



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		Your Primary Language:	
Please check the box for the program you are enrolled in:					
<input type="checkbox"/> CareAdvantage <input type="checkbox"/> CareAdvantage CMC <input type="checkbox"/> HealthWorx <input type="checkbox"/> Healthy Kids <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> 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)	
<ul style="list-style-type: none"> 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
-----------	------

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

Mangyaring sagutan ang form na ito para sa inyong sarili o sinumang miyembro ng iyong sambahayan na nakatatanggap ng HPSM CareAdvantage (HMO SNP), HPSM CareAdvantage Cal MediConnect (Medicare–Medicaid Plan), HealthWorx, Healthy Kids, Medi-Cal, o San Mateo Ace s pamagitan ng Health Plan of San Mateo (HPSM).

Mangyaring lagdaan ang form na ito sa pinakababang linya. Maaari ninyong ipadala itong form sa koreo sa HPSM, 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080 o mag-fax sa angkop na numero sa ibaba.

Kung mayroon kayong anumang mga tanong hinggil sa form na ito, mangyaring tawagan ang HPSM:

Mga miyembro ng:
CareAdvantage | CareAdvantage CMC
1-866-880-0606
TTY: **1-800-735-2929** o i-dayal ang **7-1-1**
Fax: **650-616-2190**

Mga miyembro ng:
HealthWorx | Healthy Kids | Medi-Cal | San Mateo County ACE
1-800-750-4776 o 650-616-2133
TTY: **1-800-735-2929** o i-dayal ang **7-1-1**
Fax: **650-616-8581**

Impormasyon ng Miyembro (Mangyaring i-print)

Apelyido		Pangalan		Numero ng ID sa HPSM
Kasarian		Ang Iyong Pangunahing Wika:		
Petsa ng Kapanganakan	<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae			

Mangyaring tsekan ang kahon para sa programa na naka-enroll kayo:

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

Pagbabago ng Address

Paki-**print** ang bagong address sa ibaba.

Address ng Kalye (Pagbabago ng address)		Apt/Numero ng Unit	Telepono sa Tahanan
Lunsod	Estado	Zip Code	Cell Phone

Pagpipilian/Pagbabago sa PCP (Paki-print)

- Mangyaring pumili mula sa ibinigay na Listahan ng Tagabigay ng serbisyo .
 - Pakipili ng **dalawa** kung ang inyong Unang pinili ay hindi maaari.
- * Kung hindi kayo pipili ng PCP, awtomatiko magtatalaga ng PCP sa inyo ang HPSM.**

Piniling PCP 1

Piniling PCP 2

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 emergency na pangangalaga

Nauunawaan kong na ang aking HPSM ID card 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.

Nauunawaan ko na ang pagbabago ng Pangunahing Tagapangalagang Doktor ay mag-eepektibo sa ika-1 ng susunod na buwan pagkatapos na matanggap ang form .

Lagda

Petsa