



**Form para sa Pagpili ng Tagapagbigay ng Pangunahing Pangangalaga (PCP)
KAHILAGAANG REHIYON:
Del Norte, Humboldt, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou
at Trinity Counties**

Mangyaring sagutan ang form na ito para sa inyong sarili at sa bawat miyembro ng inyong pamilya na may Medi-Cal. Gamitin ang aming listahan ng mga doktor upang makapili kayo.

Apelyido	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan			Medi-Cal ID # o Social Security No.
		BU	Araw	Taon	
Pangalan ng Doktor o Medikal na Grupo		# ng Tagapagbigay ng Serbisyo ng Doktor o Medikal na Grupo			Numero ng Telepono ng Tagapagbigay ng Serbisyo

Apelyido	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan			Medi-Cal ID # o Social Security No.
		BU	Araw	Taon	
Pangalan ng Doktor o Medikal na Grupo		# ng Tagapagbigay ng Serbisyo ng Doktor o Medikal na Grupo			Numero ng Telepono ng Tagapagbigay ng Serbisyo

1. Ibigay ang sumusunod na impormasyon para sa sinumang nakalista sa form na ito na buntis:

Pangalan: _____ Petsa ng Panganganak: _____

- Nauunawaan ko na makakapili ako ng mga doktor na may kontrata sa Partnership HealthPlan of California (PHC).
- Nauunawaan ko na kung hindi ako pipili ng doctor, magtatalaga ang PHC ng isa para sa akin.
- Nauunawaan ko na maaari akong magpalit ng aking doktor at ang pagpapalit na iyon ay magkakaroon ng bisa sa unang araw ng buwan pagkatapos na hiniling ang pagpapalit.

Upang matiyak na hawak namin ang pinakabagong impormasyon, pakibigay ang kasalukuyang address na pagpapadalhan ng sulat:

Address: _____ Lungsod: _____

Zip Code: _____ Numero ng Telepono: _____

E-Mail Address: _____

Paano ninyo gustong tanggapin ang inyong PHC Member Newsletter? E-Mail Sulat sa Koreo

Inaatasan ang PHC na ireport ang mga pagbabago sa inyong address at numero ng telepono sa opisina ng Medi-Cal sa inyong county. Hindi kasama dito ang mga miyembrong tumatanggap ng mga benepisyo sa SSI.

Lagda: _____ Petsa: _____

Ibalik sa: Partnership HealthPlan of California, 3688 Avtech Parkway, Redding, CA 96002 o i-fax ito sa **(530) 223-2508**.