



가입자 일차 진료 공급자(PCP) 변경 요청 양식

PCP를 변경하시려면 공급자와 함께 이 양식을 작성해 주십시오. 담당 공급자가 건강 플랜에 이 양식을 보내 변경 사항을 알릴 것입니다.

PCP는 귀하가 건강하고 활동적인 삶을 유지할 수 있도록 의료적 필요 사항과 중요한 예방 관리에 관한 안내를 제공받기 위해 가장 먼저 그리고 가장 자주 방문하는 공급자입니다. 모든 입력란을 정자체로 명확하게 기재하십시오. 양식 하단에 반드시 서명하십시오. 가입자 ID 카드 뒷면에 있는 가입자 서비스부 전화번호로 전화하여 새로운 PCP를 선택하셔도 됩니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시~오후 8시 사이에 연락하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 연락해 주시기 바랍니다. 업무 시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 메시징 시스템을 이용하실 수 있습니다.

가입자 이름: _____ 가입자 성: _____

생년월일: _____ 가입자 전화번호: _____

가입자 ID #: _____

현재 일차 진료 공급자(PCP) 이름: _____

그룹/위치: _____

새로운 일차 진료 공급자(PCP) 이름: _____

그룹/위치: _____

주소: _____

PCP 플랜 공급자 #: _____ 변경 발효일: _____

변경 이유: _____

가입자 서명 _____ 날짜: _____

작성자 이름: _____ 작성자 전화번호: _____

작성자 서명: _____ 날짜: _____

지침

이 양식을 1-855-247-7480번으로 팩스로 보내주십시오.

매월 10일 이전에 제출된 모든 PCP 변경 요청은 같은 달 1일부터 유효하며, 10일 이후에 제출된 모든 PCP 변경 요청은 다음 달 1일부터 유효합니다.

양식을 받은 다음 처리 기간은 영업일 기준 최대 5일이 걸릴 수 있습니다. 그러나 가입자는 발효일로부터 즉시 새 PCP에게 진료를 받으실 수 있습니다.

자세한 내용은 플랜에 문의해 주십시오.