

Gold Kidney Health Plan (HMO C-SNP)

Formulario de verificación de afección crónica

Nombre del proveedor:		
Uno de sus pacientes ha elegido inscribirse en un plan de necesidades especiales crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) de Gold Kidney Medicare Advantage. Para calificar para la inscripción continua en este plan, CMS requiere una verificación por parte de un proveedor de atención médica de que a la persona se le ha diagnosticado una o más de las afecciones crónicas que califican para el plan.		
Información del paciente		
Apellido:	Nombre:	INIC. SEG. NOMBRE:
Identificación de Medicare (MBI):	Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____	
Verifique las afecciones que califican del paciente (marque todas las que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Trastornos cardiovasculares <input type="checkbox"/> Diálisis o servicios de diálisis <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca crónica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) <input type="checkbox"/> El paciente no tiene ninguna de las afecciones crónicas anteriores documentadas en su historia clínica.		
Certificación del proveedor de atención médica (puede ser completada por el proveedor o el personal del consultorio). Por la presente doy fe de que la información anterior es correcta y se indica en la historia clínica del paciente.		
Nombre en letra de imprenta:	Título:	
Firma:	Fecha: _____ / _____ / _____	

Complete la verificación verbal o escrita dentro de las 48 horas de la recepción. Usted o el personal de su oficina pueden completar esta verificación de la siguiente manera:

Teléfono: Para proporcionar una verificación verbal, comuníquese con Servicios para Miembros de Gold Kidney al **(844) 294-6535 (TTY: 711)**. Estamos disponibles del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana (excepto días feriados), y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días feriados).

Fax: Para proporcionar una verificación por escrito, envíe por fax el formulario de verificación completo y firmado al **(866) 547-1920**.

Solo para uso del consultorio de Gold Kidney		
Fecha de recepción:	Representante de Gold Kidney:	Estado:

Gold Kidney Health Plan, Inc.[®] es un plan HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en el Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.