TRATAMOS DE TRABAJAR lo mejor posible con el consumidor y los proveedores de servicios, pero a veces las cosas no salen como fueron planeadas. Si usted no esta satisfecho con su proveedor de salud mental y desea cambiarlo por favor llene esta forma.

Si quisiera tener una lista de proveedores se lo prodriamos mandar por correo. Por favor hablarnos por telefono al 1-800-654-3937 o escribe a la direccion infrascrita.

Al terminar, enviela por correo a la siguinte dirección:

Fresno County Mental Health Plan
P.O. Box 45003
Fresno, California 93718-9886

Si desea hablar con alguien de este requerimiento, por favor llame al:
1-800-654-3937.

Para las personas con discapacidad auditiva, marcar el 711 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California

Gracias por tomarse el tiempo en notificarnos.

CONDADO DE FRESNO
PLAN DE SALUD MENTAL
1-800-654-3937
Change of Provider
07/2017

CAMBIO DE PROVEEDOR

CONDADO DE FRESNO
PLAN DE SALUD MENTAL
1-800-654-3937

SI USTED le gustaría requerir el cambio de su proveedor de Salud Mental, por favor llene esta forma. Cuando termine enviela por correo a la siguiente direccion:

Fresno County Mental Health Plan
P.O. Box 45003
Fresno, California 93718-9886

Formas y sobres con estampillas y dirección estan disponibles en todas las officinas de salud mental.

Si quisiera tener una lista de proveedores por favor hablenos al telefono 1-800-654-3937 o escribe a la direccion susodicha.

Si usted tiene alguna pregunta ó desea hablar con alguien acerca de su cambio de proveedor, por favor llame al:
1-800-654-3937

Para las personas con discapacidad auditiva, marcar el 711 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California

SOLICITUD PARA CAMBIAR DE PROVEEDOR

Fecha:_____

Nombre del Proveedor:_____

De parte de:_____
(si el consumidor es menor de 18 años, por favor incluya el nombre del padre o guardían)

Requiero un cambio de proveedor por las siguintes razones:

_____

_____

_____

_____

Por favor marque una:
❒ Yo he discutido mis preocupaciones con mi proveedor actual.
❒ Yo no he discutido mis preocupaciones con mi proveedor actual.

¿Cuándo podemos contactario?_____

_____

_____

¿Que idioma habla? _____

Firma:_____ Fecha:_____