

## Driscoll Health Plan Primary Care Provider (PCP) Change Form

\*\*\*The information in this box below must be filled in completely by either the Driscoll Health Plan Member, the Member's Guardian/Legally Authorized Representative (LAR). If you are not the Member, Head of Household, or Guardian/LAR on the member's file the PCP change will not be processed.

**Member Name:** \_\_\_\_\_

**Member ID or SSN:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

**Member Address:** \_\_\_\_\_

**Member Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Please select your relationship to the member and print your name below:**

**Member**     **Head of Household**     **Guardian/LAR**

**Printed Name:** \_\_\_\_\_

**By signing below I certify I am the Member's Guardian/Legally Authorized Representative**

\_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

I understand that as a Driscoll Health Plan member, I have the right to change my assigned PCP at any time. Please change my PCP effective immediately to the PCP listed below.

<b>To be completed by the Provider's Office</b>	<b>Provider Name:</b> _____
	<b>Provider Address:</b> _____
	<b>Provider Phone Number:</b> _____
	<b>Provider TIN:</b> _____
	<b>Provider NPI:</b> _____

If you have any questions, please call Driscoll Health Plan Member Services at 1-877-324-7543.

**Please fax this completed form to 1-855-808-2785. If you receive this facsimile in error, please contact us at 1-877-324-7543.**

*ATTENTION: If you speak Spanish or any other language, language assistance and auxiliary aids services, free of charge, are available to you. We also offer written information in other formats. Call 1-877-324-7543 (TTY: 1-800-735-2989).*



## Driscoll Health Plan Formulario de cambio del proveedor de atención primaria (PCP)

\*\*\* La información en este cuadro a continuación debe ser completamente completada por el Miembro de Driscoll Health Plan, el Tutor del Miembro / Representante Legalmente Autorizado (LAR). Si usted no es el Miembro, Jefe de Hogar o Guardián/LAR en el archivo del Miembro, el cambio de PCP no se procesará.

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Número de ID or SSN de Miembro: \_\_\_\_\_ Nacido: \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Miembro: \_\_\_\_\_

Seleccione su relación con el Miembro e imprima su nombre a continuación:

Miembro     Jefe de Hogar     Guardián/LAR

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, certifico que soy el Tutor / Representante Legalmente Autorizado del Miembro

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que como Miembro de Driscoll Health Plan, tengo el derecho de cambiar mi PCP asignado en cualquier momento. Por favor, cambie mi PCP con efecto inmediato al PCP que se indica a continuación.

To be completed by the Provider's Office

Provider Name: \_\_\_\_\_

Provider Address: \_\_\_\_\_

Provider Phone Number: \_\_\_\_\_

Provider TIN: \_\_\_\_\_

Provider NPI: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros de Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543.

Please fax this completed form to 1-855-808-2785. If you receive this facsimile in error, please contact us at 1-877-324-7543.

*ATENCIÓN: Si usted habla español, el auxiliar de idiomas y los servicios auxiliares de ayuda, están disponibles para usted de forma gratuita. También ofrecemos información escrita en otros formatos. Llame al 1-877-324-7543 (TTY: 1-800-735-2989).*