

가입자 정보

성:

중간 이니셜:

이름:

생년월일:

Medicare ID 번호(HICN):

전화번호:

만성 질환 확인을 위한 건강 정보 공개 승인:

본인은 하기 나열된 서비스 제공자가 본인의 건강 정보를 Wellcare와 공유하여 본인이 Wellcare의 만성 특수 요구 플랜에 가입할 수 있는 만성적 질환을 갖고 있는지 확인할 것을 승인합니다. 본 승인은 첫 페이지에 명시된 만성 질환에 대한 본인의 의학적 병력에 관련하여 서비스 제공자가 유지하는 모든 건강 정보에 적용됩니다.

참고: Wellcare는 본 승인 결과로서 공개된 정보를 모든 관련 주 및 연방 법률 및 요건에 따라 보호합니다.

문의 사항이 있으시거나 본 양식에 대한 도움이 필요하신 경우 연락해 주십시오. **1-888-888-9355** (TTY **711**)번으로 당사에 연락하실 수 있습니다. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능하며, 또는 언제든지 www.Wellcare.com/medicare를 방문하십시오.

가입자 서명: _____

날짜:

다음 섹션에서 가입자의 서비스 제공자의 연락처 정보를 제공해 주십시오. 본 양식을 작성하기 위해 당사가 가입자의 서비스 제공자에게 연락합니다.

가입자의 만성 질환을 확인할 수 있는 의사 또는 기타 의료 제공자

서비스 제공자 #1	서비스 제공자 #2
서비스 제공자 이름:	서비스 제공자 이름:
서비스 제공자 주소:	서비스 제공자 주소:
서비스 제공자 전화:	서비스 제공자 전화:
서비스 제공자 팩스:	서비스 제공자 팩스:

서비스 제공자에 의해 가입 후 작성됨.

서비스 제공자 증명

작성한 양식을 Wellcare에 팩스(1-813-867-5259 또는 1-866-319-5127)로 보내 주십시오.

본인은 상기 본인의 환자가 다음 만성 질환 중 하나 이상을 갖고 있음을 증명합니다.

만성 심부전(CHF) 예 아니요 심혈관 질환(CVD) 예 아니요
당뇨병 예 아니요

서비스 제공자 서명 _____ 날짜: _____

서비스 제공자(정자체): _____

주소: _____

Centene, Inc.는 Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS 플랜입니다. 저희 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다. 본 플랜은 심혈관 질환, 만성 심부전 또는 당뇨병 진단을 받은 모든 Medicare 가입자가 가입할 수 있습니다.