

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：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_