

Herramienta de Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción



Health Net 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.

Información sobre la persona inscrita

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:																
Número de identificación de Medicare (N.º de HIC):	Número de teléfono:																	
Fecha de nacimiento:																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>									M	M	D	D	A	A	A	A		
M	M	D	D	A	A	A	A											

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.

Preguntas sobre afecciones crónicas

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

(continúa)

Proveedor/es de cuidado de la salud que pueden confirmar su/s afección/afecciones crónica/s

PROVEEDOR N.º 1

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Número de teléfono del proveedor:

 - -

Fax del proveedor:

 - -

PROVEEDOR N.º 2

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Número de teléfono 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.

Firma

Firma de la persona inscrita:

Fecha:

M M D D A A A A

Nombre del agente de seguro médico/agente (si corresponde):

Firma del agente de seguro médico/agente (si corresponde):

Fecha:

M M D D A A A A

Para obtener más información o si necesita ayuda con este formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado al siguiente número de teléfono gratuito:

California: 1-800-431-9007 (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 este contrato.

FRM015507SK00 (8/17)