가입서 (Enrollment Form)

1-2-3 을 세는 만큼 간단합니다!

1. 귀 가족이 받기를 원하는 건강보험을 아래 해당 네모 칸에 체크하십시오.

☐ Amerigroup Washington Inc. (AMG)	☐ Coordinated Care of Washington (CCW)	☐ 서비스 요금
☐ Community Health Plan of Washington (CHPW)	☐ Molina Healthcare of Washington Inc. (MHW)	☐ PCCM클리닉
☐ United Health Care Community Plan (UHC)		

2. 각 가족 인원이 이용하기를 원하는 의사 또는 진료소 이름을 기입하십시오. 모든 의사와 병원은 위에 귀하가 선택한 플랜에 소속되어 있어야만 합니다. 의사에게 전화해 어느 건강 플랜에 소속되어 있는지 확인하십시오.

수혜자 ID	수혜자 이름(성, 이름, 중간이름)	이 사람의 건강 상태는?					특별 건강상태 또는 발달 지연?	
		혼란함	매우 좋음	좋음	보통	나쁨	있음	없음
의사 또는 진료소:		☐						
의사 또는 진료소:		☐						
의사 또는 진료소:		☐						
의사 또는 진료소:		☐						
의사 또는 진료소:		☐						
의사 또는 진료소:		☐						

3. 위에 기입한 가족 중 임산부 또는 수술해야 할 환자가 있습니까?

- 임산부 가족 수혜자 ID: _____ 출산 예정일: _____
 의사 또는 진료소: _____
- 수술 예정일 가족 수혜자 ID: _____ 날짜: _____

서명 _____ 날짜 _____

다음과 같이 연락하여 귀하의 플랜을 알려주십시오.

- 온라인으로 가입: <https://www.WAProviderOne.org/client>
- 자동 시스템에 언제든지 전화: 1-800-562-3022
- 작성 후 우편 송부 :Washington State Health Care Authority, PO Box 42719, Olympia, WA 98504
- 작성 후 다음 번호로 팩스함: 1-866-668-1214

질문이 있으면 1-800-562-3022 로 전화하십시오. 근무시간: 월요일 ~ 금요일, 오전 7:30 ~ 오후 5:00

TTY/TDD 전용 라인: 711 또는 1-800-848-5429

Provider One Number