



Formulario de selección de proveedor de atención primaria

Los formularios deben incluir:

- toda la información del miembro: nombre, fecha de nacimiento, número de identificación de Partnership o Medi-Cal;
- nombre del médico o grupo médico y número de proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) (que aparece en nuestro directorio de proveedores).
- firma y fecha del miembro, O BIEN la firma y la fecha de un representante autorizado.

Envíe los formularios completados por fax al (707) 863-4415.

Pídale al miembro que complete este formulario para sí mismo y para cada miembro de la familia que tenga Medi-Cal. Utilice la lista de Partnership para elegir un nuevo médico y encontrar su número de identificación.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			Número de identificación de Partnership o Medi-Cal del miembro
		Mes	Día	Año	
Nombre del médico o grupo médico		No. de PCP			Número de teléfono del médico
Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			Número de identificación de Partnership o Medi-Cal del miembro
		Mes	Día	Año	
Nombre del médico o grupo médico		No. de PCP			Número de teléfono del médico

1. Indique el nombre y la fecha de parto de cualquier persona que figure en este formulario que esté embarazada:

Nombre: _____ Fecha de parto: _____

2. Sé que puedo elegir médicos de Partnership HealthPlan of California.

3. Sé que puedo cambiar de médico. También sé que el cambio comenzará el primer día del mes siguiente a la entrega de mi formulario a Partnership.

Para asegurarse de que tengamos la información más actualizada, indique su dirección postal:

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cómo le gustaría recibir su Boletín para Miembros de Partnership? Correo electrónico Correo regular

Partnership debe enviar los cambios en su dirección y número de teléfono a la oficina de Medi-Cal de su condado. Esto no incluye los miembros que reciben beneficios de SSI.

Firma: _____

Fecha: _____