



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Công Cụ Đánh Giá Điều Kiện Trước Khi Ghi Danh C-SNP (PQAT)

QUAN TRỌNG – LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) cung cấp hai chương trình C-SNP riêng biệt theo Hợp đồng Medicare H5496. Các bệnh mãn tính hội đủ điều kiện của mỗi chương trình khác nhau. Xin chọn chương trình mà người thụ hưởng đang nộp đơn và chỉ điền vào các phần tương ứng.

☐ **Imperial Senior Value (HMO C-SNP) – PBP 005** → Bệnh tiểu đường, suy tim mãn tính, VÀ/HOẶC rối loạn tim mạch

☐ **Imperial Flex (HMO C-SNP) – PBP 017** → Bệnh tiểu đường VÀ/HOẶC rối loạn tim mạch (suy tim mãn tính KHÔNG phải là bệnh hội đủ điều kiện cho chương trình này)

Xin điền vào mẫu đơn này và gửi lại cho chúng tôi cùng với đơn ghi danh của quý vị. Imperial sẽ xác minh bệnh mãn tính của quý vị với bác sĩ của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày ghi danh có hiệu lực. Nếu chúng tôi không thể xác minh bệnh mãn tính của quý vị, chúng tôi sẽ phải hủy ghi danh của quý vị khỏi chương trình này.

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG

Họ	Tên	Chữ lót viết tắt
Ngày sinh (Tháng/Ngày/Năm)	Số Nhận Dạng Người Thụ Hưởng Medicare (MBI)	Số điện thoại

Ngày và giờ hoàn tất đánh giá (nếu gặp trực tiếp): _____

HOẶC ngày nhận được (nếu qua bưu điện hoặc điện tử): _____

BỆNH TIỂU ĐƯỜNG (Áp dụng cho CẢ Chương trình 005 và Chương trình 017)

Điền vào phần này nếu người thụ hưởng mắc hoặc có thể mắc bệnh tiểu đường.

Quý vị có được bác sĩ hoặc chuyên viên y tế có giấy phép chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường (Loại 1 hoặc Loại 2) không?

☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Quý vị có bị khát nước nhiều, đi tiểu thường xuyên, đói cồn cào, sụt cân không rõ nguyên nhân, vết thương lâu lành hoặc nhiễm trùng thường xuyên không?

☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Quý vị có gặp vấn đề về đường huyết cao (tăng đường huyết) không?

☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

Hiện quý vị có đang dùng thuốc (insulin, thuốc uống hoặc thuốc tiêm không phải insulin) và/hoặc theo chế độ ăn đặc biệt để kiểm soát đường huyết không?

☐ **CÓ** ☐ **KHÔNG**

SUY TIM MÃN TÍNH (Chỉ áp dụng cho Chương trình 005 – Senior Value)

⚠ KHÔNG điền vào phần này nếu người thụ hưởng nộp đơn cho Imperial Flex (PBP 017). Suy tim mãn tính không phải là bệnh hội đủ điều kiện cho Chương trình 017.

Quý vị có được bác sĩ hoặc chuyên viên y tế có giấy phép chẩn đoán mắc bệnh suy tim mãn tính hoặc suy tim sung huyết không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Quý vị có bị ứ dịch trong phổi hoặc sưng phù ở chân do vấn đề tim mạch không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Quý vị có dùng thuốc để ngăn ngừa sưng phù ở chân hoặc tay liên quan đến suy tim không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Quý vị có cảm thấy mệt khi đi bộ hoặc vận động, hoặc cần dừng lại nghỉ khi đi bộ không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

RỐI LOẠN TIM MẠCH (Áp dụng cho CẢ Chương trình 005 và Chương trình 017)

Điền vào phần này nếu người thụ hưởng mắc hoặc có thể mắc một rối loạn tim mạch hội đủ điều kiện (loạn nhịp tim, bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên hoặc bệnh van tim).

