

Formulario de verificación del Special Needs Plan para problemas médicos crónicos (C-SNP)

Su prestador de servicios médicos debe completar y firmar este formulario para ayudarnos a verificar su problema médico crónico. Si no recibimos este formulario firmado y completado de su prestador de servicios médicos antes del final del segundo mes de su inscripción, tendremos que cancelar su inscripción en la cobertura.

Su prestador de servicios médicos, su agente de seguros autorizado o usted pueden enviarnos este formulario de la siguiente manera:

- Por correo a HealthSpring E&E Team, PO Box 239, Nashville, TN 37202, o
- Por fax a Medicare E&E Team al **1-615-695-4358**, o
- Por correo electrónico encriptado a **CSNPVerification@HealthSpring.com** (la opción de correo electrónico seguro es solo para prestadores de servicios médicos y agentes de seguros).

Información del solicitante

Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Sexo	Número de identificación de beneficiario de Medicare (si se conoce)	
/ /	Masculino Femenino		

Verificación del problema médico crónico por parte del prestador de servicios médicos

Responda las tres preguntas.

1. ¿Su paciente tiene un diagnóstico de:

trastorno cardiovascular? **Sí** **No**

insuficiencia cardíaca crónica? **Sí** **No**

diabetes? **Sí** **No**

2. ¿Su paciente está tomando actualmente medicamentos recetados para trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes? **Sí** **No**

3. ¿Su paciente actualmente tiene signos o síntomas de trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes? **Sí** **No**

Nombre del prestador de servicios médicos	Título del prestador de servicios médicos
Firma del prestador de servicios médicos	Fecha / /

Un médico, asistente médico o practicante de enfermería (nurse practitioner) debe firmar este formulario.

Para cumplir con los requisitos para solicitar y mantener la cobertura de HealthSpring Achieve (HMO C-SNP), debe tener un diagnóstico clínico de trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 o 1-800-627-7534 (solo HMO de Arizona) (TTY 711). Nuestros horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local: de octubre a marzo: los 7 días de la semana; de abril a septiembre: de lunes a viernes. Utilizamos un servicio de mensajería los fines de semana, fuera del horario laboral y los días feriados federales.

Los productos y servicios de HealthSpring se ofrecen de manera exclusiva, ya sea directamente por las subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o por medio de estas. Health Care Service Corporation y sus afiliadas tienen contratos con Medicare para ofrecer las coberturas Medicare Advantage HMO y PPO, así como coberturas para medicamentos con receta (PDP, en inglés) de la Parte D en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La posibilidad de solicitar coberturas de HealthSpring depende de la renovación de los contratos. © 2026 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.