



Contra Costa Health Plan (CCHP)

變更 PCP 申請表

傳真至：925-313-6047 或郵寄至：

CCHP Member Services, 595 Center Ave Ste 100, Martinez, CA 94553

Contra Costa Health Plan (CCHP) 會員可隨時以任何理由變更其指定的主診醫生 (PCP)。通常在工作日進行變更。會員可透過如下方式進行變更：

- 造訪 cchealth.org/ChangePCP。填寫並提交線上表單。
- 週一至週五，上午 8 點至下午 5 點，撥打會員服務部電話 1-877-661-6230 (選項 2)。
- 填寫此表並將其傳真或郵寄至 CCHP 會員服務部。

會員必須簽署表單。若會員為未成年人，應有其父母或法定監護人簽署表單。需要回答以下所有問題。

會員資訊	
姓：	名：
出生日期 (月/日/年)：	會員 I.D. 號 (可在 CCHP ID 卡上找到)：
電話號碼： ()	電子郵件：
住宅地址：	
城市：	郵遞區號：
提出請求者的姓名	與會員的關係
會員簽名 (或未成年人的父母/法定監護人的簽名)	日期 (月/日/年)：

您想要的新主診醫生 (PCP)	
主診醫生姓名：	診所：
主診醫生地址：	
城市：	郵遞區號：
電話號碼： ()	請求的 PCP 變更的生效日期
我正在變更 PCP，原因是 (選中全部適用項)	
<input type="checkbox"/> 我想要為我的全部孩子分配同一個 PCP。	
<input type="checkbox"/> 我想要以前就診過的 PCP。	
<input type="checkbox"/> 我想要離家或其他位址較近的 PCP。	
<input type="checkbox"/> 我想要滿足一些需求或者我偏好 (例如語言、種族、性別) 的 PCP。	
<input type="checkbox"/> 我對於目前分配的 PCP 的服務或治療不滿意。	
<input type="checkbox"/> 我跟目前分配的 PCP 預約有問題。	
<input type="checkbox"/> 因為其他原因我想要選擇自己的 PCP。	