

نموذج طلب تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) للعضو

يُرجى إكمال هذا النموذج مع مقدم خدمتك إذا كنت تريد تغيير PCP الخاص بك. سيُرسل مقدم خدمتك هذا النموذج إلى خطتك الصحية ليُخبرهم بالتغيير.

إن PCP الخاص بك هو مقدم الخدمة الذي تذهب إليه أولاً وغالبًا من أجل احتياجاتك رعايتك الصحية وإرشادك حول الرعاية الوقائية المهمة للحفاظ على صحتك ونشاطك. يُرجى إكمال جميع الحقول بخط واضح. تأكد من التوقيع في نهاية النموذج. يمكنك كذلك اختيار PCP جديد عن طريق الاتصال برقم هاتف خدمات الأعضاء المدون في الجزء الخلفي من بطاقة تعريف العضو (ID) الخاصة بك. اعتبارًا من 1 تشرين الأول/أكتوبر إلى 31 آذار/مارس، يمكنك الاتصال بنا على مدار 7 أيام في الأسبوع من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. ومن 1 نيسان/أبريل إلى 30 أيلول/سبتمبر، يمكنك الاتصال بنا من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. ويتم استخدام نظام الرسائل بعد انتهاء مواعيد العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.

الاسم الأول للعضو: _____ الاسم الأخير للعضو: _____

تاريخ الميلاد: _____ رقم هاتف العضو: _____

رقم بطاقة تعريف العضو (ID): _____

اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الحالي: _____

المجموعة/الموقع: _____

اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الجديد: _____

المجموعة/الموقع: _____

العنوان: _____

رقم مقدم خدمة خطة PCP: _____ تاريخ سريان التغيير: _____

سبب التغيير: _____

توقيع العضو _____ التاريخ: _____

اسم المَعد: _____ رقم هاتف المَعد: _____

توقيع المَعد: _____ التاريخ: _____

تعليمات

يُرجى إرسال هذا النموذج بالفاكس إلى الرقم 1-855-247-7480.

جميع طلبات تغيير PCP المقدمة قبل اليوم العاشر من الشهر ستكون سارية بدءًا من بداية نفس الشهر، وجميع طلبات تغيير PCP المقدمة بعد اليوم العاشر من الشهر ستكون سارية بدءًا من الشهر التالي.

قد تستغرق معالجة الطلبات ما يصل إلى 5 أيام عمل من تاريخ استلام النموذج. ومع ذلك، يستطيع PCP الجديد الخاص بالعضو رؤيته على الفور.

يرجى الاتصال بخطتك للحصول على التفاصيل.