

如何選擇適合自己的主治醫生

1. 使用網上搜尋表格 (www.hpsm.org/provider-search), 按服務提供者名稱、健康計劃、服務提供者地點或類別進行搜尋。您也可以參閱《服務提供者名錄》列印本, 查閱列出您所屬計劃中所有服務提供者的名單。
2. 選擇您所屬計劃中兩名接受新病人的服務提供者 (第一和第二選擇, 以防第一選擇未能提供服務)。
3. 輸入服務提供者的名稱, 以及主治醫生第一人選和主治醫生第二人選的 NPI 號碼。
4. 在頁底簽名前, 請檢查全份表格, 以確保資料完整和正確。

如有任何問題或需要協助, 請致電聖馬刁健康計劃:

CareAdvantage 會員:

郵寄: 801 Gateway Blvd., Suite 100
c/o The CareAdvantage Unit
South San Francisco, CA 94080

電郵: CareAdvantageSupport@hpsm.org

傳真: 650-616-2190

電話: 1-866-880-0606

TTY (聽力及語言障礙) 專線: 1-800-735-2929 或撥 7-1-1

加州低收入醫療保險 (白卡)、聖馬刁縣 ACE 和 HealthWorx 計劃 (HMO) 會員

郵寄: 801 Gateway Blvd., Suite 100
c/o Member Services

South San Francisco, CA 94080

電郵: MemberServicesSupport@hpsm.org

傳真: 650-616-8581

電話: 1-800-750-4776 或 650-616-2133

TTY (聽力及語言障礙) 專線: 1-800-735-2929 或撥 7-1-1

會員資訊 (請以正楷填寫)

姓氏 名字 聖馬刁健康計劃會員編號

出生日期 性別 男 女

您的主要語言

住家電話 手機

請勾選您所屬計劃的方格:

CareAdvantage HealthWorx 計劃 (HMO) 加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃 聖馬刁縣 ACE

主治醫生選擇 (請以正楷填寫)

主治醫生第一人選 NPI 號碼 主治醫生第二人選 NPI 號碼

- 本人明白, 如果本人沒有選定主治醫生, 聖馬刁健康計劃會自動為本人指派一名主治醫生。
- 本人明白且同意, 除非本人需要急診護理服務, 否則本人只能透過主治醫生尋求所有健康護理服務。除非本人要求轉診至另一位醫生, 或本人的醫生與聖馬刁健康計劃終止合約, 或本人不再符合參與聖馬刁健康計劃的資格, 否則本人將向自己的主治醫生尋求所有非急診護理服務。
- 本人明白, 在聖馬刁健康計劃收到本表格後的下個月 1 日, 更換主治醫生的要求才會生效。

簽名

日期