



Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

사전 가입 자격 평가 도구

이 양식은 Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP) Senior Value 플랜 005 가입 신청서와 함께 제출해야 합니다.

신청자 작성		
이름:	중간 이니셜:	성:
성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	생년월일:	전화번호:
주소:		
시:	주:	우편번호

임상적 검증 질문

다음 중 하나라도 해당하는 경우 IHP 플랜 005에 가입할 자격이 있을 수 있습니다. 가입 첫 달이 끝나기 전에 IHP는 지정된 면허가 있는 개업의에게 귀하가 IHP Chronic SNP 플랜 005에 가입하는 데 필요한 자격 조건을 가지고 있는지 확인할 것입니다. 언제든지 또는 그 이후의 어느 시점에든 귀하에게 자격 조건이 없다고 판단될 경우, 귀하는 더 이상 IHP Chronic SNP 플랜 005에 가입할 자격이 없으며 IHP는 플랜 005에 대한 귀하의 가입을 해지해야 합니다.

의사가 귀하에게 해당할 수 있다고 말한 항목에 체크 표시:

- 진성 당뇨병 (고혈당)
- 만성 심부전
 - 고혈압(고혈압)
- 심혈관 질환
 - 심장 부정맥(심계항진, 추가 심장 박동, 심방 세동, 심방 조동, 빠르거나 느린 심박수, 심박 조율기, 제세동기, 실신)
 - 관상동맥 질환(심장마비, 스텐트, 심장 수술)
 - 말초혈관질환(혈액 순환 불량)
 - 만성 정맥 혈전색전성 장애(혈전)
 - 뇌졸중 병력
 - 고지혈증(높은 콜레스테롤 수치)

약물 관련 질문

1. 위에 열거된 질병으로 인해 현재 또는 약물을 복용한 적이 있습니까? 예 아니요
2. 인슐린 주사를 맞아본 적이 있습니까? 예 아니요
3. 메트포르민을 복용한 적이 있습니까? 예 아니요
4. 현재 어떤 약을 복용하고 있습니까? _____

의사 이름:	전화번호:	팩스 번호:
의사 주소:		



Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

사전 가입 자격 평가 도구

건강 정보 공개에 대한 신청자의 허가

본인은 본인이 IHP에 가입할 자격이 있는 만성 질환 진단을 받았음을 확인하기 위해 위에 열거된 서비스 제공자가 본인의 건강 정보를 IHP에 공개하는 것을 허가합니다. 이 허가는 위에 명시된 만성 질환에 대한 본인의 병력과 관련하여 서비스 제공자가 유지하는 모든 건강 정보에 적용됩니다.

신청자 이름(정자체) _____ 신청자 서명 _____ 날짜 _____

신청자 정보

이름: _____ 성: _____ 생년월일: _____

다음 섹션은 면허가 있는 개업의가 작성해야 합니다.

의사 이름: _____ 전화번호: _____ 팩스 번호: _____

의사 주소: _____

본인은 위의 신청자가 아래에 표시된 적격 만성 질환을 앓고 있음을 확인합니다.

신청자는 다음을 앓고 있습니다.

- 진성 당뇨병(고혈당)**
- 만성 심부전**
 - 고혈압(고혈압)
- 심혈관 질환**
 - 심장 부정맥(심계항진, 추가 심장 박동, 심방 세동, 심방 조동, 빠르거나 느린 심박수, 심박 조율기, 제세동기, 실신)
 - 관상동맥 질환(심장마비, 스텐트, 심장 수술)
 - 말초혈관질환(혈액 순환 불량)
 - 만성 정맥 혈전색전성 장애(혈전)
 - 뇌졸중 병력
 - 고지혈증(높은 콜레스테롤 수치)

의사 이름(정자체) _____ 서명: _____ 신청자 확인 날짜: _____

평가 도구를 IHP에 1-626-380-9066 번 Membership Department로 팩스 전송

궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST) 및 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST), 토요일~일요일 오전 10시(PST)~오후 2시(PST), 공휴일은 제외됩니다.

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다.



Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

사전 가입 자격 평가 도구

주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 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 1-800-708-5976 (TTY: 711).