



# Health Net Jade (HMO SNP)

## Herramienta de Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción

Health Net Jade es un Plan Medicare Advantage de Necesidades Especiales (por sus siglas en inglés, SNP) diseñado para personas con afecciones crónicas como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica y determinados trastornos cardiovasculares.

<i>Información sobre la persona inscrita</i>		
Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Número de identificación de Medicare (N.º de HIC):	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:

Complete y envíe este formulario junto con su formulario de inscripción. Si puede responder “Sí” o “No estoy seguro/a” a alguna de las siguientes preguntas, es posible que sea elegible para inscribirse en nuestro SNP de atención de afecciones crónicas. Una vez que se complete y se envíe este formulario junto con un formulario de inscripción, usted estará inscrito/a en Health Net Jade. Intentaremos confirmar su/s afección/afecciones crónica/s con su proveedor durante el primer mes de inscripción. Si no podemos confirmar su/s afección/afecciones crónica/s, tenemos la obligación de cancelar su afiliación al Plan de Necesidades Especiales.

<i>Preguntas sobre afecciones crónicas</i>	
<b>¿Se le ha diagnosticado diabetes?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Ha tenido problemas de niveles altos de azúcar en sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Toma medicamentos y/o se le ha indicado una dieta especial para controlar sus niveles de azúcar en sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>¿Se le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca crónica o congestiva (CHF)?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Ha tenido problemas de retención de líquido en los pulmones o hinchazón en las piernas debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Toma medicamentos para prevenir la retención de líquido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>¿Se le ha diagnosticado alguno de los siguientes trastornos cardiovasculares?</b> • Arritmia cardíaca • Trastorno tromboembólico venoso crónico • Enfermedad de las arterias coronarias • Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Ha tenido problemas con latidos cardíacos rápidos y erráticos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Ha tenido problemas con dolor u opresión en el pecho, dificultad para respirar, ataque cardíaco o derrame cerebral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene un coágulo sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a

Copia Blanca – Health Net      Copia Amarilla – Afiliado

*(continúa)*

*Proveedor/es de cuidado de la salud que puede/n confirmar su/s afección/afecciones crónica/s*

<b>Proveedor n.º 1</b>	<b>Proveedor n.º 2</b>
Nombre del proveedor:	Nombre del proveedor:
Dirección del proveedor:	Dirección del proveedor:
Número de teléfono del proveedor: (        )	Número de teléfono del proveedor: (        )
Fax del proveedor: (        )	Fax del proveedor: (        )

**Autorización para la Divulgación de Información Médica para Confirmar Afecciones Crónicas:**  
Por medio del presente documento, autorizo a los proveedores enumerados arriba a divulgar mi información médica a Health Net para confirmar que me han diagnosticado una afección crónica que me permite calificar para la inscripción en el plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas de Health Net. Esta autorización se aplica a toda la información médica que conserva el proveedor en relación con mi historial médico correspondiente a la/s afección/afecciones crónica/s indicada/s arriba.

**Nota:** La información divulgada como resultado de esta autorización será protegida por Health Net de acuerdo con las leyes y requisitos estatales y federales aplicables.

<i>Firma</i>	
Firma de la persona inscrita:	Fecha:
Nombre del agente de seguro médico/agente ( <i>si corresponde</i> ):	
Firma del agente de seguro médico/agente ( <i>si corresponde</i> ):	Fecha:

Para obtener más información o si necesita ayuda con este formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net a uno de los siguientes números de teléfono gratuitos:

**Arizona: 1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**California: 1-800-431-9007 (TTY: 711)**

**Oregon: 1-888-445-8913 (TTY: 711)**

Horario de atención: Desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, excepto ciertos días feriados. Sin embargo, después del 14 de febrero, su llamada será atendida por nuestro sistema automático de teléfono durante los fines de semana y en ciertos días feriados.

Health Net tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes HMO SNP. La inscripción en un plan Health Net Medicare Advantage depende de la renovación de estos contratos.

Copia Blanca – Health Net      Copia Amarilla – Afiliado

Health Net cumple con las leyes Federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Health Net no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Net:

- Proporciona aparatos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net al:

Arizona: 1-800-977-7522 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora de la Montaña, los siete días de la semana.

California: 1-800-275-4737 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.

Oregon: 1-888-445-8913 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, los siete días de la semana.

Si considera que Health Net no proporcionó estos servicios o ejerció algún otro tipo de discriminación por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal llamando al número que se indica más arriba y diciéndoles que necesita ayuda para presentar una queja formal; el Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Copia Blanca – Health Net      Copia Amarilla – Afiliado