

Formularz wniosku o zmianę

Dane pacjenta

Imię/drugie imię/nazwisko: _____

Adres: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____

Data urodzenia: _____ Numer ubezpieczenia społecznego (SSN): _____

Numer identyfikacyjny pacjenta: _____ Numer telefonu: _____

Wniosek o zmianę świadczeniodawcy opieki podstawowej

Imię i nazwisko wybranego świadczeniodawcy: _____

Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy: _____

Adres gabinetu: _____

Miejscowość: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu do gabinetu: _____

Data wejścia w życie: _____

Powód zmiany dotychczasowego świadczeniodawcy opieki podstawowej

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jestem już pacjentem wybranego świadczeniodawcy opieki podstawowej | <input type="checkbox"/> Lokalizacja gabinetu świadczeniodawcy |
| <input type="checkbox"/> Wybrany świadczeniodawca opieki podstawowej leczy już członka mojej rodziny | <input type="checkbox"/> Bariery językowe/komunikacyjne |
| <input type="checkbox"/> Preferencje pacjenta | <input type="checkbox"/> Czas oczekiwania w gabinecie |
| <input type="checkbox"/> Przeprowadzka | <input type="checkbox"/> świadczeniodawcy |
| <input type="checkbox"/> Godziny przyjęć dotychczasowego świadczeniodawcy opieki podstawowej nie odpowiadały moim potrzebom | <input type="checkbox"/> Dostępność terminów wizyt/dostęp do opieki |
| <input type="checkbox"/> Jakość opieki | <input type="checkbox"/> Związek ze szpitalem lub grupą medyczną |
| | <input type="checkbox"/> Istniejąca relacja z innym świadczeniodawcą |
| | <input type="checkbox"/> Inny |

Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

Data

Imię i nazwisko osoby upoważnionej drukowanymi literami

Wskazówki: Proszę przesłać formularz zmiany danych pacjenta wraz z kopią identyfikacyjnej karty członkowskiej, jeżeli jest dostępna, do działu obsługi klienta Planu Opieki Zdrowotnej CountyCare pod numer 312-548-9940 lub wysłać pocztą na adres CountyCare Health Plan, P.O. Box 21153 Eagan, MN 55121. Jeżeli na karcie członkowskiej wymieniony jest niewłaściwy świadczeniodawca opieki podstawowej lub w celu zmiany lekarzy można również skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta pod numerem 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).

W razie jakichkolwiek pytań na temat wypełniania tego formularza proszę skontaktować się telefonicznie z działem obsługi klienta Planu Opieki Zdrowotnej CountyCare, który jest dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 18.00 oraz w sobotę w godzinach 9.00 – 13.00, pod numerem telefonu 312-864-8200 / 855-444-1661 (numer bezpłatny) / 711 (TDD/TTY).