

Herramienta de Evaluación de la Calificación de Preinscripción



Un Plan de Necesidades Especiales (C-SNP) es un tipo de Plan Medicare Advantage. Wellcare ofrece Planes de Necesidades Especiales que coordinan los beneficios de atención médica para las personas con afecciones crónicas o incapacitantes. Es posible que reúna los requisitos para inscribirse si puede responder Sí a cualquiera de las preguntas que aparecen a continuación. Rellene este formulario y envíelo de vuelta junto con su solicitud de inscripción. Nuestro Plan deberá verificar su afección crónica con su médico dentro de los 30 días desde la inscripción. Debemos desinscribirlo del plan de necesidades especiales si no podemos verificar su afección. Esto significa que es muy importante que informe a su médico que necesitaremos esta verificación. También es muy importante que nos proporcione información de contacto precisa para comunicarnos con su médico en la segunda página de este formulario.

Información del afiliado

Apellido: I. S. N.:

Nombre: Fecha de nacimiento:

Número de ID de Medicare (HICN):

Número de teléfono:

Insuficiencia Cardíaca Crónica/Trastorno Cardiovascular/Diabetes

¿Le diagnosticó su médico u otro profesional de la salud con licencia alguna de las siguientes afecciones médicas?

Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) Sí NO **Trastorno Cardiovascular (CVD)** Sí NO
Diabetes Sí NO

Insuficiencia Cardíaca Crónica (aplicable solo en Florida, Georgia y Texas)

¿Tiene líquido en los pulmones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene hinchazón en los pies y las piernas casi todos los días debido a que tiene demasiado líquido en el cuerpo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Toma medicamentos para el líquido en los pulmones o para ayudar al corazón a latir más fuerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
--	---	---

Trastorno Cardiovascular (aplicable solo en Florida, Georgia y Texas)

¿Ha sufrido un ataque cardíaco o le ha dicho su médico que está en riesgo de sufrir uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene dolores en el pecho (angina) o dolor de piernas (claudicación) cuando está activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
--	---	--

Diabetes

¿Verifica su nivel de azúcar en la sangre en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene niveles altos de azúcar en la sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Toma medicamentos para controlar su nivel de azúcar en la sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
--	--	--

Información del afiliado

Apellido: I. S. N.:

Nombre: Fecha de nacimiento:

Número de ID de Medicare (HICN):

Número de teléfono:

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

Autorizo a los proveedores que se indican a continuación a compartir mi información de salud con Wellcare para verificar que tengo una afección crónica que me califica para la inscripción en el plan de necesidades especiales crónicas de Wellcare. Esta autorización se aplica a toda la información médica mantenida por el proveedor en relación con mis antecedentes médicos para las afecciones crónicas indicadas en la primera página.

Nota: Wellcare protegerá la información divulgada como resultado de esta autorización de acuerdo con cualquier ley y requisitos, estatales y federales, que se apliquen.

Llámenos si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario. Puede comunicarse con nosotros al **1-888-888-9355** (TTY **711**). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, nuestros representantes estarán disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes estarán disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o puede visitarnos en cualquier momento en **www.Wellcare.com/medicare**.

Firma del inscrito: _____ Fecha:

Proporcione la información de contacto de su proveedor en la siguiente sección. Nos comunicaremos con su proveedor para rellenar este formulario.

Médicos u Otros Proveedores de Atención Médica que Puedan Verificar sus Afecciones Crónicas

Proveedor #1	Proveedor #2
Nombre del proveedor:	Nombre del proveedor:
Dirección del proveedor:	Dirección del proveedor:
Número telefónico del proveedor:	Número telefónico del proveedor:
Número de fax del proveedor:	Número de fax del proveedor:

Rellenado después de la inscripción por parte del Proveedor.

Certificado del Proveedor

Envíe el formulario relleno por fax a Wellcare al 1-813-867-5259 o 1-866-319-5127.

Por la presente certifico que mi paciente mencionado anteriormente tiene una o más de las siguientes afecciones crónicas:

Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHF) SÍ NO **Trastorno Cardiovascular (CVD)** SÍ NO
Diabetes SÍ NO

Firma del Proveedor _____ Fecha: _____

Nombre del Proveedor (en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Centene, Inc. es un plan HMO, PPO, PFFS con un contrato con Medicare. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para cualquier persona que tenga Medicare y que se le hayan diagnosticado Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica o Diabetes.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711).

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다.
1-877-374-4056 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo.
Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam.
Awagan ti 1-877-374-4056 (TTY: 711).

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Sāmoa, gagana 'au'aunaga fesoasoani, fai fua leai se totogi,
o lo'ō avanoa ia te 'oe. Vala'au le 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Maliu: Inā 'ōlelo Hawai'i 'oe, he lawelawe māhele 'ōlelo, manuahi, i lako iā 'oe. E kelepona iā
1-877-374-4056 (TTY: 711).