

# Wellcare by Health Net (HMO C-SNP) 가입 전 자격 심사 도구



Wellcare by Health Net은 당뇨병, 만성 심부전 및 특정 심혈관 질환과 같은 만성 질환을 가진 사람들을 위해 고안된 Medicare Advantage 특수 요구 플랜(SNP)입니다.

## 가입자 정보

성:  이름:  중간 이니셜:

Medicare 번호:  전화번호: --

생년월일:   
M M D D Y Y Y Y

본 양식을 작성하여 가입 신청서와 함께 제출해 주십시오. 다음 질문들에 대해 하나라도 “예” 또는 “확실하지 않음”이라고 답변할 수 있는 경우 당사의 만성 치료 SNP에 가입할 수 있습니다. 본 양식을 작성하여 가입 신청서와 함께 제출하면 Wellcare에 가입됩니다. 가입 첫 달 동안 가입자의 공급자와 함께 가입자의 만성 질환을 확인합니다. 가입자의 만성 질환을 확인할 수 없는 경우 가입자를 특수 요구 플랜에서 탈퇴시켜야 합니다.

## 만성 질환 관련 질문

당뇨병 진단을 받았습니까?  예  아니요  확실하지 않음

고혈당 문제가 있었습니까?  예  아니요  확실하지 않음

약물을 복용하고/하거나 혈당을 조절하기 위해 특별히 식단을 관리받은 적이 있습니까?  예  아니요  확실하지 않음

만성(또는 울혈성) 심부전(CHF) 진단을 받았습니까?  예  아니요  확실하지 않음

심장에 문제가 있어 폐 내 체액 축적이나 다리의 부종과 관련된 문제가 있었습니까?  예  아니요  확실하지 않음

체액 축적을 방지하기 위해 약물을 복용합니까?  예  아니요  확실하지 않음

다음과 같은 심혈관 질환 진단을 받으셨습니까?  
 심장 부정맥       만성 정맥 혈전색전성 장애  
 관상동맥 질환       말초 혈관 질환

빠르고 불규칙한 심박으로 문제가 있었습니까?  예  아니요  확실하지 않음

흉통, 압박감, 숨가쁨, 심장마비 또는 뇌졸중과 관련된 문제가 있었습니까?  예  아니요  확실하지 않음

의사로부터 혈전이 있다고 들은 적이 있습니까?  예  아니요  확실하지 않음

(계속)



## 가입자의 만성 질환을 확인할 수 있는 의료 제공자

서비스 제공자 #1

서비스 제공자 이름:

서비스 제공자 주소:

서비스 제공자 전화:

 -  - 

서비스 제공자 팩스:

 -  - 

서비스 제공자 #2

서비스 제공자 이름:

서비스 제공자 주소:

서비스 제공자 전화:

 -  - 

서비스 제공자 팩스:

 -  - 

## 만성 질환 확인을 위한 건강 정보 공개 승인:

본인은 본인이 Wellcare 특수 요구 플랜에 가입할 수 있는 만성 질환을 진단받았음을 확인하기 위해 상기 나열된 서비스 제공자가 본인의 건강 정보를 Wellcare에 공개하는 것을 승인합니다. 본 승인은 상기 명시된 만성 질환에 대한 본인의 의학적 병력에 관련하여 서비스 제공자가 유지하는 모든 건강 정보에 적용됩니다.

**참고:** 본 승인 결과로서 공개되는 정보는 Wellcare에서 관련 주 및 연방 법률 및 요건에 따라 보호됩니다.

## 서명

가입자 서명:

날짜:

M M D D Y Y Y Y

중개인/보험 설계사 이름(해당하는 경우):

중개인/보험 설계사 서명(해당되는 경우):

날짜:

M M D D Y Y Y Y

자세한 내용이 궁금하시거나 본 양식에 대한 도움이 필요하신 경우 가입자 서비스부에 **1-800-275-4737(TTY: 711)**번으로 연락해 주십시오.

업무 시간: 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 연락하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 연락하실 수 있습니다. 메시징 시스템은 업무 시간 이후, 주말 및 연방 휴일에 사용됩니다.

본 플랜은 심혈관 질환, 만성 심부전 또는 당뇨병 진단을 받은 모든 Medicare 가입자가 가입할 수 있습니다.

