



**MedStar Family Choice
Maryland HealthChoice Program
Member PCP Selection Form**

I, _____, am a patient who agrees to be seen for medical
(Member Name)

services at the following clinic or physician office: _____
(Name of clinic)

I have been assigned to MedStar Family Choice:

Member 8-digit Medicaid ID number is: _____

I would like _____ to be my Primary Care Provider (PCP).
(Enter name of provider or health center)

Date of PCP Selection: _____
(Date)

I, as the member, understand that by requesting this PCP assignment:

I will continue to seek and receive care from my PCP until I officially request a PCP change by contacting MedStar Family Choice. This change will result with a new member card being issued. Please complete the contact information below to ensure that your member ID card is mailed to your current residence or if homeless, check the box below and leave the home address field blank or fill in the shelter information where you currently stay.

(Print Member Name)

(Date of Birth)

(Member Signature)

(Date of Signature)

Member home address: House #, street Name, Quadrant and Apartment # if applicable

(City)

MD
(State)

(Zip Code)

(Telephone No.)

(Witness Signature)

(Witness)

(Name/Number of Clinic)

(Date of Signature)

**Note to Provider: Please send this form to MedStar Family Choice by attaching it to a secure message through the provider portal accessed at:
<https://mfcmdprovider.healthtrioconnect.com>**



MedStar Family Choice
Maryland HealthChoice Program
Formulario de Selección de PCP del miembro

Yo, _____, soy un paciente que acepta ser visto
(Nombre del miembro)

para servicios médicos en la siguiente clínica o consultorio del médico: _____
(Nombre de la clínica)

He sido asignado a MedStar Family Choice:

El número de identificación de 8 dígitos del miembro de Medicaid es: _____

Deseo que _____ sea mi Proveedor de atención primaria (PCP).
(Ingrese el nombre del proveedor o del centro de salud)

Fecha de selección del PCP: _____
(Fecha)

Yo, como miembro, comprendo que al solicitar esta asignación de PCP:

Continuaré buscando y recibiendo atención de mi PCP hasta que yo solicite oficialmente un cambio de PCP, comunicándome a MedStar Family Choice. Este cambio originará la emisión de una nueva tarjeta de miembro. Complete la información de contacto a continuación para asegurarse de que la tarjeta de identificación del miembro sea enviada a su residencia actual o, si no tiene hogar, marque el cuadro de abajo y deje en blanco el campo de la dirección de la casa o llene la información del refugio en donde se encuentra actualmente.

(Nombre del miembro en letra de molde)

(Fecha de nacimiento)

(Firma del miembro)

(Fecha en que se firmó)

Dirección de la casa del miembro: N.º de casa, nombre de la calle, cuadrante y N.º de apartamento, si aplica

(Ciudad) _____ ^{MD} _____
(Estado) **(Código postal)** _____
(N.º de teléfono)

(Firma del testigo)

(Testigo)

(Nombre/Número de clínica) (Fecha en que se firmó)