



P.O. Box 4327
Portland, OR 97208-4327

ProvidenceHealthAssurance.com/OHP

更改您的记录

请填写此表格以更改您的记录

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327

会员信息

姓名: _____ ID #: _____
地址: _____

出生日期: _____ 电话: () _____

您希望我们对您的记录进行哪些更改？

您为什么希望我们进行更改？

通知

- 我们会寄给您一封信，告知您我们是否会按照您的请求进行相应的更改。
- 如果我们需要超过 60 天来考虑您的请求，我们会寄给您一封信。
- 我们并非必须更改记录。如果我们选择不更改记录，您的信将告诉您可以采取哪些步骤。
- 如果我们更改记录，我们会将更改后的内容发送给我们所知的、在其记录中存有更改前信息的所有人。

签名

签名: _____

日期: _____

与会员的关系: _____

您可以获取此表格的其他语言版本、大字版、盲文版或您喜欢的格式。如有语言问题，您也可以要求提供口译服务。这种帮助是免费的。拨打 800-898-8174 或 TTY:711。我们接受转接来电。

[非歧视与沟通协助 | 普罗维登斯健康计划](#)