

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

La cobertura que ha seleccionado está diseñada para satisfacer las necesidades de las personas que tienen trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. Pídale a su profesional médico que complete este formulario para ayudarnos a verificar su problema médico. Su profesional médico puede enviarnos este formulario por correo postal a HealthSpring E&E Team, PO Box 239, Nashville, TN 37202; o por fax a la atención del equipo de Medicare E&E al **1-615-695-4358**; o por correo electrónico encriptado a [CSNPVerification@HealthSpring.com](mailto:CSNPVerification@HealthSpring.com).

## Información del solicitante

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

## Lea y firme a continuación:

Yo, (nombre del solicitante) \_\_\_\_\_, autorizo la divulgación de mi información médica por parte del profesional médico que figura en la siguiente página a HealthSpring para verificar que me hayan diagnosticado un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes, lo que me hace elegible para solicitar cobertura en HealthSpring Medicare Advantage C-SNP. Esta autorización se aplica a toda la información médica que tiene el prestador de servicios médicos con respecto a mi historia clínica o atención desde el (insertar fecha) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta la fecha para el problema médico indicado anteriormente. Esta autorización vencerá cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones: 1) no solicito cobertura en HealthSpring Medicare Advantage C-SNP para personas con diagnóstico clínico de trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes; o 2) finaliza mi cobertura en HealthSpring Medicare Advantage C-SNP.

### Comprendo lo siguiente:

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento antes de mi solicitud de cobertura en HealthSpring. Mi cancelación debe realizarse por escrito, estar firmada por mí o por mi representante autorizado, y enviarse a HealthSpring. HealthSpring cancelará el contacto con el profesional médico cuando lo solicite, pero solo si la solicitud se recibe antes de que HealthSpring se comunique con el profesional médico.
- Si rechazo esta autorización, HealthSpring puede rechazar mi solicitud de cobertura.
- HealthSpring protegerá la información divulgada como resultado de esta autorización de acuerdo con las leyes y los requisitos de confidencialidad estatales y federales aplicables.

<b>Firma del asegurado/miembro o representante autorizado</b>	<b>Fecha de hoy</b> / /
---	----------------------------

**COMPLETE Y ENVÍE AMBAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.**

**Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>
<b>Dirección</b>		
<b>Número de teléfono</b>	<b>Relación con el solicitante</b>	

**Verificación del problema médico crónico**

“Sí” a las tres preguntas precalifica automáticamente al solicitante.

- 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****

<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Título del profesional médico</b>
<b>Firma del proveedor</b>	<b>Fecha</b> /    /

Este formulario debe estar firmado por un médico, asistente médico o practicante de enfermería (nurse practitioner).

Para ser elegible para solicitar 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 al 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.

© 2026 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.