

我們第一保健始終希望能擴大我們的網絡，歡迎高品質醫生的加入。有比聆聽像您一樣的會員更好的途徑嗎？如果您知道不屬於第一保健網絡的醫療護理服務提供者，您希望其考慮加入第一保健網絡，請與醫療服務提供者談談。如果該醫療服務提供者有意加入第一保健網絡，請完成「醫療服務提供者提名表格（Provider Nomination Form）」並透過表格上的地址寄還給我們。如果您不確定醫療服務提供者目前是否在第一保健網絡內，您可以與醫療服務提供者確認、查看我們的醫療服務提供者名錄或瀏覽HFDocFinder.org。請注意，本提名不能保證您的醫療服務提供者一定會加入我們的網絡。醫療服務提供者必須符合我們網絡的要求並簽署協議。

請在填寫「醫療服務提供者提名表格（Provider Nomination Form）」前
查看下列說明。

您的資料

- 工整填寫您的第一保健會員ID卡上的會員ID號碼
- 工整填寫您的姓名（名字、姓氏），須與您的第一保健會員ID卡所示姓名相同
- 工整填寫您的郵寄地址
- 工整填寫您的電話號碼，以備我們需要與您聯絡，確認您提供的任何資訊
- 在您計劃種類旁的方框打勾

醫療服務提供者資訊

- 工整填寫醫療服務提供者的姓名
- 工整填寫醫療服務提供者的地點（醫療服務提供者的地址）
- 工整填寫醫療服務提供者的診所電話號碼（先寫區號）和電子郵件地址（如有電子郵件）
- 在醫療服務提供者專科旁的方框打勾：主治醫生或專科醫生
- 工整填寫醫療服務提供者的所屬醫院（如果知道）

如果您有任何疑問或需要額外幫助，請致電您會員ID卡背面的會員／參保者服務部電話號碼。我們可用英語、西班牙語、中文和其他語言為您提供幫助。如果您需要面對面填寫本表格的協助，您可來訪離您最近的第一保健社區辦公室。請上網查看服務時間和地點，網址是：zh.Healthfirst.org/healthfirst-community-office。

醫療服務提供者提名表格

推薦人	您的姓名 _____ 會員ID號碼 _____
	地址 _____
	城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____
	電話號碼 _____ 電子郵件* _____
	計劃類型: <input type="checkbox"/> 誠康護理FIDA計劃 <input type="checkbox"/> 醫療補助
	<input type="checkbox"/> 兒童優惠保健計劃 <input type="checkbox"/> 老人醫療保險
	<input type="checkbox"/> 惠康護理計劃 (管理式保健計劃 – 特殊需要計劃) <input type="checkbox"/> 第一保健Personal Wellness Plan
	<input type="checkbox"/> 第一保健Essential Plan <input type="checkbox"/> 康安計劃或康安加惠計劃
	<input type="checkbox"/> 「人人享有」健保計劃或 <input type="checkbox"/> 保康長期保健計劃 「人人享有」加惠健保計劃 <input type="checkbox"/> 全方位頂級計劃
	<input type="checkbox"/> 其他 _____

醫療服務提供者資訊	醫療服務提供者姓名 _____
	診所地址 _____
	城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____
	電話號碼 _____ 電子郵件* _____
	服務提供者類型: <input type="checkbox"/> 主治醫生 <input type="checkbox"/> 專科醫生

本表格是否容易填寫? 是 否
如否, 請說明原因 _____

此處僅供第一保健使用

Existing Healthfirst Physician?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
If yes, which plan(s):	<input type="checkbox"/> CHP	<input type="checkbox"/> FIDA	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> SHP	<input type="checkbox"/> PWP
	<input type="checkbox"/> EP	<input type="checkbox"/> HFHP	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> QHP	<input type="checkbox"/> HFIC
Admitting privileges at which hospital? _____					

表格郵寄地址: Healthfirst Provider Relations & Contracting
Re: Physician Nomination
P.O. BOX 5168
New York, NY 10274-5168

*如有請提供。

第一保健是品牌名稱, 用於由一家或多家第一保健旗下公司提供的產品與服務。