

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 _____