



**Imperial Health Plan of California (HMO SNP) Senior Value
Herramienta de evaluación para la calificación
previa a la inscripción**

Para ser llenado por el solicitante

| | | |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------|
| Apellido: | Nombre: | Inicial: |
| Número de identificación de Medicare: | Fecha de nacimiento: | Número de teléfono: |

Por favor, complete la siguiente sección junto con su Solicitud de Inscripción. Si puede responder “Sí” o “No sé” a cualquiera de las siguientes preguntas, usted puede ser elegible para inscribirse en el Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP). Antes de finalizar el primer mes de inscripción, IHP confirmará con su médico autorizado si usted tiene la condición médica necesaria para poder inscribirse en el plan IHP SNP. Si en algún momento actual o en algún momento posterior se determina que usted no tiene la condición médica necesaria para inscribirse en este plan, IHP está obligado a cancelar su inscripción.

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| ¿Tiene diabetes mellitus (DM)? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No sé |
| ¿Tiene insuficiencia cardíaca crónica (CHF, por sus siglas en inglés)? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No sé |
| ¿Tiene alguna enfermedad cardiovascular (CVD, por sus siglas en inglés)? | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> No sé |

| | | |
|--------------------|---------------------|----------------|
| Nombre del médico: | Número de teléfono: | Número de fax: |
|--------------------|---------------------|----------------|

Dirección del médico:

Autorización de divulgación de la información de salud del solicitante

Por la presente autorizo que el proveedor antes mencionado divulgue mi información de salud a IHP para verificar que he sido diagnosticado(a) con una condición crónica que permite que califique para inscribirme en IHP. Esta autorización aplica a toda la información de salud relacionada con mi historia médica sobre la(s) condición(es) crónica(s) antes mencionada(s) que el proveedor mantiene en sus registros.

Escriba el Nombre del solicitante Firma del solicitante Fecha

Para ser llenado por el profesional autorizado

| | | |
|-----------------|---------------|-------------|
| Physician Name: | Phone Number: | Fax Number: |
|-----------------|---------------|-------------|

Physician Address:

I hereby confirm the above applicant has the qualifying chronic condition(s) indicated below.

Applicant has: DM CHF CVD None

Print Name of Physician Signature: Date Applicant Seen:

Fax Assessment Tool to IHP at 1-626-380-9066 attention Enrollment Department



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California (HMO SNP) Senior Value Herramienta de evaluación para la calificación previa a la inscripción

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al 1-800-838-8271, (TTY/TDD: 711), de lunes a domingo de 8:00 am a 8:00 pm, excepto días festivos, durante el período del 1° de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de 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 cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。