



Primary Care Provider (PCP) Change Form

***The information in this box below must be filled in completely by 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 that 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.

To be
completed
by the
Provider's
Office

Provider Name: _____

Provider Address: _____

Provider Phone Number: _____

Provider TIN: _____

Provider NPI: _____

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

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

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance and auxiliary aids services, free of charge, are available to you. Call 877-324-7543 (TTY: 800-735-2989).



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 877-324-7543.

Por favor, envíe el formulario completado por fax al 855-808-2785. Si recibe este fax por error, comuníquese con nosotros al 877-324-7543.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, sin cargo, servicios de asistencia de idiomas y otros servicios auxiliares. Llame al 877-324-7543 (TTY: 800-735-2989).