



Verificación de calificación posterior a la inscripción del SNP de atención crónica

Fecha: _____

URGENTE

Nombre del Miembro: _____

ID del Miembro: _____

Dirección del Miembro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Puede enviar un fax a: 305-675-0652

Estimado Doctor,

Verificación posterior a la inscripción: DEBE SER FIRMADA POR EL CONSULTORIO DEL MÉDICO.

El solicitante anterior ha solicitado inscribirse en el Plan de Necesidades Especiales Crónicas (CSNP) ofrecido por HealthSun Health Plans, Inc. Para calificar en este Plan de Necesidades Especiales Crónicas, el solicitante debe tener una de las siguientes condiciones. Al firmar nuestra solicitud de inscripción, el Solicitante nos ha permitido el uso de información de salud de identificación individual. HealthSun Health Plans Inc. cumple con todos los requisitos de la ley federal y de HIPAA relacionados con la privacidad de dicha información. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-877-336-2069, TTY: 1-877-206-0500 Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana (estamos cerrados el día de Acción de Gracias y el Día de Navidad). Del 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8p.m. (estamos cerrados los días feriados federales) y pregunte por cualquier miembro del equipo de inscripción. Le solicitamos que confirme que el solicitante tiene una de las condiciones de calificación colocando una marca de verificación en las casillas correspondientes.

- Trastornos/enfermedades cardiovasculares (CVD)
- Arritmias cardíacas
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Enfermedad Vasular Periferica
- Trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Diabetes

Por favor proporcione lo siguiente:

Nombre del médico, M.I. y Apellido del doctor: _____

Firma autorizada: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

DEBE SER FIRMADA POR EL CONSULTORIO DEL MÉDICO.

HealthSun Health Plans, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. HealthSun Health Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Inglés (English): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069 (TTY: 1-877-206-0500).