

# Formulario de cambio de proveedor de atención primaria (PCP)

## Cómo elegir un proveedor de atención primaria (PCP) adecuado para usted;

1. Use el formulario de búsqueda en línea en [www.hpsm.org/provider-search](http://www.hpsm.org/provider-search) para buscar por nombre de proveedor, plan de salud, ubicación o tipo de proveedor. También puede consultar su directorio de proveedores impreso para explorar la lista de todos los proveedores incluidos en su plan.
2. Elija dos proveedores (primera y segunda opción, en caso de que su primera opción no esté disponible) que estén aceptando nuevos pacientes de su plan.
3. Ingrese el nombre del proveedor y el número NPI (identificador nacional de proveedores) para el PCP de primera opción y el PCP de segunda opción
4. Revise todo el formulario para asegurarse de que esté completo y con información precisa y luego firmelo en la parte inferior.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a HPSM:

### Miembros de CareAdvantage:

Correo postal: 801 Gateway Blvd., Suite 100  
c/o The CareAdvantage Unit  
South San Francisco, CA 94080

Email: [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org)

Fax: 650-616-2190

Teléfono: 1-866-880-0606

TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1

### Miembros de Medi-Cal, San Mateo County ACE y HealthWorx (HMO)

Correo postal: 801 Gateway Blvd., Suite 100  
c/o Member Services  
South San Francisco, CA 94080

Email: [MemberServicesSupport@hpsm.org](mailto:MemberServicesSupport@hpsm.org)

Fax: 650-616-8581

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

TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1

### Información del miembro (escriba en letra de molde)

|          |               |   |
|----------|---------------|---|
| Apellido | Primer nombre | Número de identificación de miembro de HPSM |
|----------|---------------|---|

Masculino  Femenino

|                     |        |                    |
|---------------------|--------|--------------------|
| Fecha de nacimiento | Género | Su idioma primario |
|---------------------|--------|--------------------|

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Teléfono de su hogar | Teléfono celular |
|----------------------|------------------|

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

CareAdvantage     HealthWorx HMO     Medi-Cal     ACE del Condado de San Mateo

### Selecciones de Proveedor de atención primaria (escriba en letra de molde)

|                 |          |                 |          |
|-----------------|----------|-----------------|----------|
| Opción 1 de PCP | Núm. NPI | Opción 2 de PCP | Núm. NPI |
|-----------------|----------|-----------------|----------|

- Entiendo que si no elijo un PCP, HPSM podría asignarme un PCP automáticamente.
- Comprendo y convengo en solicitar atención exclusivamente a través de mi PCP para todos los servicios de atención médica a menos que se trate de atención de emergencia. Visitaré a mi PCP para toda la atención que no sea de emergencia, a menos que yo solicite ser transferido a otro médico, mi médico cancele su contrato con HPSM o yo deje de ser elegible para HPSM.
- Comprendo que los cambios de PCP entran en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que se reciba el formulario.

Firma

Fecha