Para: Department of Labor and Industries

Nro. del reclamo:_____

Por favor transfiera mi caso

Fecha (cuando cambió de proveedor de cuidado de la salud):_____

De: (Nombre del proveedor)

Para: (Nombre del nuevo proveedor) Nro. de identificación del proveedor/ NPI

Dirección del nuevo proveedor:

Ciudad: Estado: Código postal:

Razón de transferencia:

Nombre del reclamante: Fecha de hoy:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Firma del reclamante:

F245-037-999 Transfer of Care Card 04-2014 Index: TCARE

Enviar por fax al: 360-902-4567

O

Doble en la mitad, quite la cinta y presione.

RESET