

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:

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), ext. 5013**. 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**.

Verificación de condición crónica

Medicare requiere que Gold Kidney Health Plan verifique su afección crónica como parte del proceso de inscripción. Debe tener una enfermedad que lo califique para inscribirse en un plan de salud Gold Kidney. Si no consulta con un médico hoy mismo por una de las condiciones médicas que lo califican en las secciones de Heart y Diabetes o Dialysis y Kidney a continuación, es posible que no califique para nuestro plan. Es importante que nos proporcione la información de contacto de un médico o clínica que pueda verificar su condición. **Nota:** Si no podemos verificar su afección crónica, debemos cancelar su inscripción en el plan C-SNP al finalizar su segundo mes de inscripción.

Calificación para los planes Gold Kidney Heart & Diabetes: Debe responder "sí" a al menos una de las siguientes preguntas sobre afecciones crónicas para calificar para cualquier plan Gold Kidney Heart & Diabetes

¿Su médico u otro profesional de la salud certificado le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

Coágulos de sangre o enfermedad vascular en las piernas (CVD, en inglés)	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de las arterias coronarias (CAD, en inglés)	☐ Sí ☐ No
Arritmia cardíaca	☐ Sí ☐ No	Diabetes (enfermedad del azúcar en la sangre)	☐ Sí ☐ No
Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, en inglés)	☐ Sí ☐ No	Ataque cardíaco previo	☐ Sí ☐ No
		Derrame cerebral previo	☐ Sí ☐ No



¿Le han recetado o está tomando algún medicamento para alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente?			☐ Sí ☐ No
Indique los médicos, clínicas u otros proveedores de atención médica que puedan verificar sus respuestas afirmativas ("sí").			
Proveedor 1 (nombre del médico) (obligatorio)	Especialidad	Ciudad	
Teléfono:		Fax:	
Proveedor 2 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad	
Teléfono:		Fax:	
Divulgación de información			
Al completar esta sección se autoriza la divulgación y el uso de información de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con la Ley Federal relativa a la privacidad de dicha información. ☐ Por el presente, autorizo y solicito a Gold Kidney que confirme mis afecciones crónicas y obtenga mis registros médicos hasta que finalice mi inscripción en Gold Kidney Health Plan. (Se debe marcar la casilla para la verificación del plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (CSNP, en inglés))			
Nombre del solicitante (en letra de imprenta):		Fecha:	
Firma del solicitante/representante autorizado:		Firma del médico:	
Cómo calificar para los planes Gold Kidney Dialysis & Kidney: Debe responder "sí" a al menos una de las preguntas a continuación para calificar para cualquier plan de Gold Kidney Dialysis & Kidney			
¿Se ha realizado un análisis de sangre que indique que padece enfermedad renal crónica (CKD, en inglés) en cualquier etapa 1-5?			☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, seleccione la etapa de la CKD: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ No estoy seguro Si lo sabe, ¿cuál es su tasa de filtración glomerular estimada (eGFR, en inglés)? _____			
¿Recibe actualmente tratamiento de diálisis programada con regularidad? (A domicilio o en un centro médico)			☐ Sí ☐ No
¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés)/enfermedad del riñón en etapa terminal (ESKD, en inglés)?			☐ Sí ☐ No
¿Toma alguno de los siguientes tipos de medicamentos?			
Presión arterial	☐ Sí ☐ No	Diabetes (enfermedad del azúcar en la sangre)	☐ Sí ☐ No
Anticoagulantes sanguíneos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del corazón	☐ Sí ☐ No
Dolor en el pecho	☐ Sí ☐ No	Otro	☐ Sí ☐ No
Indique los médicos, clínicas u otros proveedores de atención médica que puedan verificar sus respuestas afirmativas ("sí").			
Nombre del nefrólogo principal (obligatorio)	Teléfono	Ciudad	

Proveedor 1 (nombre del médico)	Especialidad	Ciudad
Teléfono:	Fax:	
Proveedor 2 (nombre del médico))	Especialidad	Ciudad
Teléfono:	Fax:	
Divulgación de información		
Al completar esta sección se autoriza la divulgación y el uso de información de identificación individual, como se establece a continuación, de conformidad con la Ley Federal relativa a la privacidad de dicha información. ☐ Por el presente, autorizo y solicito a Gold Kidney que confirme mis afecciones crónicas y obtenga mis registros médicos hasta que finalice mi inscripción en Gold Kidney Health Plan. <i>(Se debe marcar la casilla para la verificación del plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (CSNP, en inglés))</i>		
Nombre del solicitante (en letra de imprenta):	Fecha:	
Firma del solicitante/representante autorizado:	Firma del médico:	

Solo para uso del consultorio de Gold Kidney (Gold Kidney Office Use Only)		
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.