



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

C-SNP 가입 전 자격 평가 도구 (PQAT)

중요 – 플랜 선택 필수

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)는 Medicare 계약 H5496 에 따라 두 가지 서로 다른 C-SNP 플랜을 제공하며, 자격 요건이 되는 만성 질환은 플랜별로 다릅니다. 수혜자가 신청하는 플랜을 선택하고 해당 섹션만 작성해 주십시오.

☐ **Imperial Senior Value (HMO C-SNP) – PBP 005** → 당뇨병, 만성 심부전 및/또는 심혈관 질환

☐ **Imperial Flex (HMO C-SNP) – PBP 017** → 당뇨병 및/또는 심혈관 질환 (**만성 심부전은 이 플랜의 자격 질환이 아닙니다**)

이 양식을 작성하여 가입 신청서와 함께 저희에게 반송해 주십시오. Imperial 은 가입 효력 발생일로부터 30 일 이내에 담당 의사를 통해 만성 질환을 확인합니다. 만성 질환을 확인할 수 없는 경우, 이 플랜에서 가입을 해지해야 합니다.

수혜자 정보		
성	이름	중간 이름 이니셜
생년월일 (월/일/년)	Medicare 수혜자 식별번호 (MBI)	전화번호

평가 완료 날짜 및 시간 (대면인 경우): _____

또는 접수 날짜 (우편 또는 전자 방식인 경우): _____

당뇨병 (플랜 005 및 플랜 017 모두 해당)

수혜자가 당뇨병이 있거나 있을 가능성이 있는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

의사나 면허를 소지한 의료 전문가로부터 당뇨병(제 1 형 또는 제 2 형) 진단을 받으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

갈증 증가, 잦은 배뇨, 극심한 공복감, 원인 불명의 체중 감소, 더디게 낫는 상처 또는 잦은 감염을 경험하신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

고혈당(고혈당증) 문제를 겪으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

혈당 조절을 위해 현재 약물(인슐린, 경구약 또는 비인슐린 주사제)을 복용하거나 특별 식단을 따르고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

만성 심부전 (플랜 005 – Senior Value 에만 해당)

△ 수혜자가 Imperial Flex (PBP 017)에 신청하는 경우 이 섹션을 작성하지 마십시오. 만성 심부전은 플랜 017의 자격 질환이 아닙니다.

의사나 면허를 소지한 의료 전문가로부터 만성 심부전 또는 울혈성 심부전 진단을 받으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

심장 질환으로 인해 폐에 체액이 고이거나 다리가 붓는 문제를 겪으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

심부전과 관련된 다리 또는 손의 부기를 예방하기 위해 약물을 복용하고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

걷거나 신체 활동을 할 때 피로를 느끼거나, 걷는 도중 멈춰서 쉬어야 합니까?

☐ 예 ☐ 아니요

심혈관 질환 (플랜 005 및 플랜 017 모두 해당)

수혜자가 자격 요건이 되는 심혈관 질환(부정맥, 관상동맥 질환, 말초혈관 질환 또는 심장판막 질환)이 있거나 있을 가능성이 있는 경우 이 섹션을 작성하십시오.

의사 또는 면허를 소지한 의료 전문가로부터 부정맥, 관상동맥 질환(협심증 포함), 말초혈관 질환 또는 심장판막 질환과 같은 심혈관 질환 진단을 받으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

특히 신체 활동 중이나 휴식 시에 두근거림, 흉통 또는 가슴 답답함, 숨가쁨을 경험하십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

뇌졸중, 심장마비(심근경색)를 겪으셨거나, 치료가 필요한 높은 콜레스테롤 수치가 있다는 안내를 받으신 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니요

현재 심장 박동조절, 콜레스테롤, 혈액 희석제, 심장 질환과 관련된 혈압, 또는 혈액 순환 개선을 위한 약물을 복용하고 계십니까?

☐ 예 ☐ 아니요

질환을 확인해 줄 수 있는 의료 서비스 제공자

의사 / 제공자 성명

전문 분야

도시

전화번호

팩스 번호

소속 병원 (해당되는 경우)

건강 정보 공개 동의서

본인은 선택한 C-SNP 플랜 가입 자격이 되는 만성 질환 진단을 받았음을 확인하기 위해, 위에 기재된 제공자가 본인의 보호 대상 건강 정보를 Imperial Health Plan of California 에 공개하는 것에 동의합니다. 본 동의는 위에 기재된 만성 질환에 관한 본인의 병력 정보에 적용됩니다.

수혜자 서명: _____ 날짜: _____

제공자 확인서 (PQAT 검증에 필수)

본인은 위에 기재된 본인의 환자가 다음 질환 중 하나 이상을 가지고 있음을 확인합니다(해당되는 선택한 플랜에서 허용되는 항목만 체크하십시오):

참고: 서명 제공자는 의사(사회보장법 제 1861(r)(1)조 정의), 42 CFR § 410.74(c)의 자격 요건을 충족하는 의사 보조원(PA), 또는 42 CFR § 410.75(b)(1)(i) 및 (ii)의 자격 요건을 충족하는 전문 간호사(NP)여야 하며, 가입자의 현재 담당 치료 제공자(해당 자격 질환의 주치의 또는 전문의)여야 합니다.

플랜 005 (Senior Value) 및 플랜 017 (Flex) 해당:

☐ 당뇨병

☐ 심혈관 질환 (부정맥, CAD, PVD 및/또는 심장판막 질환)

플랜 005 (Senior Value) 전용 – 플랜 017 에는 체크하지 마십시오:

☐ 만성 심부전

제공자 성명 (정자체)

제공자 서명

오늘 날짜

제공자 주소 / NPI (선택 사항)

문의 사항이 있으시면 회원 서비스부 1-800-838-8271, TTY: 711 로 연락해 주십시오. 10 월 1 일~3 월 31 일: 월~일 오전 8 시~오후 8 시(PST), 4 월 1 일~9 월 30 일: 월~금 오전 8 시~오후 8 시(PST), 공휴일 제외.

Imperial Health Plan 은 Medicare 와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP) 입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 여부에 따라 결정됩니다. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)는 관련 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. Imperial 은 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 누구도 배제하거나 부당하게 대우하지 않습니다. 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-838-8271 (TTY: 711)로 전화하시거나 담당 의료 서비스 제공자에게 문의하십시오.