

Formulario de Cambio del Proveedor de Atención Primaria (PCP)



Por favor llene este formulario y envíelo al contacto que corresponda según su plan de salud: PacificSource Health Plans, PacificSource Community Health Plans (Medicare) o PacificSource Community Solutions (Medicaid/Plan de Salud de Oregon).

Si usted tiene una cobertura de Medicare y Medicaid, verifique que su nuevo proveedor de atención primaria (PCP) acepte ambas coberturas.

Información del miembro

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial 2do Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de ID del Miembro _____

Información del nuevo PCP

Nombre del PCP solicitado _____

Nombre de la clínica _____ Número NPI del proveedor _____

Fecha de vigencia del cambio de PCP (entrará en vigor el día en que usted firme el formulario, a menos de que solicite una fecha de vigencia distinta) _____

Firma del miembro o representante _____ Fecha _____

Nombre del representante (con letra de imprenta) _____

Relación con el miembro _____

Instrucciones para enviar el formulario

PacificSource Health Plans (Comercial)

- Llene el formulario y envíelo por email o fax:
CS@PacificSource.com
541-684-5264
- O llene el formulario y envíelo por correo postal:
PacificSource Health Plans
PO Box 7068
Springfield, OR 97475-0068

PacificSource Community Health Plans (Medicare)

- Llene el formulario y envíelo por email o fax:
MedicareCS@PacificSource.com
541-382-4217
- O llene el formulario y envíelo por correo postal:
PacificSource Medicare
PO Box 7469
Bend, OR 97708-5729

Continúa al reverso >

PacificSource Community Solutions (Medicaid)

- Llene el formulario y envíelo por email o fax:
CommunitySolutionsCS@PacificSource.com
541-322-6423
- O llene el formulario y envíelo por correo postal:
PacificSource Community Solutions
PO Box 5729
Bend, OR 97708-5729

¿Tiene alguna duda?

Póngase en contacto con nosotros por teléfono o email:

Miembros con una cobertura individual y una cobertura patrocinada por el empleador

PacificSource Health Plans:

Teléfono: **888-977-9299**

TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Email: CS@PacificSource.com

Miembros de Medicare

PacificSource Community Health Plans (Medicare):

Teléfono: **888-863-3637**

TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Email: Medicare@PacificSource.com

Miembros de Medicaid/OHP

PacificSource Community Solutions (Medicaid):

Teléfono: **800-431-4135**

TTY: 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

Email: CommunitySolutionsCS@PacificSource.com



También puede hablar con nosotros por chat a través de InTouch for Members, nuestro portal seguro para miembros. Inicie una sesión o abra una cuenta en PacSrc.co/InTouch.

PacificSource Health Plans (Comercial) | PacificSource Community Health Plans (Medicare) | PacificSource Community Solutions (Medicaid)

You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. You can also request an interpreter. This help is free. Call 800-431-4135, TTY: 711. We accept all relay calls.

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es sin costo. Llame al 800-431-4135, TTY al 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

