

Изменение адресной формы

Инструкции: заполните эту форму на себя и на каждого члена вашей семьи, который является участником Health Plan of San Mateo (HPSM) и которого коснется изменение адреса.

Подпишите форму в нижней строке. Вы можете отправить эту форму по адресу HPSM, 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080; факсом на соответствующий номер ниже или по электронной почте по адресу **customersupport@hpsm.org**.

Если вам нужно выбрать нового основного поставщика медицинских услуг (PCP), заполните форму на обратной стороне.

Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна помощь с заполнением формы, 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

Почтовый адрес (печатными буквами)

Улица, дом _____ Квартира / Блок _____

Город _____ Штат _____ Индекс _____

Отметьте это поле, если ваш почтовый и домашний адрес совпадают.

Домашний адрес (если отличается от вышеуказанного)

Улица, дом _____ Квартира / Блок _____

Город _____ Штат _____ Индекс _____

Подпись _____ Дата _____

Инструкции по возврату заполненных форм в HPSM см. в верхней части этой страницы.