

# Wellcare by Health Net (HMO C-SNP) Công Cụ Đánh Giá Đủ Điều Kiện Trước Khi Đăng Ký



Wellcare by Health Net là Special Needs Plan (SNP) của Medicare Advantage, được thiết kế dành cho những người mắc bệnh mạn tính như tiểu đường, suy tim mạn tính và một số bệnh về rối loạn tim mạch.

## Thông tin người đăng ký

Họ:	Tên:	Tên đệm:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Số Medicare:	Số điện thoại:	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Ngày sinh:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
M M D D Y Y Y Y		

Vui lòng hoàn tất và gửi mẫu đơn này cùng với đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị có thể trả lời "Có" hoặc "Không chắc chắn" cho bất kỳ câu hỏi nào sau đây, quý vị có thể đủ điều kiện để tham gia SNP chăm sóc bệnh mạn tính của chúng tôi. Sau khi hoàn tất mẫu đơn này và nộp cùng với đơn đăng ký, quý vị sẽ được đăng ký tham gia Wellcare. Chúng tôi sẽ cố gắng xác minh (các) tình trạng mạn tính của quý vị với nhà cung cấp trong tháng đầu tiên tham gia. Nếu không thể xác minh (các) tình trạng mạn tính của quý vị, chúng tôi bắt buộc phải loại quý vị khỏi Special Needs Plan.

## Các câu hỏi về tình trạng mạn tính

Quý vị có được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có gặp vấn đề với đường huyết cao không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có dùng thuốc và/hoặc có chế độ ăn đặc biệt để kiểm soát đường huyết không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có được chẩn đoán bị suy tim mạn tính (hoặc sung huyết) không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có gặp vấn đề với phổi tích nước hoặc sưng phù chân do vấn đề về tim hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có dùng thuốc chống tích nước không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có được chẩn đoán mắc bệnh tim mạch nào sau đây không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
• Rối loạn nhịp tim	• Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính		
• Bệnh động mạch vành	• Bệnh lý mạch máu ngoại biên		
Quý vị có gặp vấn đề nhịp tim nhanh và thất thường không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Quý vị có gặp vấn đề về đau ngực hoặc nặng ngực, khó thở, đau tim hay đột quỵ không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn
Bác sĩ có bao giờ nói rằng quý vị có cục máu đông không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn

(tiếp tục)



**(Các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể xác minh tình trạng mạn tính của quý vị**

**NHÀ CUNG CẤP #1**

Tên nhà cung cấp:

Địa chỉ nhà cung cấp:

Số điện thoại nhà cung cấp:

 -  - 

Số fax nhà cung cấp:

 -  - 

**NHÀ CUNG CẤP #2**

Tên nhà cung cấp:

Địa chỉ nhà cung cấp:

Số điện thoại nhà cung cấp:

 -  - 

Số fax nhà cung cấp:

 -  - 

**Ủy Quyền Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe Để Xác Minh (Các) Tình Trạng Mạn Tính:**

Tôi theo đây ủy quyền cho các nhà cung cấp được liệt kê ở trên tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi với Wellcare để xác minh rằng tôi đã được chẩn đoán mắc một tình trạng mạn tính đủ điều kiện để tôi đăng ký vào Wellcare Special Needs Plan. Sự cho phép này áp dụng cho tất cả các thông tin sức khỏe mà nhà cung cấp lưu giữ liên quan đến tiền sử bệnh của tôi về (các) tình trạng mạn tính nêu trên.

**Lưu ý:** Thông tin được tiết lộ theo sự cho phép này sẽ được Wellcare bảo vệ theo luật pháp và yêu cầu hiện hành của tiểu bang và liên bang.

**Chữ ký**

Chữ ký người đăng ký:

Ngày:

M M D D Y Y Y Y

Tên Người giới thiệu/Đại lý (nếu có):

Chữ ký Người giới thiệu/Đại lý (nếu có):

Ngày:

M M D D Y Y Y Y

Để biết thêm thông tin hoặc để được hỗ trợ về mẫu đơn này, vui lòng gọi cho Dịch Vụ Thành Viên theo số **1-800-275-4737** (TTY: **711**).

Giờ hoạt động: Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, quý vị có thể gọi cho chúng tôi 7 ngày trong tuần, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, quý vị có thể gọi cho chúng tôi từ thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Hệ thống nhắn tin được sử dụng sau giờ làm việc, ngày cuối tuần và ngày nghỉ lễ liên bang.

Chương trình này dành cho những người tham gia Medicare đã được chẩn đoán mắc bệnh Rối Loạn Về Tim Mạch, Suy Tim Mạn Tính hoặc Tiểu Đường.

