



### PRIMARY CARE PROVIDER SELECTION FORM

Use this form to choose a Primary Care Provider (PCP) for yourself and anyone else in your household who is a member of My Choice Wisconsin Health Plan. Every person must have a PCP. Choose a PCP from the Primary Care Provider Section of the Provider Directory. Sign the form in Section 3 and return it in the enclosed envelope. Call Customer Service at 855-530-6790 or 414-755-3619 if you have questions about this form or need help filling it out. We can also take this information over the phone.

#### Section 1: Your Primary Care Provider (PCP)

<b>Your Name</b>	<b>Medicaid ID Number</b>	<b>Date of Birth</b>
PCP's Name		
PCP's Office Address		City

#### Section 2: Primary Care Providers (PCPs) for Family Members

<b>Name</b>	<b>Medicaid ID Number</b>	<b>Date of Birth</b>
PCP's Name		
PCP's Office Address		City

<b>Name</b>	<b>Medicaid ID Number</b>	<b>Date of Birth</b>
PCP's Name		
PCP's Office Address		City

<b>Name</b>	<b>Medicaid ID Number</b>	<b>Date of Birth</b>
PCP's Name		
PCP's Office Address		City

<b>Name</b>	<b>Medicaid ID Number</b>	<b>Date of Birth</b>
PCP's Name		
PCP's Office Address		City

#### Section 3: Your Signature

Member Signature	Today's Date
------------------	--------------



**FORMULARIO PARA ELEGIR UN PROVEEDOR PRIMARIO DE CUIDADO DE LA SALUD**

Use este formulario para elegir un proveedor primario de cuidado (PPC) de la salud para usted y cualquier otra persona en su hogar que sea miembro de My Choice Wisconsin Health Plan. Toda persona debe tener un PPC. Puede elegir un PPC usando la sección del directorio de proveedores. Firme el formulario en la Sección 3 y devuélvala en el sobre adjunto. Llame al Servicio al cliente al 855-530-6790 o 414-755-3619 si tiene alguna pregunta sobre este formulario o si necesita ayuda para rellenarla. También podemos tomar esta información por teléfono.

Sección 1: Su Proveedor primario de cuidado de la salud (PPC)		
Su nombre	Número identificación del Medicaid	Fecha de nacimiento
Nombre del PPC		
Dirección del consultorio del PPC		Ciudad
Sección 2: Proveedor primario de cuidado de la salud (PPCs) para miembros de familia		
Nombre	Número identificación del Medicaid	Fecha de nacimiento
Nombre del PPC		
Dirección del consultorio del PPC		Ciudad
Nombre	Número identificación del Medicaid	Fecha de nacimiento
Nombre del PPC		
Dirección del consultorio del PPC		Ciudad
Nombre	Número identificación del Medicaid	Fecha de nacimiento
Nombre del PPC		
Dirección del consultorio del PPC		Ciudad
Nombre	Número identificación del Medicaid	Fecha de nacimiento
Nombre del PPC		
Dirección del consultorio del PPC		Ciudad
Sección 3: Su firma		
Firma del suscrito	Fecha de hoy	

--	--