

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE PRECALIFICACIÓN PARA EL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES DE CONDICIONES CRÓNICAS (C-SNP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Para beneficiarios con insuficiencia cardiaca crónica (CHF, por sus siglas en inglés) y/o Diabetes Mellitus
 DrExtraCare (HMO-POS C-SNP) es un plan de Medicare Advantage para necesidades especiales de condiciones crónicas, diseñado para personas que cumplen con unos criterios de inscripción específicos. Para ser elegible en este plan, debe tener Medicare Parte A, ser elegible para Medicare Parte B y haber sido diagnosticado con CHF y/o Diabetes Mellitus. Por favor llene y envíe este formulario de precalificación junto con su aplicación de inscripción. Doctors HealthCare Plans, Inc. intentará validar la información con el/los médico(s) enumerados en este formulario de evaluación. Si responde "NO" a todas las preguntas en las secciones A y B, usted no será elegible para este plan de necesidades especiales de condiciones crónicas de Medicare Advantage.

Nombre

MBI (por sus siglas en inglés) #

Fecha de nacimiento

PREGUNTAS CLÍNICAS DE PRECALIFICACIÓN

Sección A – Diabetes Mellitus

Si el solicitante responde "Sí" o "No estoy seguro" a cualquiera de las siguientes preguntas, entonces el beneficiario precalifica para el C-SNP.

1. ¿Alguna vez o actualmente mide o monitorea su nivel de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
2. ¿Alguna vez su doctor le ha dicho que tiene azúcar alta en la sangre o diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
3. ¿Alguna vez ha tenido un examen de sangre y su proveedor de atención médica le ha dicho que su nivel de azúcar en la sangre estaba alto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro

Sección B – Chronic Heart Failure

Si el solicitante responde "Sí" o "No estoy seguro" a cualquiera de las siguientes preguntas, entonces el beneficiario precalifica para el C-SNP.

1. ¿Alguna vez ha tenido problemas con líquido en los pulmones e hinchazón en sus piernas en el pasado, acompañado de dificultad respiratorio debido a un problema en el corazón? o azúcar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
2. ¿Alguna vez su doctor o clínica le ha dicho que usted tiene una insuficiencia cardiaca o una insuficiencia cardiaca congestiva (corazón débil o bomba del corazón débil)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
3. ¿Durante los últimos 12 meses, ha sido aconsejado o educado acerca de pesarse a diario debido a un problema en el corazón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No estoy seguro

H4140_PREENR2022S_C

MEDICO PRIMARIO O DE CABECERA

Nombre del médico primario

Dirección del médico primario

Número de teléfono del médico primario

¿TIENE ALGÚN MÉDICO ESPECIALISTA AL CUAL USTED VISITA?

Nombre del especialista

Dirección del especialista

Número de teléfono del especialista

Firma del aplicante. Fecha

Firma del testigo (si aplica) Fecha

Nombre del Agente/Intermediario (letra de imprenta)

Firma del Agente/Intermediario Fecha

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en Doctors HealthCare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.