

APELLIDO:

FIRMA:

Plan de necesidades especiales crónicas (CSNP) Formulario de precalificación

Ultimate Health Plans presenta planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) diseñados para personas con ciertas condiciones crónicas o discapacitantes: Enfermedad cardiovascular (Cardiovascular Disease, CVD), insuficiencia cardíaca crónica (Chronic Heart Failure, CHF), trastorno pulmonar crónico y diabetes mellitus (DM). Usted puede ser elegible para inscribirse en uno de nuestros SNP de atención de pacientes crónicos si puede responder SÍ a cualquiera de las preguntas de abajo. Comprobaremos la presencia de la condición crónica con su proveedor de atención médica en un plazo de 30 días después de su inscripción. Debemos cancelar su inscripción en el plan de necesidades especiales si no podemos comprobar su condición crónica. Por lo tanto, avise a su médico que le pediremos que verifique la información de abajo. Escriba en este formulario la información de contacto precisa de su médico u otro proveedor de atención médica.

·	
¿Tiene usted una cor	ndición crónica?
¿Su médico u otro profesional de atención médica autorizado le diagnosticó alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque todo lo que corresponda)	
Enfermedad cardiovascular (CVD): Sí No Trastorno pulmonar crónico: Sí No	Insuficiencia cardíaca crónica (CHF): ☐ Sí ☐ No Diabetes mellitus: ☐ Sí ☐ No
Enfermedad cardiovascular (CVD) Planes 019, 021, 026, 029, 033	
 ¿Tuvo un ataque cardíaco o su médico le dijo que corre e ¿Le han colocado un stent en el corazón? ¿Tiene un marcapasos o toma medicamentos para la arrif ¿Le dijo su médico que tiene flujo sanguíneo bajo hacia p ¿Le hicieron algún procedimiento para mejorar el flujo sa ¿Sufre de coágulos de sangre o toma medicamentos a lar ¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación? 	Sí □ No mia cardíaca? □ Sí □ No iernas o pies? □ Sí □ No nguíneo a piernas o pies? □ Sí □ No go plazo para coágulos de sangre? □ Sí □ No □ Sí □ No
nsuficiencia cardíaca crónica (CHF)	Planes 022, 024, 026, 029, 033
 ¿Le dijo su médico que su corazón no bombea como debe ¿Tiene los pies y las piernas hinchados casi todos los días 	debido al exceso de líquido en su cuerpo? Sí No
 ¿Toma un diurético debido a una condición médica relaci (como insuficiencia cardíaca)? 	onada con el corazón ☐ Sí ☐ No
4. ÈToma medicamentos debido al líquido de sus pulmones	o para ayudar a que su corazón lata
más fuerte?	☐ Sí ☐ No
Trastorno pulmonar crónico 1. ¿Sufre de problemas de respiración debido a enfermedac	Planes 023, 025, 027, 030, 034
asma o fibrosis pulmonar)?	□ Sí □ No
 ¿Le dijo su médico que tiene daño pulmonar permanente ¿Le recetó su médico algún medicamento (como bomba o 	por fumar o inhalación de toxinas?
más oxígeno para ayudarlo a respirar mejor?	∫ Sí □ No
Diabetes mellitus (DM)	Planes 019, 021, 026, 029, 033
 ¿Controla regularmente en casa su nivel de azúcar en la s ¿Lo diagnosticaron con nivel alto de azúcar en la sangre (angre? □ Sí □ No diabetes)? □ Sí □ No
3. ¿Toma medicamentos para controlar su azúcar en la sang	
Información de contacto del pro	veedor de atención médica
APELLIDO DEL PROVEEDOR: NOMBRE DEL PROVEEDOR:	
TELÉFONO:	FAX:
Información del beneficiario	

NOMBRE:

H2962_SNPPREQ_CY22R120220_C

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)