

2023

# Resumen de beneficios

Imperial Insurance Company Traditional (HMO) 003

Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP) 004

Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Insurance Traditional Plus (HMO) 007

Imperial Courage Plan (HMO) 008



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

# Imperial Insurance Companies, Inc.

## (HMO) (HMO SNP)

Este documento está disponible gratis en español. Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-800-838-8271 (TTY 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, o del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, excepto festivos, o visítenos en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).



### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP), usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Vive en nuestra área de servicio
- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- Es ciudadano estadounidense

Algunos de nuestros planes tienen requisitos adicionales para unirse.

- Para inscribirse en Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP), debe tener tanto Medicaid como Medicare.
- Para inscribirse en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) usted también debe haber sido diagnosticado con un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Imperial Insurance Companies cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que están disponibles para proporcionarle atención médica y de beneficios suplementarios. Al inscribirse en nuestro plan de

salud, usted debe seleccionar un médico de cuidado de salud primario (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP trabajará con nosotros para coordinar su atención médica y especializada cuando necesite atenderse con otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no forma parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios, excepto en caso de emergencia. Puede revisar nuestros directorios en nuestro sitio web: [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).

### ¿Cómo determino mis costos de medicamentos recetados de la Parte D?

Los medicamentos de la Parte D que cubrimos están clasificados en cinco y seis niveles diferentes, dependiendo del paquete de beneficios del plan en el que se inscribe. Usted necesitará una copia de nuestra lista de medicamentos o “formulario” para determinar en qué nivel se encuentra su medicamento. El monto que usted pague dependerá del nivel del medicamento, el número de días para el suministro del medicamento, la etapa de beneficio que usted ha alcanzado, si está usando una farmacia de la red y el tipo de farmacia que utiliza (por ejemplo, venta al por menor, pedido por correo, cuidado a largo plazo, infusión en el hogar, etc.).

**¿Dónde puedo encontrar más información?**

El personal de nuestro Departamento de Membresía está a su disposición para responder cualquier pregunta sobre elegibilidad y beneficios. Llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, excepto festivos.

Este Resumen de Beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No incluye

todos los servicios que cubrimos ni incluye todas las limitaciones o exclusiones. Para pedir una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la “Evidencia de cobertura”. Puede encontrar este manual en nuestro sitio web en [www.Imperialhealthplan.com](http://www.Imperialhealthplan.com), enumerado bajo “*member benefits*”.

Si desea informarse más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, por favor, consulte el manual “Medicare y Usted”. Puede encontrar este manual en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Área de servicio de Imperial Insurance Companies**

Plan	Condados donde atendemos
Imperial Insurance Company Traditional (HMO) 003	<b>Arizona:</b> Coconino, Maricopa, Pima, Pinal, Yavapai
Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 005	<b>Nevada:</b> Clark
Imperial Insurance Traditional Plus (HMO) 007	<b>Texas:</b> Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Harris, Hays, Montgomery, Nueces, Tarrant, Travis, Williamson y Wise
Imperial Courage Plan (HMO) 008	<b>Texas:</b> Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Harris, Hays, Montgomery, Nueces, Tarrant, Travis, Williamson y Wise
Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP) 004	<b>Texas:</b> Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Harris, Hays, Montgomery, Nueces, Tarrant, Travis, Williamson y Wise

**Imperial Insurance Company Traditional (HMO) 003**

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<p><b>Primas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>
<p><b>Deducible</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plan no tiene deducible para la Parte C</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999</li> </ul>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga \$125 por días 1-5</li> <li>• Usted paga \$0 al día por días 6 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$0 al día por días 1 – 60</li> </ul>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0</li> </ul>
<p><b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Consultas médicas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0</li> <li>• Consulta con el especialista<sup>1,2</sup>: Usted paga \$0</li> <li>• Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video</li> </ul>
<p><b>Atención preventiva<sup>1</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios cubiertos</li> </ul>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$100 por consulta</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su copago por atención de emergencia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Insurance Company Traditional (HMO)</b>
<b>Servicios de urgencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0</li> </ul>
<b>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT)</li> <li>• Radiografías para pacientes externos</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Exámenes de diagnóstico</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos</b> ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año</li> <li>• Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año</li> </ul>
<b>Servicios de la vista</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de la vista cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> </ul> </li> <li>• El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<p><b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b>            ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta como paciente interno:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga \$200 al día por días 1-7</li> <li>• Usted paga \$0 al día por días 8-90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico)</li> <li>• Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b>            ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 – 20</li> <li>• Usted paga \$164.50 al día por días 21 - 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia<sup>1,2</sup></b>            ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón):                Usted paga 20% del costo total</li> <li>• Usted paga \$15 por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla y del lenguaje</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b>            ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$125 por viaje de ida por tierra</li> <li>• Usted paga 20% del costo total por viaje por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> </ul>
<p><b>Transporte<sup>1,2</sup></b>            ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan</li> </ul>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b>            ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

