

# Formulario de selección de profesional médico de cabecera

Health Plan

Envíe su formulario completado por correo a: **P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327**, o por fax a: **503-574-8208**

NOTA: También puede acceder a su cuenta de myProvidence para seleccionar un PCP directamente. Vaya a "PCP Selection" (Selección de PCP) debajo del menú desplegable "My Providers" (Mis proveedores) en la barra de navegación superior. Use los criterios de búsqueda para ver qué PCP hay disponibles. Luego haga clic en "Select" (Seleccionar) en el PCP de su elección y dé "Accept" (Aceptar).

## Acerca de este formulario

Los afiliados a los planes de salud de Oregon deben elegir un profesional médico de cabecera (*Primary Care Provider*, PCP) para sí mismos y para cada dependiente cubierto, debido al proyecto de ley 1529 del Senado de Oregon. Esta ley exige que los planes de salud de Oregon, incluido el Providence Health Plan, asignen un médico de cabecera a los afiliados que vivan en Oregon en los 90 días siguientes a su inscripción.

Si no elige a un PCP dentro de los 90 días, se le asignará uno. Para obtener más información, visite [ProvidenceHealthPlan.com/SB1529](https://ProvidenceHealthPlan.com/SB1529)

**IMPORTANTE:** La asignación del PCP no modifica sus prestaciones ni su acceso a otros proveedores de la red, según lo establecido en las prestaciones de su plan de salud. Es simplemente la asignación dentro de nuestro sistema.

## 1. Información del suscriptor

PRIMER NOMBRE	IN. 2.º NOM.	APELLIDO	TELÉFONO
NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO	NÚMERO DE GRUPO	PROFESIONAL MÉDICO DE CABECERA	¿La oficina presenta el formulario en representación del miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 2. Información sobre los dependientes y selección del profesional médico de cabecera (PCP)

Indique la información del miembro y la selección del PCP a continuación. Consulte el directorio de proveedores disponible en [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider) para obtener información sobre las opciones de PCP. Si necesita más espacio, use una hoja aparte.

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	N.º DE ID DEL MIEMBRO	PROFESIONAL MÉDICO DE CABECERA

## Información de contacto

Para más información sobre los beneficios de su plan o información sobre un profesional médico de cabecera específico, comuníquese con el servicio de atención al cliente al **503-574-7500** o al **800-878-4445 (TTY: 711)**, o envíe un mensaje seguro por medio de [myProvidence.com](https://myProvidence.com).\*

\* Después de la inscripción y al crear una cuenta gratuita de myProvidence.