

# Форма смены основного поставщика медицинских услуг (Primary Care Provider, PCP)

## Как выбрать подходящего вам основного поставщика медицинских услуг

1. Используйте интерактивную форму поиска по адресу [www.hpsm.org/provider-search](http://www.hpsm.org/provider-search) для поиска по названию поставщика, плану медицинского страхования, местоположению или типу поставщика. Вы также можете обратиться к печатному каталогу поставщиков, чтобы просмотреть список всех поставщиков для вашего плана.
2. Выберите двух поставщиков (первый и второй вариант на случай, если первый вариант недоступен), которые принимают новых пациентов из вашего плана.
3. Введите название поставщика и номер NPI для 1 варианта PCP и 2 варианта PCP
4. Просмотрите всю форму, чтобы убедиться, что в ней указаны полные и точные сведения, а затем подпишите внизу.
5. Если вам нужно сообщить о смене адреса, заполните форму на обратной стороне.
6. Вы можете отправить эту форму в HPSM по адресу 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080; факсом на соответствующий номер ниже либо по электронной почте по адресу [customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@hpsm.org).

Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна помощь, позвоните в HPSM:

**Участники программы CareAdvantage:**

Телефон: **1-866-880-0606**

Пользователям ТТУ следует  
набирать номер: **1-800-735-2929**  
или **7-1-1**

Факс: **650-616-2190**

**Участники программы Medi-Cal, San Mateo County ACE и Healthworx (HMO):**

Телефон: **1-800-750-4776** или **650-616-2133**

Пользователям ТТУ следует набирать номер: **1-800-735-2929**  
или **7-1-1**

Факс: **650-616-8581**

### Информация об участнике (печатными буквами)

Фамилия		Имя		Ид. номер участника HPSM
	Муж	Жен		
Дата рождения	Пол		Ваш основной язык	
Домашний телефон		Сотовый телефон		
Отметьте программу, в которую вы зачислены:				
CareAdvantage	HealthWorx HMO	Medi-Cal	San Mateo County ACE	

### Выбор основного поставщика медицинских услуг (печатными буквами)

PCP вариант 1	Номер NPI	PCP вариант 2	Номер NPI
---------------	-----------	---------------	-----------

Я понимаю, что если я не выберу PCP, HPSM может автоматически назначить мне PCP.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что мне следует обращаться за медицинскими услугами в первую очередь к своему PCP, если только речь не идет о неотложной помощи. Я буду обращаться к своему PCP для получения любой неэкстренной помощи, кроме случаев, когда я сам попрошу о переводе к другому врачу, мой врач расторгнет свой контракт с HPSM или я утрачу право на страховку HPSM.

Я понимаю, что смена PCP вступает в силу 1-го числа следующего месяца после получения формы.

Подпись

Дата