

# 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: \_\_\_\_\_

# Форма выбора основного поставщика медицинских услуг

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](http://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.**