



CAMBIO DE PROVEEDOR (Change of Provider-Spanish)

**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 envíela por correo a la siguiente dirección:

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

Formas y sobres con estampillas y dirección están disponibles en todas las oficinas de salud mental.

Si quisiera tener una lista de proveedores por favor hablenos al teléfono **1-800-654-3937** o escribe a la dirección 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 siguientes 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: _____

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 está satisfecho con su proveedor de salud mental y desea cambiarlo por favor llene esta forma.

Si quisiera tener una lista de proveedores se lo podríamos mandar por correo. Por favor hablarnos por teléfono al **1-800-654-3937** o escribe a la dirección infrascrita.

Al terminar, envíela por correo a la siguiente 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