

**Questions? Call
1-888-302-6688**

PRIMARY CARE CASE MANAGEMENT (PCCM)-Medicaid

Primary Care Provider Selection Form

It is faster to choose your main doctor over the phone. If you call, you do not need to fill out this form.



Head of Household Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Phone Number: _____ **County:** _____

Client Name (Last, First, MI) <i>Print the names of all others who have Medicaid in your household.</i>	Date of Birth Mo./Day/Year	Medicaid Number or Social Security Number	Print the first and last name of two doctors or doctor's offices you want to use.	Print the phone number of the two doctors or doctor's offices you want to use.
1	Mo./Day/Year		1 st _____ 2 nd _____	1 st () _____ 2 nd () _____
2	Mo./Day/Year		1 st _____ 2 nd _____	1 st () _____ 2 nd () _____
3	Mo./Day/Year		1 st _____ 2 nd _____	1 st () _____ 2 nd () _____
4	Mo./Day/Year		1 st _____ 2 nd _____	1 st () _____ 2 nd () _____
5	Mo./Day/Year		1 st _____ 2 nd _____	1 st () _____ 2 nd () _____

If you need to add more names, use the back of this page (English or Español).

I (the client) agree that I will go only to my primary care provider for all Medicaid services, unless I am referred to someone else by my main doctor, or unless I need emergency care, family planning or other non-referral services listed in my *PCCM Client Handbook*. For persons under age 21, you do not need to get permission from your main doctor to get your Texas Health Steps medical checkups, dental checkups, or dental treatment.

You have the right to ask us about this form. You also have the right to look at the information on the form at any time. (There are a few exceptions.) If the information is wrong, you can ask us to correct it. The Health and Human Service Commission has a method for asking for corrections. You can find it in Title 1 of the *Texas Administrative Code*, sections 351.17 through 351.23. To talk to someone about this form or ask for corrections, please call PCCM at 1-888-302-6688. The call is free.

Mail to: PCCM
PO Box 202978
Austin, TX 78720-0978

Head of Household Signature

Date

¿Tiene preguntas?
 Llame al
 1-888-302-6688

PRIMARY CARE CASE MANAGEMENT (PCCM)-Medicaid

Forma de Selección de Proveedor de Cuidado Primario

Es mas pronto escoger su médico principal por teléfono. Si llama, no necesita llenar esta forma.



Persona responsable de la familia: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Condado: _____

Nombre del cliente (Nombre completo) <i>Escriba los nombres de todos los que tienen Medicaid en su casa.</i>	Fecha de nacimiento día / mes/año	Número de Medicaid o Seguro Social	Escriba en letra despegada el nombre y apellido de dos médicos o consultorios de quienes desee recibir atención médica	Escriba en letra despegada el número de teléfono de los dos médicos o consultorios de quienes desee recibir atención médica
1	día / mes/año		1 ^r _____ 2 ^o _____	1 ^r () _____ 2 ^o () _____
2	día / mes/año		1 ^r _____ 2 ^o _____	1 ^r () _____ 2 ^o () _____
3	día / mes/año		1 ^r _____ 2 ^o _____	1 ^r () _____ 2 ^o () _____
4	día / mes/año		1 ^r _____ 2 ^o _____	1 ^r () _____ 2 ^o () _____
5	día / mes/año		1 ^r _____ 2 ^o _____	1 ^r () _____ 2 ^o () _____

Si necesita apuntar más nombres, complete la forma al otro lado de esta página (inglés o español).

Yo (el cliente) acuerdo que sólo iré a mi proveedor de cuidado primario para recibir cualquier servicio de Medicaid, a menos que me medico principal me haya enviado a otro proveedor, o que necesite atención médica en una emergencia, servicios de planificación familiar u otros servicios que no requieran derivación enumerados en el Manual para los clientes de PCCM. Para personas menores de 21 años, no se requiere permiso de me medico principal para los chequeos médicos, dentales o tratamientos dentales de Pasos Sanos de Texas.

Tiene el derecho de preguntarnos sobre esta forma. También tiene el derecho de revisar la información que nos da en la forma. (Hay algunas excepciones). Si la información no está correcta, puede pedir que la corrijamos. La Comisión de Salud y Servicios Humanos tiene un método para pedir correcciones. Se encuentra en el Título 1 del Código Administrativo de Texas, artículos 351.17 a 351.23. Para hablar con alguien sobre esta forma o pedir su corrección, llame a PCCM al 1-888-302-6688. La llamada es gratis.

Enviar a: PCCM
 PO Box 202978
 Austin TX 78720-0978

 Firma de la persona responsable de la familia

 Fecha