

GHC-SCW TRANSITION OF CARE

Welcome to Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW). Regardless of the clinic you choose, we can assist you with your health care needs during this transition period. To facilitate this, please complete the form below for each person in your family covered by this policy. If you have any questions, please contact the Care Management Department at (608) 257-5294.

Submit the completed form in one of three ways:

1. Save form as a pdf and upload completed form to ghcscw.com/pages/health-insurance/transition-your-care.
2. Please fax completed forms to **(608) 733-6316**.
3. Forms can also be sent in the mail to: **GHC-SCW Care Management, 1265 John Q Hammons Drive, Madison, WI 53717.**

*For children 18 years and older, a release will be needed to discuss health information with parents.

New Member Name:	Date of Birth:
Parent Name (if applicable):	Date of Birth:
Phone Number:	Best Time to Be Reached:

Signature: _____ Date: _____

Please list any scheduled visits you already have scheduled within 90 days of beginning coverage with GHC-SCW. Primary Care Provider appointments are not eligible for transition of care coverage.

Appointment Date	Specialty	Diagnosis	Specialist Name and Clinic

Do you use any durable medical equipment (ex. CPAP, infusion pumps, prosthetics)? Yes No

Do you receive any specialty injectable medications or infusions? Yes No

Please list the name, dose and prescribing provider of **ALL** prescriptions you currently use. Our pharmacy staff will review your list and contact you or work with your provider to address any potential coverage issues.

Medication	Dose	Prescribing Provider

Bienvenido a Group Health Cooperative de South Central Wisconsin (GHC-SCW). Independientemente de la clínica que elija, podemos ayudarlo con sus necesidades de atención médica durante este período de transición. Para facilitararlo, por favor complete el siguiente formulario para cada persona de su familia cubierta por esta póliza. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Departamento de Administración del Cuidado al (608) 257-5294.

Envíe el formulario completo de una de estas tres maneras:

1. Guarde el formulario como archivo pdf y suba el formulario completo a ghcscw.com/pages/health-insurance/transition-your-care.
2. Envíe por fax los formularios completos al **(608) 733-6316**.
3. Los formularios también se pueden enviar por correo a: **GHC-SCW Care Management, 1265 John Q Hammons Drive, Madison, WI 53717.**

*Para los niños de 18 años en adelante, será necesario un formulario de divulgación de información para discutir asuntos de salud con los padres.

Nombre del Miembro Nuevo:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Padre/Madre (si aplica):	Fecha de Nacimiento:
Número telefónico:	Mejor hora para ser localizado:

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor enumere las próximas visitas que haya programado en los 90 días posteriores al inicio de la cobertura con GHC-SCW. Las citas con el proveedor de atención primaria no son elegibles durante la transición de la cobertura de atención.

Fecha de la Cita	Especialidad	Diagnóstico	Nombre del Especialista y Clínica

¿Utiliza algún equipo médico duradero? (por ejemplo, Máquina de Presión Positiva Continua (CPAP), bombas de infusión, prótesis)? Sí No

¿Recibe algún medicamento o infusión especial inyectable? Sí No

Por favor indique el nombre, la dosis y el proveedor que le prescribió **TODAS** los medicamento recetados que usa actualmente. Nuestro personal de farmacia revisará su lista y se comunicará con usted o trabajará con su proveedor para discutir cualquier posible problema de cobertura.

Medicamento	Dosis	Proveedor que Prescribió