

如何選擇適合您的初級保健提供者：

1. 使用線上搜尋表單 (位於：www.hpsm.org/provider-search)，按提供者姓名、健康計劃、地點或提供者類型搜尋。您也可以參考紙本提供者名冊來瀏覽參與您計劃的完整提供者名冊。
2. 從您的計劃中選擇兩位願意收新患者的提供者 (優先和次要選擇，以免優先選擇不可用)。
3. 在 PCP 選擇 1 和 PCP 選擇 2 處輸入提供者名稱和 NPI 編號
4. 檢查整份表單，確保表單已填妥且正確無誤，然後在底部簽名。
5. 如果您需要回報地址變更，請填寫表單背面。
6. 您可以將此表單寄至 HPSM (地址為 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080)、傳真至以下正確號碼，或以電子郵件的方式寄至 customersupport@hpsm.org。

如果您有任何疑問或需要協助，請致電 HPSM：

CareAdvantage 會員：

電話：1-866-880-0606

TTY：1-800-735-2929 或撥打 7-1-1

傳真：650-616-2190

Medi-Cal、San Mateo County ACE 和 Healthworx (HMO) 會員

電話：1-800-750-4776 或 650-616-2133

TTY：1-800-735-2929 或撥打 7-1-1

傳真：650-616-8581

會員資訊 (請列印)

姓氏 _____ 名字 _____ HPSM 會員 I.D. 號碼 _____

出生日期 _____ 性別 男性 女性 _____ 您的主要溝通語言 _____

住家電話 _____ 手機 _____

請勾選您註冊計劃旁的方塊：

CareAdvantage

HealthWorx HMO

Medi-Cal

San Mateo County ACE

初級保健提供者選擇 (請列印)

PCP 選擇 1 _____ NPI 號碼 _____ PCP 選擇 2 _____ NPI 號碼 _____

我瞭解，若我未選擇 PCP，HPSM 可能會自動為我指派 PCP。

我瞭解並同意除非我有緊急照護需求，否則我只透過我的 PCP 尋求所有保健護理服務。除非我要求轉診、我的醫生中止與 HPSM 的合約，或我不再符合 HPSM 資格，否則我的所有非緊急照護都只會尋求我的 PCP 予以提供。

我瞭解 PCP 變更會在收到表單後的次月 1 號生效。

簽名 _____

日期 _____