**Formulario de Cambio del Proveedor de Atención Primaria (PCP)**

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llame al número gratuito 800-431-4135, TTY: 711*.* Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

*You can get this letter in another language, large print, or another way that’s best for you. Call 800-431-4135, TTY: 711. We accept all relay calls.*

Si usted desea que le asignen un nuevo proveedor de atención primaria (PCP), por favor llene y devuelva este formulario. El cambio entrará en vigor en la fecha de firma del formulario, a menos de que usted solicite una fecha de vigencia diferente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información del Miembro** | | |
| Apellido: | Nombre: | Inicial del 2do Nombre: |
| Fecha de Nacimiento: | Número de ID del Miembro: |  |
| **Cambio del Proveedor de Atención Primaria (PCP)** | | |
| Nombre del PCP Solicitado: | | |
| Nombre de la Clínica: | | |
| Número NPI del Proveedor (opcional): | | |

Firma del Miembro o del Padre/Madre Fecha

## Llene el formulario y envíelo por correo a: Envíe el formulario por fax o email a:

PacificSource Community Solutions 541-322-6423

PO Box 5729 [CommunitySolutionsCS@PacificSource.com](mailto:CommunitySolutionsCS@PacificSource.com)

Bend, OR 97708-5729

Si usted tiene alguna duda o si necesita ayuda, por favor llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono 800-431-4135, TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Nuestro horario de atención es**:**

* **1 de octubre al 31 de enero:** 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (zona horaria local), los siete días de la semana.
* **1 de febrero al 30 de septiembre:** 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (zona horaria local), de lunes a viernes.

Atentamente,

Equipo de Servicio al Cliente

PacificSource Community Solutions

Documento(s) adjunto(s): Aviso de No Discriminación