

Primary Care Physician (PCP) Form



Member Information

First Name: MI:

Medi-Cal ID*:

SSN:

Mailing Address:

City: State: Zip Code:

*Required Field

Last Name:

Date of Birth (mmddyyyy):

Telephone number: - -

PCP Change Request - Please provide PCP Information

Requested PCP Name NPI#

Office Address:

City: State: Zip Code:

Office Phone: - - Effective Date (mmddyyyy):

The effective date will be based upon the plan's selection/change policy.

Reason for Change from Assigned PCP - Choose all that apply. Select at least one.

- New Member - made 1st time selection
- Already patient with requested PCP
- Requested PCP already sees family member
- Member Preference
- Member Moved
- PCP Hours didn't fit member need
- Quality of Care
- Provider Left Network
- Provider Location
- Association with hospital or medical group
- Language/communication barriers
- Wait time in provider office
- Availability to get appointment. Access to care
- Established relationship w/another
- Provider Request to Disenroll Member
- Other

Signature of Member or Authorized Representative

Date (mmddyyyy)

Print Name of Member or Authorized Representative

Directions: Please fax Member Change Data forms, with a copy of the member ID card, if available, to California Health & Wellness Member Services Department at (877) 302-3434, or mail it to California Health & Wellness Member Services, 1740 Creekside Oaks Drive, Sacramento, CA 95833. If you have questions about how to complete this form or want to make this request over the phone, please call the California Health & Wellness Member Services Department, from 8 a.m. to 5 p.m. (PST), Monday through Friday, at (877) 658-0305 (TDD/TTY 1-866-274-6083).



Formulario de Selección de Médico de Atención Primaria (PCP)



Información del Miembro

*Campo requerido

Primer Nombre: Inicial: Apellido:
ID de Medi-Cal*: Fecha de nacimiento (mmddaaaa):
NSS: Número telefónico: - -
Dirección postal:
Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitud para cambiar de PCP – Proporcione la información del PCP

Nombre del PCP solicitado NPI#
Dirección del consultorio:
Ciudad: Estado: Código postal:
Núm. tel. del consultorio: - - Fecha de vigencia (mmddaaaa):
La fecha de vigencia se basará en la política de cambio/selección del plan.

Razón para el cambio de PCP asignado – Elija todas las que correspondan. Seleccione al menos una.

- Nuevo Miembro – hizo la selección por primera vez
- Ubicación del proveedor
- Ya es paciente del PCP solicitado
- Asociación con un hospital o grupo médico
- El PCP solicitado ya presta servicios a un miembro de la familia
- Barreras de comunicación/idioma
- Preferencia del miembro
- Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
- El miembro se mudó
- Disponibilidad para obtener una cita. Acceso a la atención
- Las horas de consulta del PCP no se ajustan a las necesidades del miembro
- Relación establecida con otro proveedor
- Calidad de la atención
- Solicitud del proveedor para desafiliar al miembro
- El proveedor salió de la red
- Otro

Firma del Miembro o Representante autorizado

Fecha (mmddyyyy)

Nombre en letra de molde del Miembro o Representante Autorizado

Instrucciones: Envíe por fax los formularios de Cambio de Datos del Miembro, junto con una copia de la tarjeta de identificación del miembro, si está disponible, al Departamento de Servicios para los Miembros de California Health & Wellness al **(877) 302-3434**, o envíe por correo a California Health & Wellness Member Services, 1740 Creekside Oaks Drive, Sacramento, CA 95833. Si tiene preguntas acerca de cómo llenar este formulario o quiere hacer esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios para los miembros de California Health & Wellness, de 8 a.m. a 5 p.m. (Hora del pacífico), de lunes a viernes al **(877) 658-0305** (TDD/TTY 1-866-274-6083).