

1. CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)

- For each eligible member, find a doctor or community clinic in the Health Network and Provider Directory. All doctors and community clinics are listed by city.
- If you have a doctor, check the directory to see if he or she is a CalOptima doctor. If your doctor is not listed, you must choose another doctor from the directory.
- Write the doctor or community clinic’s name and ID number under “**1: CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)**”.

1 CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)				
PCP Last Name or Clinic Name:	PCP First Name:	PCP or Clinic ID:		

2. CHOOSE A HN

- For each eligible member, choose a health network listed in the directory for your doctor. The doctor may be listed with more than one health network.
- For each eligible member, write the health network’s ID under “**2: CHOOSE A HN**” from the list provided on the selection form.
- Note: 1) CHOC Health Alliance is only available to members ages 0-20. 2) Kaiser Permanente has limited enrollment. Call CalOptima’s Customer Service Department to find out if Kaiser Permanente is open to new members.

PROVIDER (PCP)	2 CHOOSE A HN
CP or Clinic ID:	HN ID <i>* see list below</i>

3. SIGN AND DATE

- Sign and date your Health Network (HN) Selection Form. The member or legal representative must sign the form.
- Include your phone number and e-mail address in case we need to reach you.
- If you have health insurance other than Medi-Cal, please give us that information.

3 IMPORTANT! SIGN AND DATE BELOW. THIS FORM <u>MUST</u> BE SIGNED!	
Signature of Member or Legal Representative: X _____	Date: _____
Telephone Number: () - -	Cell Phone Number: () - -
E-mail Address: _____	
Do you have insurance other than Medi-Cal/ CalOptima? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If Yes, Insurance Name: _____ Policy Number: _____

Important: You must return your completed Health Network (HN) Selection Form in the enclosed postage-paid envelope as soon as possible. If we do not get your form, CalOptima will assign you to a health network after 30 days.



1. ESCOJA UN MÉDICO GENERAL

- Encuentre un médico o clínica comunitaria en el Directorio de Médicos y Planes de Salud para cada miembro de su familia. Todos los médicos y clínicas comunitarias están listados por ciudad.
- Si ya tiene un médico, revise en el directorio para verificar si es un médico de CalOptima. Si su médico no está en la lista, usted debe escoger otro médico del directorio.
- Bajo “**1: CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)**”, escriba el nombre y número de identificación del médico o de la clínica comunitaria del directorio.

1 CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)		
PCP Last Name or Clinic Name:	PCP First Name:	PCP or Clinic ID:

2. ESCOJA UN PLAN DE SALUD

- Para cada miembro de su familia, escoja un plan de salud que esté en la lista del directorio para el médico que quiere. El médico puede pertenecer a más de un plan de salud.
- Bajo “**2 : CHOOSE A HN**”, escriba el número de identificación del plan de salud que se encuentra en la lista de planes de salud proporcionada con el formulario de selección.
- Aviso: 1) CHOC Health Alliance es sólo disponible para los miembros de 0 a 20 años de edad. 2) Kaiser Permanente tiene inscripciones limitadas. Por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de CalOptima para averiguar que Kaiser Permanente esté aceptando a miembros nuevos.

DVIDER (PCP)	2 CHOOSE A HN
CP or Clinic ID:	HN ID *see list below

3. FIRME Y ESCRIBA LA FECHA

- Firme y escriba la fecha en el Formulario de Selección de Planes de Salud. El miembro o representante legal debe firmar el formulario.
- Incluya su número de teléfono y correo electrónico en caso de que necesitemos comunicarnos con usted.
- Si tiene otro seguro médico aparte de Medi-Cal, por favor dénos esa información.

3 IMPORTANT! SIGN AND DATE BELOW. THIS FORM MUST BE SIGNED!	
Signature of Member or Legal Representative: X _____	Date: _____
Telephone Number: () - - E-mail Address: _____	Cell Phone Number: () - - Do you have insurance other than Medi-Cal / CalOptima? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IF Yes, Insurance Name: _____ Policy Number: _____

Importante: Usted debe enviar su Formulario de Selección de Planes de Salud en el sobre con el franqueo pagado que se encuentra adjunto lo más pronto posible. Si no recibimos su formulario, CalOptima le asignará un plan de salud después de 30 días.

1. CHỌN BÁC SĨ GIA ĐÌNH

- Cho mỗi thành viên hội đủ điều kiện, tìm một bác sĩ hoặc trung tâm y tế cộng đồng trong Danh Sách Các Bác Sĩ và Nhóm Y Tế. Tất cả các bác sĩ và trung tâm y tế cộng đồng được liệt kê theo thành phố.
- Nếu quý vị đã có bác sĩ, hãy tìm trong tập danh sách này để biết bác sĩ đó có thuộc CalOptima hay không. Nếu bác sĩ của quý vị không có trong danh sách, quý vị cần chọn một bác sĩ khác từ danh sách này.
- Viết tên bác sĩ hoặc trung tâm y tế cộng đồng và số ID của Bác Sĩ Gia Đình hoặc trung tâm y tế cộng đồng vào “**1: CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)**”.

1 CHOOSE A PRIMARY CARE PROVIDER (PCP)		
PCP Last Name or Clinic Name:	PCP First Name:	PCP or Clinic ID:

2. CHỌN NHÓM Y TẾ

- Cho mỗi thành viên hội đủ điều kiện, chọn một nhóm y tế được liệt kê trong danh sách này cho vị bác sĩ mà quý vị muốn. Bác sĩ của quý vị có thể làm việc với một hoặc nhiều nhóm y tế.
- Cho mỗi thành viên hội đủ điều kiện, xin viết số ID của nhóm y tế vào “**2: CHOOSE A HN**” từ danh sách được cung cấp trên mẫu đơn chọn nhóm y tế.
- Xin lưu ý: 1) CHOC Health Alliance chỉ dành cho các thành viên từ 0 đến 20 tuổi. 2) Kaiser Permanente có sự giới hạn cho số thành viên gia nhập. Xin gọi Văn Phòng Dịch Vụ CalOptima để biết Kaiser Permanente có nhận thêm thành viên mới không.

PCP or Clinic ID:	2 CHOOSE A HN
	HN ID * see list below

3. KÝ TÊN, ĐỀ NGÀY

- Ký tên và đề ngày vào Mẫu Đơn Chọn Nhóm Y Tế. Thành viên hoặc người đại diện hợp pháp cần ký vào mẫu đơn.
- Điền số điện thoại và địa chỉ điện toán (e-mail) để chúng tôi có thể liên lạc với quý vị khi cần.
- Nếu quý vị có bảo hiểm sức khỏe khác ngoài Medi-Cal, xin quý vị cung cấp chi tiết của bảo hiểm sức khỏe đó với chúng tôi.

3 IMPORTANT! SIGN AND DATE BELOW. THIS FORM MUST BE SIGNED!	
Signature of Member or Legal Representative: X _____	Date: _____
Telephone Number: () - -	Cell Phone Number: () - -
E-mail Address:	
Do you have insurance other than Medi-Cal / CalOptima? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If Yes, Insurance Name: _____ Policy Number: _____

Điều Quan Trọng: Quý vị cần gửi Mẫu Đơn Chọn Nhóm Y Tế đã điền đầy đủ lại cho chúng tôi trong phong bì đã trả sẵn cước phí càng sớm càng tốt. Nếu chúng tôi không nhận được mẫu đơn này, CalOptima sẽ chỉ định quý vị vào một nhóm y tế sau 30 ngày.