



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción C-SNP (PQAT)

IMPORTANTE – SE REQUIERE SELECCIÓN DE PLAN

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) ofrece dos planes C-SNP distintos bajo el Contrato de Medicare H5496. Las condiciones crónicas que califican son diferentes. Seleccione el plan solicitado por el beneficiario y complete ÚNICAMENTE las secciones correspondientes.

☐ **Imperial Senior Value (HMO C-SNP) – PBP 005** → Diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica Y/O trastornos cardiovasculares

☐ **Imperial Flex (HMO C-SNP) – PBP 017** → Diabetes mellitus Y/O trastornos cardiovasculares (la insuficiencia cardíaca crónica NO es una condición que califique para este plan)

Complete este formulario y devuélvanoslo junto con su solicitud de inscripción. Imperial verificará su condición crónica con su médico dentro de los 30 días posteriores a la fecha efectiva de inscripción. Si no podemos verificarla, tendremos que cancelar su inscripción en este plan.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI)	Número de teléfono

Fecha y hora en que se completó la evaluación (si fue en persona): _____

O fecha de recepción (si fue por correo o medio electrónico): _____

DIABETES MELLITUS (Aplica a AMBOS: Plan 005 y Plan 017)

Complete esta sección si el beneficiario tiene o podría tener diabetes mellitus.

¿Le ha diagnosticado un médico u otro profesional de la salud con licencia diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2)?

☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tenido más sed de lo normal, orina frecuente, hambre extrema, pérdida de peso inexplicable, llagas que tardan en sanar o infecciones frecuentes?

☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tenido problemas de azúcar alta en la sangre (hiperglucemia)?

☐ SÍ ☐ NO

¿Toma actualmente medicamentos (insulina, agentes orales o inyectables no insulínicos) y/o sigue una dieta especial para controlar su azúcar en la sangre?

☐ SÍ ☐ NO

INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA (Aplica ÚNICAMENTE al Plan 005 – Senior Value)

⚠ NO complete esta sección si el beneficiario solicita Imperial Flex (PBP 017). La insuficiencia cardíaca crónica no es una condición que califique para el Plan 017.

¿Le ha diagnosticado un médico u otro profesional de la salud con licencia insuficiencia cardíaca crónica o congestiva?

☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tenido problemas de retención de líquido en los pulmones o hinchazón en las piernas debido a un problema del corazón?

☐ SÍ ☐ NO

¿Toma medicamentos para prevenir la hinchazón de las piernas o las manos relacionada con la insuficiencia cardíaca?

☐ SÍ ☐ NO

¿Siente fatiga al caminar o al hacer actividad física, o necesita detenerse y descansar cuando camina?

☐ SÍ ☐ NO

TRASTORNOS CARDIOVASCULARES (Aplica a AMBOS: Plan 005 y Plan 017)

Complete esta sección si el beneficiario tiene o podría tener un trastorno cardiovascular que califique (arritmias cardíacas, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica o valvulopatía cardíaca).

¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico o profesional de la salud con licencia una afección cardiovascular como arritmia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias (incluida la angina), enfermedad vascular periférica o valvulopatía cardíaca?

☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene palpitaciones, dolor u opresión en el pecho, o falta de aire, especialmente durante la actividad física o en reposo?

☐ SÍ ☐ NO

¿Ha tenido alguna vez un derrame cerebral, un ataque al corazón (infarto de miocardio), o le han indicado que tiene niveles elevados de colesterol que requieren tratamiento?

☐ SÍ ☐ NO

¿Toma actualmente medicamentos para el ritmo cardíaco, el colesterol, anticoagulantes, la presión arterial relacionada con enfermedades del corazón, o para mejorar la circulación?

☐ SÍ ☐ NO

PROVEEDOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PUEDEN VERIFICAR LA(S) CONDICIÓN(ES)

Nombre del médico / proveedor	Especialidad	Ciudad
Número de teléfono	Número de fax	Afiliación hospitalaria (si la hay)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a los proveedores indicados arriba a divulgar mi información de salud protegida a Imperial Health Plan of California para verificar que se me ha diagnosticado una condición crónica que me califica para inscribirme en el plan C-SNP seleccionado. Esta autorización aplica a la información de salud sobre mi historial médico de la(s) condición(es) indicada(s) arriba.

Firma del beneficiario: _____ Fecha: _____

ATESTACIÓN DEL PROVEEDOR (Requerida para la verificación del PQAT)

Doy fe de que mi paciente indicado arriba tiene una o más de las siguientes condiciones (marque solo las que apliquen y que estén permitidas para el plan seleccionado):

Nota: El proveedor que firma debe ser un médico (según se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social), un asistente médico que cumpla los requisitos de 42 CFR § 410.74(c), o un enfermero practicante que cumpla los requisitos de 42 CFR § 410.75(b)(1)(i) y (ii), y debe ser el proveedor tratante actual del afiliado (atención primaria o especialista para la condición que califica).

Para el Plan 005 (Senior Value) Y el Plan 017 (Flex):

☐ Diabetes mellitus

☐ Trastornos cardiovasculares (arritmias cardíacas, CAD, PVD y/o valvulopatía cardíaca)

Solo para el Plan 005 (Senior Value) – NO marcar para el Plan 017:

☐ Insuficiencia cardíaca crónica

Nombre del proveedor (en letra de molde)	Firma del proveedor
Fecha de hoy	Dirección del proveedor / NPI (opcional)

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-838-8271, TTY: 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, 8:00 a. m.–8:00 p. m. PST. Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, 8:00 a. m.–8:00 p. m. PST (excepto días feriados). Imperial Health Plan es un (HMO) (HMO SNP) con contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Imperial no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También hay disponibles, sin costo alguno, ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) o hable con su proveedor.