



Plan para necesidades especiales crónicas (CSNP) Formulario de verificación de cumplimiento de requisitos

Medidas urgentes necesarias

APELLIDO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICARE NUMBER:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO: (MM/DD/YYYY)

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NÚMERO DE PLAN:

H2962	-				
-------	---	--	--	--	--

Para confirmar que reúne los requisitos necesarios para inscribirse en nuestro Plan para necesidades especiales crónicas (CSNP), visite a su médico y pídale que rellene la siguiente información antes del 01/31/2026.

Por favor, enviar por fax al **855-825-8128** o por correo electrónico a SNP@ulthp.com.

También puede enviarla por correo a **Ultimate Health Plans Enrollment** al **PO Box 3459, Spring Hill, FL 34611**.

Una copia de esta carta también fue enviada por fax a su médico.

Para ser completado por médicos, asistentes médicos, proveedores de salud aliados y enfermeras.

El(la) solicitante mencionado(a) arriba ha solicitado inscribirse en el Plan para necesidades especiales crónicas ofrecidas por su plan de salud. Para calificar para este Plan, el(la) solicitante debe padecer alguna de las siguientes condiciones. Si tiene preguntas, contacte a Ultimate Health Plans en el 1-888-657-4170, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Durante ciertos momentos del año, podemos usar tecnologías alternativas para responder su llamada los fines de semana y los días festivos federales. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Le pedimos que confirme que el(la) solicitante padece alguna de las condiciones necesarias marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s).

- ☐ **Enfermedad cardiovascular (ECV)** – Planes 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052
Arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica, enfermedad valvular del corazón
- ☐ **Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)** – Planes 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052
- ☐ **Trastorno Pulmonar Crónico/EPOC** – Planes 023, 025
Asma, bronquitis crónica, Fibrosis quística, enfisema, fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar
- ☐ **Diabetes mellitus (DM)** – Planes 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052
- O-**
- ☐ **NO** confirmo la presencia de ninguna de las condiciones enumeradas anteriormente.

APELLIDO DEL MÉDICO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL MÉDICO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIRMA AUTORIZADA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Debe estar firmado por el consultorio del médico.

FECHA DE HOY: (DD/MM/AAAA)

		/			/														
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--