

Form ng Kahilingan sa Pagpapalit ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga (PCP)



Pakisagutan ang form na ito para humiling ng pagtatalaga sa isang bagong Provider ng Pangunahing Pangangalaga.

Ipadala ang mga nasagutang form sa pamamagitan ng Secure na Email: PCPChangeRequest@sftp.org

Seksyon 1: Tungkol sa Provider ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) - ilagay ang impormasyon para sa hinihiling na bagong PCP

Pangalan ng PCP (Pangalan, Apelyido)

PCP NAME (FIRST, LAST)

ng NPI ng PCP

PCP NPI#

Pangalan ng Klinika o Kasanayan

CLINIC OR PRACTICE NAME

Address ng Kalye ng Klinika o Kasanayan

CLINIC OR PRACTICE STREET ADDRESS

Lungsod

CITY

Estado

STATE

Zip Code

ZIP CODE

Telepono na may Area Code

PHONE WITH AREA CODE

Fax na may Area Code

FAX WITH AREA CODE

Seksyon 2: Tungkol sa Miyembro/Pasyente

Pangalan ng Miyembro/Pasyente (Pangalan, Apelyido)

MEMBER/PATIENT NAME (FIRST, LAST)

ng ID ng SFHP (mula sa ID Card ng SFHP)

SFHP ID # (FROM SFHP ID CARD)

Petsa ng Kapanganakan

DATE OF BIRTH

Telepono na may Area Code

PHONE WITH AREA CODE

Email Address

EMAIL ADDRESS

Address ng Tirahan o Kalye

HOME OR STREET ADDRESS

Lungsod

CITY

Estado

STATE

Zip Code

ZIP CODE

Tandaan: ipapadala ang bagong ID Card ng SFHP na may hinihiling na PCP sa Miyembro/Pasyente sa address na ibinigay sa itaas.

Seksyon 3: Mangyaring magbigay ng dahilan para sa kahilingan sa pagpapalit ng PCP na ito

Mas maginhawa at madaling mapupuntahan ng Miyembro/Pasyente ang lokasyon ng PCP na ito

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

Mas naaangkop ang PCP na ito sa mga personal na pangangailangan o kagustuhan ng Miyembro/Pasyente

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

Ginagamot ng PCP na ito ang iba pang indibidwal sa sambahayan ng Miyembro/Pasyente (hal., anak, asawa, o magulang)

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

Isang naiibang dahilan – pakilarawan:

A DIFFERENT REASON – PLEASE DESCRIBE:

Seksyon 4: Mangyaring piliin ang Oo o Hindi para sa lahat ng mga sumusunod na tanong - hindi mapoproseso ang kahilingan sa pagpapalit ng PCP na ito kung wala ang impormasyong ito

Nagkaroon ba ng appointment ang Miyembro/Pasyente sa ibang PCP ngayong buwan?

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

Oo

YES

Hindi

NO

Nagpatingin ba ang Miyembro/Pasyente sa Espesyalista o iba pang Doktor ngayong buwan?

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

Oo

YES

Hindi

NO

Na-admit ba ang Miyembro/Pasyente sa Emergency Room ngayong buwan?

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

Oo

YES

Hindi

NO

Naospital ba ang Miyembro/Pasyente ngayong buwan?

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

Oo

YES

Hindi

NO

Nakatanggap ba ang Miyembro/Pasyente ng Mga Serbisyo sa Laboratoryo ngayong buwan?

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

Oo

YES

Hindi

NO

Kailangan ba ng Miyembro/Pasyente ng anumang refill mula sa Parmasya o refill ng Gamot?

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

Oo

YES

Hindi

NO

Seksyon 5: Mangyaring ilagay kung sino ang gumagawa ng kahilingang ito para sa pagpapalit ng PCP - ang pagpapalit ng PCP ay hindi mapoproseso kung wala ang impormasyong ito

Ang Miyembro/Pasyente (sarili) o Magulang/Legal na Tagapag-alaga kung menor de edad

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

Isang Kinatawan ng Miyembro/Pasyente A REPRESENTATIVE OF THE MEMBER/PATIENT

Pangalan ng Kinatawan

Representative Name

Ugnayan sa Miyembro/Pasyente

Relationship to Member/Patient