



Formulario de selección del Proveedor de Atención Primaria
(PCP por sus siglas en inglés)
REGIÓN SUR:
Condados Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano, Sonoma y Yolo

Usted y cada miembro de su familia que tenga Medi-Cal debe llenar este formulario Utilice la lista PHC de Proveedores de Atención Primaria (PCP) para seleccionar su PCP.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			# ID Medi-Cal o No. de Seguro Social
		Mes	Día	Año	
Nombre del médico o grupo médico		# de Proveedor de Médico o Grupo Médico			Número de teléfono del Proveedor

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento			# ID Medi-Cal o No. de Seguro Social
		Mes	Día	Año	
Nombre de médico o Grupo Médico		# de Proveedor de Médico o Grupo Médico			Número de Teléfono de Proveedor

1. Proporcione la siguiente información para cada persona en esta forma que esta embarazada:

Nombre: _____ Fecha de Vencimiento el Embarazo: _____

- Entiendo que tengo la elección de Proveedores de Atención Primaria (PCP) que son contratados por Partnership HealthPlan of California (PHC).
- Entiendo que si no elijo un PCP, PHC me asignará uno.
- Entiendo que puedo cambiar mi PCP y que el cambio entrará en vigencia el primer mes después de haber solicitado el cambio.

Para asegurarse de que tenemos la información mas actual, por favor proporcione la dirección de correo actual:

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Cómo le gustaría recibir su boletín de miembro de PHC? Correo electrónico Correo regular

PHC está obligado a informar cambios de su dirección y número de teléfono a la Oficina de Medi-cal de su condado. Esto excluye a miembros que reciben beneficios de SSI.

Firma: _____ Fecha: _____

Devolver a: Partnership HealthPlan of California, 4665 Business Center Drive, Fairfield, CA 94534 o puede enviar por fax a **(707) 863-4415**.