

## FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

**FAVOR DE SELECCIONAR UN PCP DEL DIRECTORIO DE PROVEEDORES Y ESCRIBIR EL NOMBRE DEL PCP Y No. DE 4 DÍGITOS A CONTINUACIÓN:**

NOMBRE DEL MIEMBRO Y No. DE IDENT. DE GCHP				ELIJA UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)	
Apellido	Nombre	No. de ident. de GCHP o No. de ident. de Medi-Cal	Fecha de Nac.	Nombre del PCP o Nombre de la Clínica	No. de ident. de 4 dígitos de PCP/Clínica

**Para verificar si usted califica para seleccionar a Kaiser como su PCP, por favor vea el reverso de este formulario para obtener información adicional. Nota: Las solicitudes de asignaciones de PCP toman efecto el primer día del mes siguiente.**

Firma del Miembro o Representante Legal:			Fecha:		
Número de Teléfono:				No. de Teléfono Celular:	
Dirección de Correo Electrónico:					
¿Tiene seguro aparte de Medi-Cal / GCHP?		Sí _____ NO _____		En caso Afirmativo, Nombre del Seguro:	# Póliza:
<b>SI NECESITA AYUDA O DESEA SELECCIONAR SU PCP POR TELÉFONO, LLAME AL DEPTO. DE SERVICIO PARA MIEMBROS DE GCHP ENTRE 8:00 AM Y 5:00 PM, DE LUNES A VIERNES AL 1-888-301-1228, TTY 1-888-310-7347</b>					

**Por favor, envíe el formulario a Gold Coast Health Plan en el sobre pre-pagado. Usted recibirá una tarjeta de membresía de Gold Coast Health Plan después de devolver este formulario.**

**PARA SELECCIONAR A KAISER COMO SU PCP, DEBE APLICARSE A SU CASO UNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES**

1. Debe haber sido un miembro de Kaiser durante los últimos 6 meses.
2. Un recién nacido de una madre que es miembro de Medi-Cal y esta asignada a Kaiser como su PCP.
3. Ser calificado como familiar directo que vive en la misma casa de un miembro actual de Kaiser, vea las condiciones de calificación a continuación:
  - Cónyuge (incluyendo pareja doméstica)
  - Un hijo(a) dependiente soltero menor de 21 años
  - Un dependiente con discapacidad mayor de 21 años (padre o tutor debe ser el curador con poder legal ordenado por el Tribunal).
  - Padres, Padrastro o Madrastra casados o solteros de hijos menores de 21 años
  - Hijo(a) de crianza o hijastro(a)
  - Tutor legal
  - Un abuelo, padre/madre, tutor o algún otro pariente que haya aplicado a nombre de un hijo(a) menor de 21 años es elegible para inscribirse en Kaiser como una adición familiar calificada en base a tener el mismo número de caso de Medi-Cal que el hijo(a).

Además no puede tener una parte de costo compartido (SOC por sus siglas en inglés) u otra póliza de seguro médico

Si usted reúne las condiciones anteriores, favor de proporcionar la siguiente información requerida:

Nombre Completo del Miembro de Kaiser:		Fecha de Nacimiento del Miembro de Kaiser:	
Número de Expediente Médico del Miembro de Kaiser:		Su Relación con el Miembro de Kaiser:	
Dirección del Miembro de Kaiser:			

Enviaremos su información a Kaiser para que la validen. Si cumple con los requisitos recibirá información de Kaiser. Si Kaiser no puede validar su información, usted será notificado y no será asignado a Kaiser. Usted necesitará seleccionar un PCP del directorio de proveedores de GCHP.

***Nota: Las solicitudes de asignaciones de PCP toman efecto el primer día del mes siguiente.***

Rev. 7/01/2015