

Wellcare by Health Net (HMO C-SNP)

Calificación Previa a la Inscripción

Herramienta de Evaluación



Wellcare by Health Net es un plan Chronic Condition Special Needs Plan (C-SNP) de Medicare Advantage diseñado para personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, la insuficiencia cardíaca crónica y/o 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 C-SNP. Una vez que complete y envíe 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 Special Needs Plan.

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 N.º 1

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Número telefónico del proveedor:

 - -

Número de fax del proveedor:

 - -

PROVEEDOR N.º 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 Wellcare Special Needs Plan. Esta autorización se aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor en relación con mis antecedentes médicos 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 Servicio para Miembros al **1-800-275-4737** (TTY: 711).

Horario de atención: Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sin embargo, tenga en cuenta que durante los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Deje su nombre y número de teléfono y le llamaremos en el plazo de un (1) día hábil.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga Medicare y que se le hayan diagnosticado trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

Form Approved
OMB# 0938-1421

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-275-4737** (TTY: **711**). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-800-275-4737**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-275-4737** (TTY: **711**). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-800-275-4737** (TTY: **711**) पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-800-275-4737** (TTY : **711**) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。