

## Форма выбора основного лечащего врача (PCP)

### Как выбрать вашего основного лечащего врача (PCP)

1. Заполните затемненные поля настоящей формы для всех указанных членов семьи.
2. Выберите двух PCP для каждого члена семьи из Каталога поставщиков. Выберите двух PCP, которые принимают новых пациентов.
3. Запишите имена PCP и их номера в затемненные поля.
4. Подпишите форму. К сожалению, мы не можем обрабатывать неподписанные формы.

Если вы хотите наблюдаться у PCP, который(-ая) не принимает новых пациентов, или если у вас есть какие-либо вопросы, позвоните нам по номеру **(800) 863-4155**.

Пользователям TTY/TDD следует звонить в Калифорнийскую службу коммутируемых сообщений по номеру **(800) 735-2929** или **711**.



<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### Выбор основного лечащего врача (PCP)

Имя PCP – 1-й вариант из

Каталога поставщиков

Имя PCP – 2-й вариант из

Каталога поставщиков

<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### Выбор основного лечащего врача (PCP)

Имя PCP – 1-й вариант из

Каталога поставщиков

Имя PCP – 2-й вариант из

Каталога поставщиков

<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### Выбор основного лечащего врача (PCP)

Имя PCP – 1-й вариант из

Каталога поставщиков

Имя PCP – 2-й вариант из

Каталога поставщиков

<<First Name>> <<Last Name>> <<ID Number>> <<DOB>>

### Выбор основного лечащего врача (PCP)

Имя PCP – 1-й вариант из

Каталога поставщиков

Имя PCP – 2-й вариант из

Каталога поставщиков

Предоставьте следующую информацию о членах вашей семьи, которые в настоящий момент ожидают ребенка.

Имя: \_\_\_\_\_ Предполагаемая дата родов: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

Если напечатанный на конверте адрес неверен, укажите ваш правильный почтовый адрес:

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_

Индекс: \_\_\_\_\_ № телефона: \_\_\_\_\_

План PHS обязан сообщить об изменении вашего адреса и телефона в отделение Medi-Cal по вашему округу. Данное требование не распространяется на участников, получающих льготы SSI.

Я понимаю, что если я не выберу PCP самостоятельно, план PHS назначит его/ее для меня.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_