

Formulario de cambio de proveedor de atención primaria (PCP)

Cómo elegir un proveedor de atención primaria adecuado para usted:

1. Utilice el formulario de búsqueda en línea en www.hpsm.org/provider-search para realizar búsquedas por nombre de proveedor, plan de salud, ubicación o tipo de proveedor. También puede consultar el directorio de proveedores impreso para examinar la lista de todos los proveedores de su plan.
2. Elija dos proveedores (una primera y una segunda opción, en caso de que la primera no esté disponible) que acepten nuevos pacientes de su plan.
3. Ingrese el nombre del proveedor y el número de NPI para el *PCP: opción 1* y el *PCP: opción 2*
4. Revise todo el formulario para asegurarse de que está completo y la información es correcta; para finalizar, firme al final.
5. Si tiene que comunicar un cambio de dirección, rellene el formulario que se encuentra en el lado opuesto de esta página.
6. 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 tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con HPSM:

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

Selecciones de proveedores de atención primaria *(escriba en letra imprenta)*

PCP: opción 1

Número de NPI

PCP: opción 2

Número de NPI

Entiendo que si no elijo un PCP, HPSM me lo asignará automáticamente.

Entiendo y acepto buscar atención únicamente por parte mi PCP para todos los servicios de atención médica, a menos que necesite atención de urgencia. Veré a mi PCP siempre que necesite atención que no sea de urgencia, a menos que solicite una transferencia a otro médico, mi médico suspenda su contrato con HPSM o ya no sea elegible con HPSM.

Entiendo que los cambios de PCP son efectivos el día 1 del mes posterior a la recepción del formulario.

Firma

Fecha