

CONTRA COSTA健康計劃
利用情況管理單位

標準或指南的披露
會員申請表

日期：_____ 申請人：_____

地址：_____

電話：_____ 傳真：_____

電子郵件：_____

轉診/事先授權號碼：_____

要求的特定標準或指導原則：_____

*提供給您的材料是本計劃用於授權、修改或拒絕為具有類似疾病或病症的人士提供照
護的指導原則。特定照護與治療可能因個人需求及您合約中承保的福利而有所不同。*

電子郵件：Member.Services@cchealth.org

電話：會員服務部(877) 661-6230 (選項2)

傳真：(925) 313-6047

郵寄地址：595 Center Ave. Ste. 100, Martinez CA 94553

僅用於Contra Costa健康計劃：

申請日期：_____

日期標準/指南 _____ 姓名首字母縮寫：_____

評估標準/指南的名稱和標題發送：_____
