HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PRECUALIFICACIÓN 2027

MCS Classicare ofrece un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) para personas con condiciones crónicas. Puedes ser elegible para afiliarte al Plan de Necesidades Especiales para condiciones crónicas de MCS Classicare si contestas "Sí" a alguna de las preguntas a continuación.

Por favor, completa y entrega este formulario con tu Solicitud de Afiliación. Es importante que todas las secciones en este formulario sean completadas para procesar correctamente tu solicitud de afiliación. MCS tiene que confirmar la condición crónica con tu médico durante los primeros 30 días de efectividad de la afiliación. Si no podemos verificar tu condición crónica, serás desafiliado de este plan.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellidos:	Nombre:	Inicial:
Fecha de nacimiento: _____ (día / mes / año)	Número de identificación de Medicare:	
	Número de teléfono #1:	Número de teléfono #2:

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA CUALIFICAR TU(S) CONDICIÓN(ES) CRÓNICAS

DIABETES MELLITUS		
¿Has sido diagnosticado con diabetes por tu médico u otro profesional licenciado en salud?	☐ Sí	☐ No
¿Has presentado aumento de la sed, orina frecuente, aumento del apetito, pérdida de peso inexplicable, lenta curación de heridas o infecciones frecuentes?	☐ Sí	☐ No
¿Has presentado altos niveles de azúcar en sangre?	☐ Sí	☐ No
¿Tu médico te ha ordenado tratamiento para controlar los niveles de azúcar en la sangre? Ej. insulina	☐ Sí	☐ No
¿Tienes o has tenido una dieta especial para controlar el azúcar en la sangre?	☐ Sí	☐ No
INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA		
¿Has sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca crónica o fallo cardíaco congestivo (CHF, por sus siglas en inglés) por tu médico u otro profesional licenciado en salud?	☐ Sí	☐ No
¿Has tenido problemas de retención de líquidos en los pulmones o hinchazón en las piernas debido a un problema cardíaco?	☐ Sí	☐ No
¿Tomas medicamentos para prevenir la hinchazón de piernas o manos? (medicamentos que aumentan las ganas de orinar)	☐ Sí	☐ No
¿Necesitas hacer uso de más de una almohada entre tu cuello y la espalda para poder respirar mejor al momento de dormir?	☐ Sí	☐ No
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES		
¿Has sido diagnosticado con arritmia cardíaca o enfermedad de la arteria coronaria (angina), coágulos de sangre o enfermedad vascular de las piernas por tu médico u otro profesional licenciado en salud?	☐ Sí	☐ No
¿Has tenido palpitaciones en el pecho?	☐ Sí	☐ No
¿Has tenido problemas con dolor u opresión en el pecho, dificultad para respirar, ataque cardíaco (infarto cardíaco) o accidente cerebrovascular (derrame cerebral)?	☐ Sí	☐ No

PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD QUE PUEDE VERIFICAR TU(S) CONDICIÓN(ES)

Nombre del proveedor:	**Especialidad:**	**Ciudad:**
Número de teléfono del proveedor:	**Número de facsímil del proveedor:**	**¿Conoces si él/ella trabaja en algún hospital?**

Nombre del proveedor:	**Especialidad:**	**Ciudad:**
Número de teléfono del proveedor:	**Número de facsímil del proveedor:**	**¿Conoces si él/ella trabaja en algún hospital?**

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA VERIFICAR TU(S) CONDICIÓN(ES) CRÓNICA(S)

Autorizo a los proveedores mencionados con anterioridad a divulgar mi información de salud a MCS Advantage, Inc., para verificar que me hayan diagnosticado una condición crónica que me cualifique para afiliarme al Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas de MCS Classicare. Esta autorización aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor en mi historial médico sobre la(s) condición(es) crónica(s) indicada(s) anteriormente.

Nota: La información divulgada como resultado de esta autorización estará protegida por MCS Advantage de acuerdo con las leyes y requerimientos estatales y federales.

Firma del beneficiario:	
Firma del representante autorizado:	**Parentezco:**
Fecha:	

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

Certifico que mi paciente mencionado anteriormente padece de las siguientes condiciones médicas crónicas:

Insuficiencia cardíaca crónica	☐ Sí	☐ No
Trastornos cardiovasculares (Favor de seleccionar el tipo de trastorno que corresponda) ☐ Arritmias cardíacas ☐ Enfermedad arterial coronaria ☐ Enfermedad vascular periférica ☐ Trastorno tromboembólico venoso crónico	☐ Sí	☐ No
Diabetes mellitus	☐ Sí	☐ No

Nombre del proveedor y/o representante:	**Firma del proveedor y/o representante:**
Fecha:	**Dirección del proveedor:**

MCS Classicare Primero (HMO C-SNP)

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.

MCS Classicare (HMO) Salud Completa