

Primary Care Provider (PCP) Selection Form



BlueCross BlueShield
of Texas



If your Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) card does not show the PCP of your choice, or if you wish to change your PCP for any reason, please follow our directions.

- Call Customer Service at **1-888-657-6061** to speak with someone who can help you.
If you have hearing or speech loss, call the TTY line at **7-1-1**.

OR

- Complete the form below and return it to us within 30 days.

You may choose one PCP for your whole family, or each family member may choose a different PCP. You must list each family member on the form even if you select the same PCP. We will send you new ID cards within five days after we receive your completed form. Always carry your ID card with you.

☐ **Please check this box if you are pregnant.**

Look in your provider directory and give us your first and second choices for a PCP.
Please print your information below.

Member Name (First and Last)	Member ID Number	1st Choice PCP Name (First and Last)	2nd Choice PCP Name (First and Last)

Your Address

Your Daytime Telephone Number

Your City

Your State

Your ZIP Code

Your Name (Please Print)

Your Signature

If you have moved, please remember to call Customer Service at **1-888-657-6061**.
If you have hearing or speech loss, call the TTY Line at **7-1-1**.

When you are done filling out this form you can mail it back or just call us with the information. If you need help selecting a PCP you can call us or look at Provider Finder online at **www.bcbstx.com/medicaid**.

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 51422
Amarillo, Texas 79159-1422

**Choose the PCP who is
right for you. Send this
form back today!**

Formulario de selección de proveedor de cuidado primario (PCP)



BlueCross BlueShield
of Texas



Si su tarjeta de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) no muestra el PCP de su elección o si desea cambiar de PCP por cualquier motivo, siga las siguientes instrucciones:

- Llame a Servicio al Cliente al **1-888-657-6061** para hablar con alguien que pueda ayudarlo. Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, puede llamar a la línea de TTY, **7-1-1**.

-0-

- Complete el formulario a continuación y envíelo dentro de los 30 días.

Puede elegir un PCP para toda la familia o cada miembro de la familia puede elegir un PCP diferente. Debe incluir a cada miembro de la familia en el formulario aun si elige el mismo PCP. Le enviaremos las tarjetas nuevas dentro de los cinco días posteriores a la recepción del formulario completo. Siempre lleve con usted su tarjeta de identificación.

☐ **Marque esta casilla si está embarazada.**

Busque en nuestro Directorio de proveedores e infórmenos la primera y segunda elección de PCP. Escriba a continuación la información en letra de imprenta.

Nombre del miembro (nombre y apellido)	Número de identificación del miembro	Primera elección Nombre del PCP (nombre y apellido)	Segunda elección Nombre del PCP (nombre y apellido)

Su dirección

Su número de teléfono diurno

Ciudad

Estado

Código postal

Su nombre (en letra de imprenta)

Su firma

Si se mudó, recuerde llamar a Servicio al Cliente al **1-888-657-6061**.

Si tiene una discapacidad auditiva o del habla, puede llamar a la línea de TTY, **7-1-1**.

Cuando termine de completar el formulario puede enviarlo por correo o llámenos para brindarnos la información. Si necesita ayuda para elegir un PCP, puede llamarnos o consultar en línea Provider Finder en **espanol.bcbstx.com/medicaid/**.

Blue Cross and Blue Shield of Texas
PO Box 51422
Amarillo, Texas 79159-1422

**Elija el PCP adecuado
para usted. Envíe este
formulario hoy mismo.**

Blue Cross and Blue Shield of Texas complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Texas does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Texas has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hesc.net. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscordinator@hsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

اب ڊشاپ یم مهارف امش یارب ناگیار تروص هب ینابز تلایهست، دینک یم وگتفگ یسراف نابز هب رگا: هجوت 1-855-710-6984 (TTY: 711) دیریگب سامت.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-710-6984 (TTY: 711).