



# Imperial Insurance Company of Texas (HMO SNP) 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 Insurance Company of Texas (IICTX) (HMO SNP). Antes de finalizar el primer mes de inscripción, IICTX confirmará con su médico autorizado si usted tiene la condición médica necesaria para poder inscribirse en el plan IICTX 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, IICTX 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 IICTX para verificar que he sido diagnosticado(a) con una condición crónica que permite que califique para inscribirme en IICTX. 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 IICTX at 1-626-380-9066 attention Enrollment Department**



## **Imperial Insurance Company of Texas (HMO SNP) 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 Insurance Company of Texas es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Insurance Company of Texas depende de la renovación del contrato.

Imperial Insurance Company of Texas (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)。