



# Home State Health Plan PCP Selection and Change Form

## Member Information

\*Required Field

First Name:  MI:  Last Name:   
 MO HealthNet ID\*:  Date of Birth (mmddyyyy):   
 SSN:  Telephone number: --  
 Mailing Address:   
 City:  State:  Zip Code:

## PCP Change Request - Please provide PCP Information

Requested PCP Name  PCP#   
 Office Address:   
 City:  State:  Zip Code:   
 Office Phone: -- Effective Date (mmddyyyy):   
 PCP change will be in effect within  
 2 business days of the request.

## Reason for Change from Assigned PCP - Choose all that apply. Select at least one.

- New Member - made 1st time selection
- Already patient with requested PCP
- Requested PCP already sees family member
- Member Preference
- Member Moved
- PCP Hours didn't fit member need
- Quality of Care
- Provider Location
- Association with hospital or medical group
- Language/communication barriers
- Wait time in provider office
- Availability to get appointment. Access to care
- Established relationship w/another
- Other

\_\_\_\_\_  
 Signature of Member or Authorized Representative   
 Date (mmddyyyy)

\_\_\_\_\_  
 Print Name of Member or Authorized Representative

**Directions:** Please fax Member Change Data forms, with a copy of the member ID card, if available, to Home State Health Plan Member Services Department at **(866) 390-4429**, or mail it to Home State Health Plan Member Services, 16090 Swingley Ridge Road, Suite 500, Chesterfield, MO 63017. If you have questions about how to complete this form or want to make this request over the phone, please call the Home State Health Plan Member Services Department, Monday through Friday, 8 a.m.- 5 p.m. (CST), at **(855) 694-HOME (4663)** (TDD/TTY (877) 250-6113).

© 2012 Home State Health Plan. All rights reserved.

MO-PCPCH-0930  
 Approved: May 2, 2012



NO POSTAGE  
 NECESSARY  
 IF MAILED  
 IN THE  
 UNITED STATES

**BUSINESS REPLY MAIL**  
 FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO 392 CHESTERFIELD MO  
 POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

HOME STATE HEALTH PLAN  
 16090 SWINGLEY RIDGE RD STE 500  
 CHESTERFIELD MO 63017-9996



**Información del Miembro**

\*Campo requerido

Primer Nombre:  Inicial:  Apellido:   
 ID de MO HealthNet\*:  Fecha de nacimiento (mmddaaaa):   
 NSS:  Número telefónico: --  
 Dirección postal:   
 Ciudad:  Estado:  Código postal:

**Solicitud para cambiar de PCP – Proporcione la información del PCP**

Nombre del PCP solicitado  PCP#   
 Dirección del consultorio:   
 Ciudad:  Estado:  Código postal:   
 Núm. tel. del consultorio: -- Fecha de vigencia (mmddaaaa):   
*El cambio de PCP entrará en efecto dentro de 2 días hábiles después de la solicitud.*

**Razón para el cambio de PCP asignado – Elija todas las que correspondan. Seleccione al menos una.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nuevo Miembro – hizo la selección por primera vez                         | <input type="radio"/> Ubicación del proveedor                          |
| <input type="radio"/> Ya es paciente del PCP solicitado   | <input type="radio"/> Asociación con un hospital o grupo médico        |
| <input type="radio"/> El PCP solicitado ya presta servicios a un miembro de la familia          | <input type="radio"/> Barreras de comunicación/idioma                  |
| <input type="radio"/> Preferencia del miembro   | <input type="radio"/> Tiempo de espera en el consultorio del proveedor |
| <input type="radio"/> El miembro se mudó  | <input type="radio"/> Disponibilidad para obtener una cita.            |
| <input type="radio"/> Las horas de consulta del PCP no se ajustan a las necesidades del miembro | Acceso a la atención   |
| <input type="radio"/> Calidad de la atención  | <input type="radio"/> Relación establecida con otro proveedor          |
|   | <input type="radio"/> Otro   |



-----  
 Firma del Miembro o Representante Autorizado

Fecha (mmddaaaa)

-----  
 Nombre en letra de molde del Miembro o Representante Autorizado

**Instrucciones:** Envíe por fax los formularios de Datos de cambio del miembro, junto con una copia de la tarjeta de identificación del miembro, si está disponible, al Departamento de Servicios para los Miembros de Home State Health Plan al (866) 390-4429, o envíe por correo a Home State Health Plan Member Services, 16090 Swingley Ridge Road, Suite 500, Chesterfield, MO 63017. Si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario o quiere hacer esta solicitud por teléfono, llame al Departamento de Servicios para los Miembros de Home State Health Plan, de lunes a viernes, de 8 a.m.- 5 p.m. (CST), al (855) 694-HOME (4663) (TDD/TTY (877) 250-6113).

