FORMULARIO DE REQUISITOS PREVIOS DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SNP)

ALIGNMENT HEALTH PLAN

Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)

Nombre del miembro _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento del miembro _____ N.º de ident. de Medicare _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Condado _____ N.º de teléfono del miembro _____

Contacto de emergencia del miembro _____

N.º de teléfono del contacto de emergencia del miembro _____

¿Considera que no puede salir de su casa? ☐ Sí ☐ No

Médico que actualmente trata al solicitante por la enfermedad que califica

Médico de atención primaria que actualmente trata la(s) afección(es)

Nombre del médico _____

N.º de teléfono del médico _____

Otros especialistas que lo tratan _____

Nombre del médico _____

N.º de teléfono del médico _____

☐ Autorizo a AHP a solicitar registros médicos de mi(s) médico(s)

Preguntas de requisitos clínicos

(Solo para miembros de los Planes de necesidades especiales crónicas Heart & Diabetes (HMO SNP))
Si responde "Sí" a por lo menos una de las preguntas, el candidato reúne los requisitos previos para la afección.

Diabetes

- ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes (demasiada cantidad de azúcar en la sangre o la orina)? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
- ¿Alguna vez le recetaron o está utilizando insulina o algún medicamento por vía oral que se supone que disminuye el nivel de azúcar en la sangre? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

Trastornos cardiovasculares

- ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad de la arteria coronaria, mala circulación debido al endurecimiento de las arterias o venas malas? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
- ¿Alguna vez tuvo un ataque al corazón o fue ingresado en el hospital por angina de pecho (dolor en el pecho)? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

Insuficiencia cardíaca crónica

- ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene insuficiencia cardíaca (corazón débil)? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro
- ¿Alguna vez tuvo líquido en los pulmones e inflamación en las piernas, acompañados de falta de aire, debido a un problema cardíaco? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

DÉ VUELTA LA HOJA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ➡

Médico que actualmente trata al solicitante por la enfermedad que califica

Médico de atención primaria que actualmente trata la(s) afección(es)

Nombre del médico _____

N.º de teléfono del médico _____

Otros especialistas que lo tratan _____

Nombre del médico _____

N.º de teléfono del médico _____

☐ Autorizo a AHP a solicitar registros médicos de mi(s) médico(s)

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente: _____

_____

_____

Reconozco que, si me uno a Heart & Diabetes (HMO SNP), me estoy inscribiendo en un plan que ofrece programas especiales diseñados específicamente para mantener o mejorar mi afección médica. Comprendo que se me solicita concertar una cita en el Centro de Alignment Healthcare para que mi plan de atención especial entre en vigencia. En ese momento, un proveedor de atención médica también verificará todas las afecciones que reúnan los requisitos previos.

Firma de la persona inscrita _____ Fecha _____

Nombre del agente/intermediario _____ Fecha _____

Firma del agente/intermediario _____

¿Tiene una cita programada en el momento de la inscripción? ☐ Sí ☐ No

Fecha _____ Hora _____ Ubicación _____

Alignment Health Plan es un plan HMO y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Heart & Diabetes (HMO SNP) se encuentra disponible para aquellas personas que tienen diabetes mellitus crónica y para aquellas personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica.