



Form ng Pagpili ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga

Kailangang isama sa mga form ang:

- Lahat ng impormasyon ng miyembro; pangalan, petsa ng kapanganakan, numero ng ID ng miyembro sa Partnership o Medi-Cal
- Pangalan ng doktor o grupong medikal at ang numero ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) (nakalista sa aming direktoryo ng provider)
- Lagda ng miyembro at petsa, O lagda ng isang awtorisadong kinatawan at petsa

I-fax ang mga natapos na form sa (707) 863-4415.

Mangyaring pasagutan sa miyembro mismo ang form na ito at para sa bawat miyembro ng pamilya na may Medi-Cal. Gamitin ang listahan ng Partnership para pumili ng bagong doktor at para hanapin ang kanilang numero ng ID.

Apelyido	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan			Numero ng ID ng Miyembro sa Partnership o Medi-Cal
		Mo	Day	Yr	
Pangalan ng Doktor o Grupong Medikal		PCP #			Numero ng Telepono ng Doktor
Apelyido	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan			Numero ng ID ng Miyembro sa Partnership o Medi-Cal
		Mo	Day	Yr	
Pangalan ng Doktor o Grupong Medikal		PCP #			Numero ng Telepono ng Doktor

1. Ibigay ang pangalan at inaasahang petsa ng panganganak ng sinumang buntis na nakalista sa form na ito

Pangalan: _____ Inaasahang Petsa ng Panganganak: _____

2. Alam ko na mayroon akong pagpipiliang mga doktor sa Partnership HealthPlan of California.

3. Alam ko na maaari kong palitan ang aking doktor. Alam ko rin na magsisimula ang pagbabago sa unang araw ng buwan pagkatapos kong ibigay ang aking form sa Partnership.

Para tiyakin na mayroon kami ng pinaka-up-to-date na impormasyon, mangyaring ibigay ang iyong address sa koreo:

Address: _____ Lungsod: _____

Zip Code: _____ Numero ng Telepono: _____

E-mail Address: _____

Paano mo nais na makuha ang iyong Newsletter ng Miyembro ng Partnership? E-Mail Regular na Koreo

Dapat ipadala ng Partnership ang mga pagbabago sa address at numero ng telepono sa tanggapan ng Medi-Cal sa iyong county. Hindi kasama rito ang mga miyembro na tumatanggap ng mga benepisyo ng SSI.

Lagda: _____

Petsa: _____