



C-SNP 参保前资格评估表 (PQAT)

重要提示 – 必须选择计划

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) 在 Medicare 合约 H5496 下提供两项不同的 C-SNP 计划，符合资格的慢性病条件各不相同。请选择受益人申请的计划，并仅填写相应的部分。

☐ **Imperial Senior Value (HMO C-SNP) – PBP 005** → 糖尿病、慢性心力衰竭和/或心血管疾病

☐ **Imperial Flex (HMO C-SNP) – PBP 017** → 糖尿病和/或心血管疾病（慢性心力衰竭不属于本计划的符合资格条件）

请填写本表格，并与您的参保申请一并交回给我们。Imperial 将在参保生效日起 30 天内向您的医生核实您的慢性病情况。如果我们无法核实您的慢性病情况，我们将需要取消您在本计划中的参保资格。

受益人信息		
姓	名	中间名首字母
出生日期（月/日/年）	Medicare 受益人识别码 (MBI)	电话号码

完成评估的日期和时间（如为面谈）：_____

或收到日期（如为邮寄或电子方式）：_____

糖尿病（适用于计划 005 和计划 017）

如果受益人患有或可能患有糖尿病，请填写本部分。

医生或其他持照医疗专业人员是否诊断您患有糖尿病（1 型或 2 型）？

☐ 是 ☐ 否

您是否出现过口渴加剧、频繁排尿、极度饥饿、不明原因体重下降、伤口愈合缓慢或反复感染的情况？

☐ 是 ☐ 否

您是否有过血糖偏高（高血糖症）的问题？

☐ 是 ☐ 否

您目前是否正在服用药物（胰岛素、口服药或非胰岛素注射剂）和/或遵循特殊饮食来控制血糖？

☐ 是 ☐ 否

慢性心力衰竭（仅适用于计划 005 – Senior Value）

△ 如果受益人申请的是 Imperial Flex (PBP 017)，请勿填写本部分。慢性心力衰竭不属于计划 017 的符合资格条件。

医生或其他持照医疗专业人员是否诊断您患有慢性或充血性心力衰竭？

☐ 是 ☐ 否

您是否因心脏问题而出现肺部积液或腿部肿胀？

☐ 是 ☐ 否

您是否服用药物以预防与心力衰竭相关的腿部或手部肿胀？

☐ 是 ☐ 否

您在步行或进行体力活动时是否感到疲劳，或步行时需要停下来休息？

☐ 是 ☐ 否

心血管疾病（适用于计划 005 和计划 017）

如果受益人患有或可能患有符合资格的心血管疾病（心律失常、冠状动脉疾病、外周血管疾病或心脏瓣膜病），请填写本部分。

医生或持照医疗专业人员是否曾诊断您患有心血管疾病，例如心律失常、冠状动脉疾病（包括心绞痛）、外周血管疾病或心脏瓣膜病？

☐ 是 ☐ 否

您是否出现心悸、胸痛或胸闷、气短——尤其是在体力活动时或休息时？

☐ 是 ☐ 否

您是否曾中风、心脏病发作（心肌梗死），或被告知胆固醇水平偏高需要治疗？

☐ 是 ☐ 否

您目前是否正在服用调节心律、降胆固醇、抗凝血、与心脏病相关的降血压，或改善血液循环的药物？

☐ 是 ☐ 否

可核实病情的医疗服务提供者

医生 / 提供者姓名	专科	城市
电话号码	传真号码	所属医院（如有）

健康信息披露授权书

本人特此授权上述提供者向 Imperial Health Plan of California 披露本人受保护的健康信息，以核实本人已被诊断患有符合所选 C-SNP 计划参保资格的慢性病。本授权适用于与上述慢性病相关的本人病史健康信息。

受益人签名：_____ 日期：_____

提供者证明（PQAT 核实所必需）

本人特此证明，上述患者患有以下一种或多种病症（仅勾选适用且所选计划允许的项目）：

注：签署的提供者必须是医生（依《社会保障法》第 1861(r)(1) 节的定义）、符合 42 CFR § 410.74(c) 资格要求的医师助理，或符合 42 CFR § 410.75(b)(1)(i) 和 (ii) 资格要求的执业护士，并且必须是参保人当前的主治提供者（针对该符合资格病症的主治医生或专科医生）。

适用于计划 005 (Senior Value) 和计划 017 (Flex):

☐ 糖尿病

☐ 心血管疾病（心律失常、CAD、PVD 和/或心脏瓣膜病）

仅适用于计划 005 (Senior Value) – 计划 017 请勿勾选：

☐ 慢性心力衰竭

提供者姓名（正楷）

提供者签名

今日日期

提供者地址 / NPI（选填）

如果您有任何疑问，请致电 1-800-838-8271（TTY: 711）联系我们的会员服务部。10 月 1 日至 3 月 31 日：周一至周日上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋标准时间）。4 月 1 日至 9 月 30 日：周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋标准时间），节假日除外。Imperial Health Plan 是与 Medicare 签约的 (HMO) (HMO SNP) 计划。能否参加 Imperial Health Plan 取决于合约续签情况。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。Imperial 不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而排斥任何人或不公平地对待他人。请注意：如果您说中文，您可以获得免费的语言协助服务。我们亦免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-800-838-8271（TTY: 711）或与您的医疗服务提供者联系。