

فرم درخواست تغییر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) عضو

اگر قصد تغییر PCP خود را دارید، لطفاً این فرم را با ارائه‌دهنده خود پر کنید. سپس ارائه‌دهنده شما این فرم را به طرح سلامت‌تان خواهد فرستاد تا از تغییر مطلع شوند.

PCP شما ارائه‌دهنده‌ای است که برای نیازهای سلامت‌تان و همچنین دریافت راهنمایی درباره مراقبت‌های پیشگیرانه مهم جهت حفظ سلامت و فعالیت‌تان، ابتدا و بیشتر اوقات به او مراجعه می‌کنید. لطفاً همه فیلدها را با خط خوانا تکمیل کنید. حتماً پایین فرم را امضا کنید. همچنین می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره مندرج در پشت کارت شناسایی (ID) عضویت‌تان تماس بگیرید و PCP جدیدی انتخاب کنید. از 1 اکتبر تا 31 مارس، می‌توانید در 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر می‌توانید از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با ما تماس بگیرید. سیستم پیام‌گیر در ساعات غیراداری، آخر هفته‌ها و تعطیلات فدرال فعال است.

نام عضو: _____ نام خانوادگی عضو: _____

تاریخ تولد: _____ شماره تلفن عضو: _____

شماره شناسایی (ID) عضو: _____

نام ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) فعلی: _____

گروه/موقعیت مکانی: _____

نام ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) جدید: _____

گروه/موقعیت مکانی: _____

آدرس: _____

شماره ارائه‌دهنده طرح PCP: _____ تاریخ اجرای تغییر: _____

دلیل تغییر: _____

امضای عضو: _____ تاریخ: _____

نام آماده‌کننده: _____ شماره تلفن آماده‌کننده: _____

امضای آماده‌کننده: _____ تاریخ: _____

دستورالعمل‌ها

لطفاً این فرم را به 1-855-247-7480 فکس کنید.

همه درخواست‌های تغییر PCP که قبل از روز دهم ماه تحویل داده شوند، در اولین روز همان ماه اجرا می‌شوند؛ همه درخواست‌های تغییر PCP که بعد از روز دهم ماه تحویل داده شوند، در اولین روز ماه بعدی اجرا می‌شوند. پس از دریافت فرم، رسیدگی به آن ممکن است تا 5 روز کاری طول بکشد. اما عضو می‌تواند بلافاصله به PCP جدید خود مراجعه کند.

لطفاً برای اطلاع از جزئیات، با طرح خود تماس بگیرید.