

Форма выбора основного поставщика медицинских услуг

Чтобы выбрать или сменить основного поставщика медицинских услуг (PCP), заполните эту форму:

1. Укажите всю информацию об участнике плана: полное имя, дату рождения и номер участника плана Partnership или Medi-Cal.
2. Впишите полное имя PCP и номер PCP, указанный в нашем справочнике поставщиков медицинских услуг.
3. Форма должна быть подписана участником плана или уполномоченным представителем.
4. Отправьте заполненную форму по факсу: **(707) 863-4415**.

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: _____ Ид. номер участника Partnership: _____

PCP: _____ Номер PCP: _____

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: _____ Ид. номер участника Partnership: _____

PCP: _____ Номер PCP: _____

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: _____ Ид. номер участника Partnership: _____

PCP: _____ Номер PCP: _____

Имя, фамилия: _____

Дата рождения: _____ Ид. номер участника Partnership: _____

PCP: _____ Номер PCP: _____

В случае беременности кого-либо из указанных в этом списке, укажите имя и предполагаемую дату родов ниже.

Имя: _____ Предполагаемая дата родов: _____

Форма выбора основного поставщика медицинских услуг

Укажите свой нынешний почтовый адрес:

Адрес: _____

Город: _____ Индекс: _____ Номер телефона: _____

Эл. почта: _____

Partnership должна сообщить об изменениях адреса и номера телефона в офис Medi-Cal вашего округа. Это правило не относится к участникам, имеющим льготы SSI.

Участники Partnership могут выбрать PCP на нашем сайте PartnershipHP.org. Смена PCP вступает в действие начиная с первого числа месяца после получения Partnership вашего запроса.

Мы всегда готовы помочь вам. Если у вас есть какие-либо вопросы или проблемы, звоните нам по телефону **(800) 863-4155** с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 5 р.м. Пользователи ТТУ могут позвонить в службу коммутируемых сообщений Калифорнии по номеру **(800) 735-2929** или **711**.

Подпись: _____ Дата: _____

Обработка документов осуществляется только при подписании всех форм.