



Contra Costa Health Plan (CCHP)

El formulario de solicitud de cambio de PCP

Fax al 925-313-6047 o Envíenoslo por correo a
CCHP Member Services, 595 Center Ave Ste 100, Martinez, CA 94553

Los miembros del Contra Costa Health Plan (CCHP) pueden cambiar su proveedor de atención primaria (PCP) asignado en cualquier momento y por cualquier motivo. Los cambios generalmente se realizan en un día hábil. El miembro puede solicitar estos cambios utilizando los siguientes medios:

- Ir en línea a cchealth.org/CambioDePCP. Complete y envíe [el formulario en línea](#).
- Llamando a Servicios para Miembros, al 1-877-661-6230 (opción 2), de lunes a viernes, 8am – 5pm.
- Completando este formulario y enviándolo por fax o por correo a Servicios para Miembros de CCHP.

El miembro debe firmar el formulario. Si el miembro es menor de edad, el formulario debe ser firmado por el padre o tutor legal. Es un **requisito** responder a **todas** las preguntas a continuación.

Información del miembro		
Apellido		Nombre
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Identificación del afiliado # (en la tarjeta de identificación del CCHP)	
Número telefónico ()	Correo electrónico	
Dirección del hogar		
Ciudad		Código postal
Nombre de la persona que presenta la solicitud		Vínculo con el afiliado
Firma del miembro (o firma del padre / tutor si es menor de edad)		Fecha (mes/día/año)

Nuevo proveedor de atención primaria (PCP) que desea solicitar	
Nombre del proveedor	Clínica
Dirección del proveedor	
Ciudad	Código postal
Número telefónico ()	Fecha que desea que entre en vigor el cambio del proveedor
<p>Estoy pidiendo ser asignado con otro proveedor de atención primaria porque (marque <u>todo</u> lo que aplique)</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero el mismo proveedor para todos mis hijos.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero el proveedor que tenía antes.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero un proveedor cerca de casa o en otra localidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero un proveedor que reúna ciertas cualidades o preferencias que tengo (ejemplo: idioma, grupo étnico, o sexo).</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy satisfecho con el servicio o tratamiento que he recibido con el proveedor que actualmente estoy asignado.</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo problemas para conseguir/hacer cita medicas con mi proveedor.</p> <p><input type="checkbox"/> Quiero elegir mi propio proveedor por otras razones.</p>	