



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

ProvidenceHealthAssurance.com/OHP

Thay Đổi Hồ Sơ của Quý Vị

VUI LÒNG HOÀN THÀNH BIỂU MẪU NÀY ĐỂ THAY ĐỔI HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

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

Thông Tin Hội Viên

Tên: _____ Số ID: _____

Địa Chỉ: _____

Ngày Sinh: _____ Số điện thoại: () _____

Quý vị muốn chúng tôi thực hiện thay đổi nào đối với hồ sơ của quý vị?

Tại sao quý vị lại muốn chúng tôi thực hiện thay đổi này?

Thông báo

- Chúng tôi sẽ gửi thư để thông báo cho quý vị biết liệu chúng tôi có thực hiện thay đổi mà quý vị yêu cầu hay không.
- Chúng tôi sẽ gửi thư để thông báo cho quý vị biết nếu chúng tôi cần hơn 60 ngày để xem xét yêu cầu của quý vị.
- Chúng tôi không bắt buộc phải thay đổi hồ sơ. Nếu chúng tôi chọn không thay đổi hồ sơ, lá thư mà quý vị nhận được sẽ cho quý vị biết những bước mà quý vị có thể thực hiện.
- Nếu chúng tôi thay đổi hồ sơ, chúng tôi sẽ gửi thay đổi đó cho bất kỳ người nào mà chúng tôi biết vẫn đang có thông tin chưa thay đổi trong hồ sơ của họ.

Chữ Ký

Chữ Ký: _____

Ngày: _____

Mối quan hệ với hội viên: _____

Quý vị có thể nhận biểu mẫu này ở các ngôn ngữ khác, chữ in khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc ở định dạng mà quý vị muốn. Quý vị cũng có thể yêu cầu một thông dịch viên. Dịch vụ trợ giúp này miễn phí. Hãy gọi 800-898-8174 hoặc TTY:711. Chúng tôi chấp nhận các cuộc gọi tiếp âm.

[Hỗ Trợ Giao Tiếp và Chống Phân Biệt Đối Xử | Providence Health Plan](#)