

# Форма запроса на смену Основного поставщика медицинских услуг (PCP)



Заполните эту форму, чтобы запросить прикрепление к новому основному поставщику медицинских услуг.

Отправьте заполненную форму на защищенный адрес электронной почты: [PCPChangeRequest@sftp.org](mailto:PCPChangeRequest@sftp.org)

## Раздел 1. Об основном поставщике медицинских услуг (PCP):

укажите сведения о новом PCP, в отношении которого вы подаете запрос.

Имя и фамилия PCP

PCP NAME (FIRST, LAST)

Nº NPI PCP

PCP NPI#

Название клиники или кабинета врача

CLINIC OR PRACTICE NAME

Адрес клиники или кабинета врача

CLINIC OR PRACTICE STREET ADDRESS

Город

CITY

Штат

STATE

Почтовый индекс

ZIP CODE

Телефон (с кодом зоны)

PHONE WITH AREA CODE

Факс (с кодом зоны)

FAX WITH AREA CODE

## Раздел 2. Об участнике плана / пациенте

Имя участника плана / пациента (имя и фамилия)

MEMBER/PATIENT NAME (FIRST, LAST)

Ид. Nº SFHP (указан на идентификационной карточке SFHP)

SFHP ID # (FROM SFHP ID CARD)

Дата рождения

DATE OF BIRTH

Телефон (с кодом зоны)

PHONE WITH AREA CODE

Адрес эл. почты

EMAIL ADDRESS

Домашний адрес

HOME OR STREET ADDRESS

Город

CITY

Штат

STATE

Почтовый индекс

ZIP CODE

Примечание: новая идентификационная карточка SFHP со сведениями запрошенного PCP будет отправлена участнику плана / пациенту по адресу, указанному выше.

## Раздел 3. Укажите причину запроса на изменение PCP

Местоположение этого PCP удобнее или ближе к месту проживания участника плана / пациента.

THIS PCP LOCATION IS MORE CONVENIENT OR ACCESSIBLE TO THE MEMBER/PATIENT

Этот PCP лучше соответствует индивидуальным потребностям или предпочтениям участника плана / пациента.

THIS PCP IS A BETTER FIT FOR THE PERSONAL NEEDS OR PREFERENCES OF THE MEMBER/PATIENT

Этот PCP лечит прочих членов семьи участника плана / пациента (например, детей, супругов или родителей).

THIS PCP TREATS OTHER INDIVIDUALS IN THE MEMBER/PATIENT HOUSEHOLD (E.G., CHILD, SPOUSE, OR PARENT)

Другая причина. Укажите:

A DIFFERENT REASON – PLEASE DESCRIBE:

## Раздел 4. Выберите ответ «да» или «нет» на все следующие вопросы.

Запрос на смену PCP не может быть обработан без этих сведений.

Был ли этот участник плана / пациент на приеме у другого PCP в текущем месяце?

HAS THE MEMBER/PATIENT HAD AN APPOINTMENT WITH ANOTHER PCP IN THE CURRENT MONTH?

Да

YES

Нет

NO

Посещал ли участник плана / пациент врача-специалиста или иного врача в текущем месяце?

HAS THE MEMBER/PATIENT SEEN A SPECIALIST OR OTHER DOCTOR IN THE CURRENT MONTH?

Да

YES

Нет

NO

Обращался ли участник плана / пациент в отделение неотложной помощи в текущем месяце?

HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN ADMITTED TO THE EMERGENCY ROOM IN THE CURRENT MONTH?

Да

YES

Нет

NO

Госпитализировали ли участника плана / пациента в текущем месяце?

HAS THE MEMBER/PATIENT BEEN HOSPITALIZED IN THE CURRENT MONTH?

Да

YES

Нет

NO

Оказывались ли участнику плана / пациенту услуги лаборатории в текущем месяце?

HAS THE MEMBER/PATIENT RECEIVED LAB SERVICES IN THE CURRENT MONTH?

Да

YES

Нет

NO

Требуется ли участнику плана / пациенту пополнение запасов лекарственных препаратов?

DOES THE MEMBER/PATIENT NEED ANY PHARMACY OR MEDICATION REFILLS?

Да

YES

Нет

NO

## Раздел 5. Укажите, кто подает запрос на смену PCP.

Запрос на смену PCP не может быть обработан без этих сведений.

Участник плана / пациент (самостоятельно) или родитель / законный опекун, если участник плана / пациент несовершеннолетний

THE MEMBER/PATIENT (SELF) OR PARENT/LEGAL GUARDIAN IF MINOR

Представитель участника плана / пациента

A REPRESENTATIVE OF THE MEMBER/PATIENT

Имя, фамилия представителя

Representative Name

Кем приходится участнику плана / пациенту

Relationship to Member/Patient