

Family Choice Medical Group
C/O CMS, Eligibility Dept., 15821 Ventura Blvd. STE 600, Encino, CA 91436
Phone # (800) 611-0111 Fax: (818) 817-5157

REQUEST TO CHANGE
(Petición de cambio) (Đơn Xin Thay Đổi)

- Change Primary Care Physician (PCP)** **Change Mailing Address**
(Cambio de medico/ Thay đổi Bác Sĩ) (Cambio de dirección/ Thay đổi địa chỉ)

Member Information (Información del paciente) (Chi Tiết Hội Viên)	
Last Name: (Apellido) (Họ) _____	<input type="checkbox"/> Current Address & Phone # (Dirección actual y teléfono) (Địa chỉ và số điện thoại hiện tại)
First Name: (Nombre) (Tên) _____	<input type="checkbox"/> NEW Address and Phone # (Nueva dirección y teléfono) (Địa chỉ và số điện thoại mới)
SSN or CalOPTIMA ID Number: (SSN o número de identificación de CalOPTIMA) (Số An Sinh Xã Hội hoặc số thẻ CalOPTIMA)	_____ _____ Phone # (Teléfono) (Số Điện Thoại) _____

Change of Primary Care Physician (Cambio de medico) (Thay Đổi Bác Sĩ Gia Đình)	
Current Doctor: _____ (Doctor actual/ Tên Bác Sĩ Hiện Giờ)	New Doctor: _____ (Nuevo doctor/ Tên Bác Sĩ Mới)
Phone Number: _____ (Teléfono/ Số Điện Thoại)	Phone Number: _____ (Teléfono/ Số Điện Thoại)
<u>Reason for Transfer/Change of Doctor (Razón por el cambio de doctor) (Lý do xin đổi Bác Sĩ)</u>	
1. ___ Change of mind (Cambié de opinion/ Thay đổi ý kiến)	
2. ___ Auto-Assigned (Asignado automáticamente/ Y-Tế tự chọn Bác Sĩ)	
3. ___ Relocation (Reubicación/ Thay đổi chỗ ở)	
4. ___ Quality of doctor care (Calidad de cuidado del doctor/ Khả năng chăm sóc của Bác Sĩ.)	
5. ___ Access to Appointment (Acceso a citas/ Lấy hẹn không được)	
6. ___ Waiting Room Time (Tiempo de espera en el consultorio/ Thời gian chờ tại văn phòng.)	
7. ___ Inappropriate behavior by: (Comportamiento inadecuado del/ Không hài lòng với sự chăm sóc của:)	
<input type="checkbox"/> Doctor (Doctor/ Bác Sĩ) <input type="checkbox"/> Office Staff (Personal de oficina/ Nhân viên văn phòng)	
Note: This Request to Change must be received by CMS before the 15th of the current month in order for you to see your new PCP next month. If this form is received after the 15th of the current month, you will not be able to see your new PCP until after the following month.	
Nota: Esta petición de cambio debe ser recibida por el plan de salud. CMS, antes el día 15 del mes actual para que Ud. Puedaver a su Nuevo doctor el próximo mes. Si este formulario es recibido despues del 15 del mes actual, usted no podrá ver a su Nuevo doctor hasta después mes próximo.	
Xin Chú ý: Nếu nhóm Y-Tế nhận được Đơn Xin Thay Đổi trước ngày 15 của tháng quý vị sẽ được gặp Bác Sĩ Gia Đình vào tháng tới. Nếu nhóm Y-Tế nhận được đơn sau ngày 15 của tháng, quý vị sẽ được gặp Bác Sĩ Gia Đình mới sau tháng tới.	

Member/Guardian (if minor) Signature: _____ **Date:** _____
(Firma del Paciente o Tutor/ Chữ ký hội viên/ Người đứng tên (nếu vị thành niên) (Fecha/ Ngày)

Member Srvc Dept Rcvd: _____ **Date Processed** _____ **MSR Initials** _____ **New PCP Effective** _____