



VERIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN

FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN

Complete este formulario si se inscribe en un plan de necesidades especiales por condiciones crónicas de Gold Kidney Health Plan

El plan de necesidades especiales Medicare Advantage de Gold Kidney of Arizona ofrece cobertura para personas con trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedades renales o diabetes.

Complete este formulario y devuélvalo con su solicitud de inscripción completa. Si su médico le ha diagnosticado o recibe tratamiento para al menos una de las condiciones crónicas mencionadas arriba, usted califica para inscribirse en un C-SNP que ofrece Gold Kidney Health Plan.

Solicitamos amablemente su permiso para verificar su condición con la información de los médicos o clínicas que nos da abajo. Esta información se usará para verificar su condición crónica en un plazo de dos meses de su inscripción. Medicare exige que Gold Kidney Health Plan verifique su condición crónica como parte del proceso de inscripción. Si no podemos verificar su condición crónica, debemos cancelar su inscripción en el C-SNP.

Información del solicitante		
Apellido	Nombre	Inicial de segundo nombre (opcional)
____ / ____ / _____	____ - ____ - _____	
Teléfono		
Teléfono alternativo		



Proveedores de atención médica que pueden verificar sus condiciones crónicas

Nombre del proveedor n.º 1	Teléfono del proveedor n.º 1
Dirección/lugar del proveedor n.º 1	
Nombre del proveedor n.º 2	Teléfono del proveedor n.º 2
Dirección/lugar del proveedor n.º 2	
Nombre del proveedor n.º 3	Teléfono del proveedor n.º 3
Dirección/lugar del proveedor n.º 3	

Autorización para el uso y la revelación de la información médica para la elegibilidad del plan médico para condiciones crónicas

Autorizo a los proveedores listados arriba a revelar mi información médica a Gold Kidney Health Plan para verificar que se me diagnosticó una condición crónica que me califica para inscribirme en un plan de necesidades especiales por condiciones crónicas de Gold Kidney Health Plan. Esta autorización aplica a toda la información médica que mantiene el proveedor relacionada con mi historia médica para las condiciones crónicas calificadas que se indican en este formulario.

Nota: Completar este documento autoriza la revelación o el uso de la información médica identificable individualmente, coherente con las leyes estatales y federales relacionadas a la privacidad de dicha información.

Nombre del solicitante (letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____