

Wellcare de Health Net (HMO C-SNP)

Herramienta de Evaluación de la Calificación Previa a la Inscripción



Wellcare de Health Net es un Plan de Necesidades Especiales (SNP) de Medicare Advantage, diseñado para personas con afecciones crónicas como la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica y ciertos trastornos cardiovasculares.

Información del afiliado

Apellido:	Nombre:	I. S. N.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Medicare:	Número de teléfono:	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento:		
<input type="text"/>		
M M D D A A A A		

Complete y envíe este formulario, junto con su solicitud de inscripción. Si puede responder "Sí" o "No estoy seguro" en cualquiera de las siguientes preguntas, puede ser elegible para unirse a nuestro SNP para la atención de enfermedades y afecciones crónicas. Una vez completado y enviado este formulario, junto con una solicitud de inscripción, quedará inscrito en Wellcare. Intentaremos verificar sus afecciones crónicas con su proveedor durante el primer mes de inscripción. Si no podemos verificar sus afecciones crónicas, estamos obligados a cancelar su inscripción en el Plan de Necesidades Especiales.

Preguntas sobre afecciones crónicas

¿Le han diagnosticado diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Ha tenido problemas de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Toma medicamentos y/o se le ha indicado una dieta especial para controlar el nivel de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Le han diagnosticado insuficiencia cardíaca crónica (ICC) o congestiva?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Ha tenido problemas relacionados con retención de líquidos en los pulmones o hinchazón de sus piernas debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Toma medicamentos para evitar la retención de líquidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Le han diagnosticado alguno de los siguientes trastornos cardiovasculares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
<ul style="list-style-type: none"> • Arritmia cardíaca • Trastorno tromboembólico venoso crónico • Arteriopatía coronaria • Enfermedad vascular periférica 	
¿Ha tenido problemas de latidos rápidos y erráticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Ha tenido problemas de dolor u opresión en el pecho, dificultad para respirar, un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Le ha informado alguna vez un médico que tiene un coágulo de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro

(continuación)

Proveedores de atención médica que puedan verificar sus afecciones crónicas

PROVEEDOR #1

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Número telefónico del proveedor:

 - -

Número de fax del proveedor:

 - -

PROVEEDOR #2

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Número telefónico del proveedor:

 - -

Número de fax del proveedor:

 - -

Autorización de Divulgación de Información de Salud para Verificar las Afecciones Crónicas:

Por la presente autorizo la divulgación de mi información de salud por parte de los proveedores mencionados anteriormente a Wellcare para verificar que me han diagnosticado una afección crónica que me califica para la inscripción en un Plan de Necesidades Especiales de Wellcare. Esta autorización se aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor en relación con mi historial médico para las afecciones crónicas indicadas anteriormente.

Nota: La información divulgada como resultado de esta autorización será protegida por Wellcare de acuerdo con las leyes y los requisitos estatales y federales aplicables.

Firma

Firma del afiliado:

Fecha:

M M D D A A A A

Nombre del corredor/agente (si corresponde):

Firma del corredor/agente (si corresponde):

Fecha:

M M D D A A A A

Para obtener más información o ayuda con este formulario, llame a Servicios para Miembros al **1-800-275-4737** (TTY: 711).

Horario de atención: Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajería fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga Medicare y que se le hayan diagnosticado Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica o Diabetes.

