

PRIMARY CARE PHYSICIAN (PCP) SELECTION

Please choose a Primary Care Physician (PCP) for each person who is a member of Molina Healthcare. Write down the PCP's name and street address in the space below. If all the children in your family see the same PCP, you only need to write in that PCP's name and address one time. Racine members do not fill out this section.

| Member Name | Member ID Number | PCP's Name | PCP's Street Address |
|-------------|------------------|------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

OTHER INSURANCE

Are you or any members of your household covered by any other insurance company? Yes No

If you checked off "No", go to the next question.

If you checked off "Yes" please write down the name of the insurance company by each person who has other coverage with that company. Also, if you have a card from the other insurance company, please write down the policy number or group number on the card.

| Member Name | Insurance Company Name | Policy/Group Number |
|-------------|------------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Are you or any members of your household covered by Medicare? Yes No

If you checked off "No", you do not need to fill anything else out on this form. **Mail this form back to us in the envelope provided. You do not need a stamp.**

If you checked off "Yes" please write down the names of the people who are covered by Medicare

| Member Name | Member Name | Member Name |
|-------------|-------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |

Please fill in your current phone number _____ Email _____

Thank you,

Molina Healthcare of Wisconsin
(888) 999-2404



SELECCIÓN DE MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Por favor elija un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para cada persona que sea miembro de Molina Healthcare. Apunte el nombre y dirección del PCP en el espacio siguiente. Si todos los niños de su familia consultan con el mismo PCP, sólo tiene que apuntar los datos de ese médico una vez. Los miembros de *Racine* no llenarán esta sección.

| Nombre de miembro | N.º de identificación | Nombre de PCP | Dirección de PCP |
|-------------------|-----------------------|---------------|------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

OTROS SEGUROS

¿Tiene usted, u otro miembro de su hogar, cobertura con otra compañía de seguros? Sí No

Si marcó "no", siga a la siguiente pregunta.

Si marcó "sí", apunte el nombre de la compañía de seguros para cada persona que tenga otra cobertura con esa compañía. También, si tiene una tarjeta de la otra compañía de seguros, apunte el número de póliza o el número de grupo indicados en la tarjeta.

| Nombre de miembro | Nombre de compañía de seguros | N.º de póliza o grupo |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

¿Tiene usted, o cualquier otro miembro de su hogar, cobertura de Medicare? Sí No

Si marcó "no", no será necesario llenar otra parte de este formulario. **Envíenos este formulario de regreso usando el sobre provisto. No requiere un sello postal.**

Si marcó "sí", apunte los nombres de las personas con la cobertura de Medicare.

| Nombre de miembro | Nombre de miembro | Nombre de miembro |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ |

Llene su número de teléfono actual _____ Correo electrónico _____

Muchas gracias,

Molina Healthcare of Wisconsin
(888) 999-2404

