



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
-----------	------

Форма выбора основного лечащего врача/смены адреса**Инструкция**

Заполните, пожалуйста, эту форму за себя и всех членов вашей семьи, получающих медицинское обслуживание по программам HPSM CareAdvantage (HMO SNP), HPSM CareAdvantage Cal MediConnect (Medicare–Medicaid Plan), HealthWorx, Healthy Kids, Medi-Cal, или San Mateo Ace в рамках плана Health Plan of San Mateo (HPSM).

Поставьте свою подпись на нижней строке этой формы. Вы можете отправить заполненную форму в HPSM по адресу 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080, или отправить ее по факсу (номер указан ниже).

Если у вас возникли вопросы относительно этой формы, пожалуйста, обратитесь в HPSM по номеру:

Участникам программ:

CareAdvantage | CareAdvantage (CMC)

1-866-880-0606

TTY: **1-800-735-2929** или **7-1-1**

Факс: **650-616-2190**

Участникам программ:

HealthWorx | Healthy Kids | Medi-Cal | San Mateo County ACE

1-800-750-4776 или **650-616-2133**

TTY: **1-800-735-2929** или **7-1-1**

Факс: **650-616-8581**

Личные данные участников (печатными буквами)

Фамилия	Имя	Идентификационный номер участника плана HPSM
Пол		
Дата рождения	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Язык, на котором вы предпочитаете общаться:

Пожалуйста, укажите, участником какой программы вы являетесь, отметив соответствующую ячейку:

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

Смена адреса

Пожалуйста, укажите свой новый адрес **печатными буквами**.

Адрес (смена адреса)	Номер квартиры/дома	Номер домашнего телефона
Город	Штат	Индекс
		Номер мобильного телефона

Выбор /смена основного лечащего врача (печатными буквами)

- Пожалуйста, выберите врача из списка поставщиков медицинских услуг.
- Пожалуйста, выберите **двоих** врачей на случай если предпочитаемый вами врач не сможет вас обслуживать.
*** Если вы не выберете основного лечащего врача, план HPSM назначит вам врача автоматически.**

Выбор врача №1

Выбор врача №2

Я подтверждаю, что согласен(-на) обращаться за любым медицинским обслуживанием только к своему основному лечащему врачу, за исключением случаев, когда мне потребуются неотложная медицинская помощь.

Я отдаю себе отчет в том, что на моей идентификационной карточке участника HPSM будет указана дата вступления в силу моего выбора, и он останется неизменным до тех пор, пока я не попрошу о переводе к другому врачу, или пока мой врач не прервет свое соглашение с планом, или пока я не потеряю право на участие в плане HPSM. Я отдаю себе отчет в том, что, в случае прекращения действия и последующего восстановления моей страховки, мне нужно будет обратиться в план HPSM и сообщить о своем выборе основного лечащего врача.

Я отдаю себе отчет в том, что смена основного лечащего врача вступает в силу первого числа месяца, следующего за тем месяцем, в котором форма была получена.

Подпись

Дата