Quý vị có bao giờ được bác sĩ hoặc chuyên viên y tế có giấy phép chẩn đoán mắc bệnh tim mạch như loạn nhịp tim, bệnh động mạch vành (kể cả đau thắt ngực), bệnh mạch máu ngoại biên hoặc bệnh van tim không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Quý vị có bị hồi hộp đánh trống ngực, đau hoặc tức ngực, hay khó thở — nhất là khi vận động hoặc khi nghỉ ngơi không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Quý vị có bao giờ bị đột quỵ, nhồi máu cơ tim, hoặc được cho biết là có mức cholesterol cao cần điều trị không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Hiện quý vị có đang dùng thuốc điều hòa nhịp tim, thuốc hạ cholesterol, thuốc loãng máu, thuốc huyết áp liên quan đến bệnh tim, hoặc thuốc cải thiện tuần hoàn máu không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CÓ THỂ XÁC MINH (CÁC) TÌNH TRẠNG BỆNH

Tên bác sĩ / nhà cung cấp	Chuyên khoa	Thành phố
Số điện thoại	Số fax	Bệnh viện trực thuộc (nếu có)

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE

Tôi xin ủy quyền cho (các) nhà cung cấp nêu trên tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi cho Imperial Health Plan of California để xác minh rằng tôi đã được chẩn đoán mắc một bệnh mãn tính hội đủ điều kiện ghi danh vào chương trình C-SNP đã chọn. Ủy quyền này áp dụng cho thông tin sức khỏe liên quan đến bệnh sử của tôi về (các) bệnh mãn tính nêu trên.

Chữ ký người thụ hưởng: _____ Ngày: _____

XÁC NHẬN CỦA NHÀ CUNG CẤP (Bắt buộc để xác minh PQAT)

Tôi xin xác nhận rằng bệnh nhân của tôi nêu trên mắc một hoặc nhiều bệnh sau đây (chỉ đánh dấu những bệnh phù hợp và được chấp nhận cho chương trình đã chọn):

Lưu ý: Nhà cung cấp ký tên phải là bác sĩ (theo định nghĩa tại mục 1861(r)(1) của Đạo luật An sinh Xã hội), phụ tá bác sĩ hội đủ điều kiện theo 42 CFR § 410.74(c), hoặc y tá hành nghề hội đủ điều kiện theo 42 CFR § 410.75(b)(1)(i) và (ii), và phải là nhà cung cấp đang điều trị hiện tại cho người ghi danh (bác sĩ gia đình hoặc bác sĩ chuyên khoa cho bệnh hội đủ điều kiện).

Cho Chương trình 005 (Senior Value) VÀ Chương trình 017 (Flex):

☐ Bệnh tiểu đường

☐ Rối loạn tim mạch (loạn nhịp tim, CAD, PVD, và/hoặc bệnh van tim)

Chỉ cho Chương trình 005 (Senior Value) – KHÔNG đánh dấu cho Chương trình 017:

☐ Suy tim mãn tính

Tên nhà cung cấp (viết in)

Chữ ký nhà cung cấp

Ngày hôm nay

Địa chỉ nhà cung cấp / NPI (không bắt buộc)

Nếu quý vị có thắc mắc, xin liên lạc với Ban Dịch Vụ Hội Viên của chúng tôi qua số 1-800-838-8271, TTY: 711. Từ 1 tháng 10 – 31 tháng 3: Thứ Hai–Chủ Nhật, 8:00 sáng–8:00 tối (giờ PST). Từ 1 tháng 4 – 30 tháng 9: Thứ Hai–Thứ Sáu, 8:00 sáng–8:00 tối (giờ PST), trừ ngày lễ. Imperial Health Plan là chương trình (HMO) (HMO SNP) có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Imperial Health Plan tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. Imperial không loại trừ hay đối xử bất công với bất kỳ ai vì chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, chúng tôi có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Chúng tôi cũng cung cấp miễn phí các phương tiện và dịch vụ trợ giúp thích hợp để cung cấp thông tin ở dạng dễ tiếp cận. Xin gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.