



**Бланк выбора основного поставщика медицинских услуг —
Primary Care Provider (PCP)
СЕВЕРНЫЙ РЕГИОН:
Округи Del Norte, Humboldt, Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou
и Trinity**

Заполните этот бланк на себя и каждого члена семьи, имеющего страховку Medi-Cal. Выберите одного врача из списка основных поставщиков медицинских услуг (PCP).

Фамилия	Имя	Дата рождения			Номер Medi-Cal ID или № свидетельства социального страхования
		Месяц	День	Год	
Фамилия врача или наименование медицинской группы		№ поставщика медицинских услуг (врача или медицинской группы)			Номер телефона поставщика медицинских услуг

1. Предоставьте следующую информацию для тех, кто указан в этой форме, беременных:

Имя: _____ Срок рождения: _____

2. Я понимаю, что имею право выбрать основного поставщика медицинских услуг (Primary Care Providers, PCP) из перечня поставщиков, имеющих соглашение со страховым планом Partnership HealthPlan of California (PHC).
3. Я понимаю, что если я не выберу основного поставщика медицинских услуг (PCP), страховой план PHC назначит мне его по своему усмотрению.
4. Я понимаю, что я могу сменить основного поставщика медицинских услуг (PCP), и эти изменения вступят в силу с первого числа месяца, следующего за месяцем подачи соответствующего запроса.

Для обеспечения того чтобы мы имели правильную информацию, укажите правильный почтовый адрес ниже:

Адрес: _____ Город: _____

Почтовый индекс: _____ Номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Выберите способ получения информационной рассылки для участников плана PHC:

Электронная почта Обычная почта

PHC обязывает вас сообщать изменение вашего адреса и телефона в Medi-Cal офис вашего округа. Это исключает участников получающих льготы от SSI.

Подпись _____ Дата _____

Отправьте бланк по адресу: Partnership HealthPlan of California, 3688 Avtech Parkway, Redding, CA 96002 или отправьте факс по номеру **(530) 223-2508**.