

Formulario de IlliniCare de Solicitar un Cambio de Médico PCP



DATOS DEL MIEMBRO

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del medio: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____
Identificación del miembro: _____ Número de teléfono: _____

SOLICITUD DE CAMBIO DE MÉDICO PCP

Nombre del Médico PCP que solicita: _____
Identificación de Proveedor: _____
Dirección del Consultorio: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono del Consultorio: _____
Fecha de vigencia: _____

MOTIVO PARA CAMBIAR DEL MÉDICO PCP YA ASIGNADO

- Ya soy paciente del Médico PCP solicitado
- Médico PCP solicitado ya atiende a un miembro de la familia
- Preferencia del Miembro
- Miembro se mudó
- Horario del PCP no se conforma a la necesidad del Miembro
- Calidad de Cuidado
- Afiliación a un hospital o grupo médico
- Barreras de idioma/comunicación
- Tiempo de espera en el consultorio del proveedor
- Disponibilidad para conseguir una cita
- Acceso al cuidado
- Relación ya establecida con otro proveedor
- Otro

Firma del Miembro o del Representante autorizado

Fecha

Nombre del Representante autorizado escrito en letras de imprenta

INSTRUCCIONES: Por favor envíe por facsímile los formularios de Cambio de Datos del Miembro, con una copia de la tarjeta de identificación del Miembro, si está disponible, al Departamento de Servicios para Miembros de IlliniCare, al 855-254-1790, o envíelo por correo al Servicios para Miembros de IlliniCare, 999 Oakmont Plaza Drive, Westmont, IL 60559.

En caso de tener preguntas sobre cómo rellenar esta formulario, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al IlliniCare, lunes a viernes, desde las 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m., al 866-329-4701 o al (TDD/TTY: 866-811-2452).