



## Форма выбора основной медицинской организации

Форма должна содержать следующие данные:

- Вся информация об участнике; имя, дата рождения, идентификационный номер участника Partnership или Medi-Cal
- Имя врача или название медицинской группы и номер основной медицинской организации (PCP) (указан в нашем справочнике медицинских организаций)
- Подпись участника и дата подписания, ИЛИ подпись уполномоченного представителя и дата подписания

**Отправьте заполненную форму по факсу: (707) 863-4415.**

Участник должен заполнить эту форму для себя и каждого члена семьи, у которого есть Medi-Cal. Чтобы выбрать нового врача и найти его идентификационный номер воспользуйтесь перечнем Partnership.

Фамилия	Имя	Дата рождения			Идентификационный номер Partnership или Medi-Cal
		Мес яц	Ден ь	Год	
Имя и фамилия врача или название медицинской группы		№ PCP			Номер телефона врача
Фамилия	Имя	Дата рождения			Идентификационный номер Partnership или Medi-Cal
		Мес яц	Ден ь	Год	
Имя и фамилия врача или название медицинской группы		№ PCP			Номер телефона врача

1. Укажите имя и ожидаемую дату родов беременной, указанной в данной форме:

Имя: \_\_\_\_\_ Ожидаемая дата: \_\_\_\_\_

2. Я знаю, что могу выбрать врача в рамках страхового плана Partnership HealthPlan of California.

3. Я знаю, что могу сменить врача. Я также знаю, что изменения вступят в силу в первый день месяца, после того как я передам форму в Partnership.

Просим указать ваш почтовый адрес, чтобы мы могли получать самую актуальную информацию:

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_

Почтовый индекс: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_

В какой формы вы хотели бы получать информационную рассылку для участников программы Partnership?  Электронная почта  Обычная почта

Partnership должна сообщить об изменениях адреса и номера телефона в офис Medi-Cal вашего округа. Это правило не относится к участникам, имеющим льготы SSI.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_