el HPSM a fin de notificarle mi selección de médico de atención primaria.

Comprendo que los cambios de médico de atención primaria entran en vigor el 1er día del siguiente mes después de que el formulario haya sido recibido.

Firma _____

Fecha _____