

# Allwell (HMO SNP) Herramienta de evaluación de calificación previa para la inscripción



Allwell es un Plan de Necesidades Especiales (SNP) de Medicare Advantage diseñado para personas con enfermedades crónicas como la diabetes o la insuficiencia cardíaca crónica.

## Información de la persona inscrita

Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Medicare:	Número de teléfono:	
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento:		
<input type="text"/>		
M M D D A A A A		

Complete y envíe el presente formulario con su formulario de inscripción. Si puede responder “Sí” o “No estoy seguro” a cualquiera de las siguientes preguntas, puede ser elegible para unirse a nuestro SNP de atención crónica. Cuando se complete y envíe este formulario junto con un formulario de inscripción, se lo inscribirá en Allwell. Intentaremos verificar sus enfermedades crónicas con su proveedor durante el primer mes de inscripción. Si no podemos verificar sus enfermedades crónicas, debemos cancelar su inscripción en el Plan de necesidades especiales.

## Preguntas sobre enfermedades crónicas

- ¿Le diagnosticaron diabetes?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Alguna vez tuvo problemas a causa de niveles altos de azúcar en sangre?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Toma medicamentos o alguna vez tuvo que hacer alguna dieta especial para controlar sus niveles de azúcar en sangre?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Le diagnosticaron insuficiencia cardíaca crónica (o congestiva) (CHF)?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Alguna vez tuvo problemas a causa de la retención de líquidos en los pulmones o hinchazón en las piernas a causa de algún problema cardíaco?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Toma medicamentos para evitar la retención de líquidos?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Alguna vez le diagnosticaron alguno de los siguientes trastornos cardiovasculares?  
• Arritmia cardíaca • Trastorno tromboembólico venoso crónico  
• Enfermedad coronaria arterial • Enfermedad vascular periférica
- ¿Alguna vez tuvo problemas a causa de una frecuencia cardíaca acelerada y arritmica?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Alguna vez tuvo problemas a causa de dolores u opresiones en el pecho, dificultad para respirar, ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares?  Sí  No  No estoy seguro
- ¿Alguna vez un médico le informó que tenía coágulos?  Sí  No  No estoy seguro

(continúa)



**Proveedores de atención de salud que pueden verificar sus enfermedades crónicas**

**PROVEEDOR N.º 1**

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Teléfono del proveedor:

 -  - 

Fax del proveedor:

 -  - 

**PROVEEDOR N.º 2**

Nombre del proveedor:

Dirección del proveedor:

Teléfono del proveedor:

 -  - 

Fax del proveedor:

 -  - 

**Autorización para la divulgación de información médica para verificar las enfermedades crónicas:**

Por la presente, autorizo que los proveedores mencionados anteriormente divulguen mi información médica a Allwell para verificar que se me haya diagnosticado la enfermedad crónica con la que califico para la inscripción en un Plan de Necesidades Especiales de Allwell. La presente autorización se aplica a toda la información médica que conserve el proveedor y que guarde relación con mi historial médico para las enfermedades crónicas indicadas anteriormente.

**Nota:** Allwell protegerá la información divulgada como resultado de esta autorización conforme a las leyes y requisitos estatales y federales vigentes.

**Firma**

Firma de la persona inscrita:

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	A	A	A	A

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

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

Fecha:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M	M	D	D	A	A	A	A

Para obtener más información o asistencia con este formulario, llame al Servicio para afiliados al 1-800-977-7522 (TTY: 711).

Horario de atención: desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Se utiliza un sistema de mensajes después del horario de atención, durante los fines de semana y los días feriados nacionales.

Allwell tiene un contrato con Medicare para los planes HMO SNP. La inscripción en Allwell depende de la renovación del contrato.

FRM033023SK00 (7/19)

