

## 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 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
4. PREGUNTA SOBRE MEDICAMENTOS: ¿Cuáles medicamentos toma para la diabetes?	

#### 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
4. PREGUNTA SOBRE MEDICAMENTOS: ¿Cuáles medicamentos toma para la insuficiencia cardiaca crónica?	

**MEDICO PRIMARIO O DE CABECERA/ESPECIALISTA**

Nombre del médico primario/especialista

Dirección del médico primario/especialista

Número de teléfono del médico primario/especialista

Firma del aplicante ..... Fecha .....

Firma del testigo (si aplica) ..... Fecha .....

Nombre del médico primario/especialista (letra de imprenta) .....

Firma del médico primario/especialista ..... 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.

# Aviso informando a individuos sobre los requisitos de No Discriminación y Accesibilidad

---

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Doctors HealthCare Plans, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes cualificados de lengua de signos
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja con:

**Doctors HealthCare Plans, Inc.**

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles  
2020 Ponce De Leon Blvd, PHI  
Coral Gables, FL 33134  
Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)  
Fax: 786-578-0293,  
Correo Electronico: [civilrights@doctorshcp.com](mailto:civilrights@doctorshcp.com)

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

**U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

**MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES**

**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 833-342-7463 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 833-342-7463 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 833-342-7463 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 833-342-7463 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 833-342-7463 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 833-342-7463 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 833-342-7463 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 833-342-7463 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 833-342-7463 (TTY:711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 833-342-7463 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 833-342-7463 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएं उपब्धि हैं। एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 833-342-7463 (TTY:711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति कह नहीं देता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 833-342-7463 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 833-342-7463 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 833-342-7463 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 833-342-7463 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、833-342-7463 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。