**Resumen de beneficios**

*Sección 2 Imperial Insurance Company Traditional (HMO)*

Parte B?	
----------	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Medicamentos recetados de la Parte D</b>		<b>Imperial Insurance Company Traditional (HMO)</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	Usted paga \$0		
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$7,400		
<b>Etapa de deducible</b>	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)		
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</b>		
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00	
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
<b>Etapa de Período sin cobertura</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,050</b>		
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.		
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
	<b>Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</b>		

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%
--	---

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<b>Entrega de comidas a domicilio<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<b>Servicios de salud en el hogar<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar</li> </ul>
<b>Servicios de apoyo en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.</li> </ul>
<b>Equipo médico / Suministros<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)<sup>1</sup>, como una silla de ruedas</li> <li>• Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis<sup>1</sup> tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales</li> <li>• Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal</li> </ul>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$115 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo</li> <li>• No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC</li> <li>• No se acumula de mes a mes</li> </ul>
<b>Cuidado rutinario de los pies<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario</li> </ul>
<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Cobertura a nivel mundial</b> ¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0</li><li>• Solo para servicios de urgencia o de emergencia</li></ul>
--	---

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

**Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP) 004**

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)</b>
<b>Primas</b> ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Prima de la Parte D: Usted paga \$28.10 al mes</li> <li>• Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>
<b>Deducible</b> ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe pagar el deducible estándar de la Parte B de Medicare antes de que el plan cubra sus servicios de la Parte B. En 2022 esta cantidad fue de \$233. Esto puede cambiar para 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie esta cantidad</li> </ul>
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 - 60</li> <li>• Usted paga \$389 al día por días 61 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60</li> <li>• Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% de los costos totales</li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</li> </ul>
<b>Consultas médicas</b> ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta con el médico de atención primaria o el especialista<sup>1,2</sup>:</li> <li>• Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video</li> </ul>
<b>Atención preventiva<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total para la detección del glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos</li> </ul>
--	--

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)</b>
<p><b>Atención de emergencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total hasta \$125</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Servicios de urgencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total hasta \$65</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Exámenes de diagnóstico</li> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI)</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica</li> <li>• Radiografías</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos</li> <li>• Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$2,500 por año calendario</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Servicios odontológicos<sup>1,2</sup></b>                  ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga 20% del costo total</li> <li>• Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año</li> <li>• Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales y otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 al año</li> </ul>
--	---

<p><b>Primas y beneficios</b></p>	<p><b>Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)</b></p>
<p><b>Servicios de la vista</b>                  ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de la vista cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> </ul> </li> <li>• El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos</li> </ul>
<p><b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b>                  ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta como paciente interno: Usted paga \$0 al día por días 1-60                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$389 al día por días 61 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60</li> <li>• Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 – 20</li> <li>• Usted paga \$194.50 al día por días 21 – 100</li> <li>• Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca (corazón), Terapia ocupacional, Fisioterapia y terapia del habla y lenguaje</li> </ul>
<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por viaje por tierra o por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> </ul>
<p><b>Transporte<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan</li> </ul>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)	
<b>Prima de la Parte D</b>	Usted paga \$28.10		
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$7,400		
<b>Etapa de deducible</b>	Usted paga \$505 por medicamentos del Nivel 2 al 5 antes de que el plan empiece a pagar su parte.		
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</b>		
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	0%	0%	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	25%	25%	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	25%	25%	
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	25%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
<b>Etapa de Período sin cobertura</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</b>		
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro		
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos			
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
	<b>Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</b>		

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

**Etapa de cobertura en situaciones  
catastróficas**

El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Beneficios complementarios</b>	<b>Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)</b>
<b>Entrega de comidas a domicilio<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<b>Servicios de salud en el hogar<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar</li> </ul>
<b>Servicios de apoyo en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por hasta 60 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, la compra de comestibles, la recolección de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.</li> </ul>
<b>Equipo médico / Suministros<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo Médico Duradero (DME)<sup>1</sup>, como oxígeno o una silla de ruedas</li> <li>• Prótesis<sup>1</sup> tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales</li> <li>• Suministros de monitoreo para diabéticos<sup>1</sup></li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal.</li> </ul>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$110 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo</li> <li>• No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC</li> <li>• No se acumula de mes a mes</li> </ul>
<b>Dispositivo de respuesta de emergencia personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 para 1 dispositivo al año</li> </ul>
<b>Cuidado rutinario de los pies<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).</li> </ul>
<b>Cobertura a nivel mundial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0</li> <li>• Solo para servicios de urgencia o de emergencia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

**Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 005**

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Primas y beneficios	Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)
<b>Primas</b> ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>
<b>Deducible</b> ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plan no tiene deducible para la Parte C</li> </ul>
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$125 al día por días 1-5</li> <li>• \$0 al día por días 6 - 90</li> </ul> </li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 - 60</li> </ul>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0</li> </ul>
<b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</li> </ul>
<b>Consultas médicas</b> ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0</li> <li>• Consulta con el especialista<sup>1,2</sup>: Usted paga \$0</li> <li>• Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video</li> </ul>
<b>Atención preventiva<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios preventivos cubiertos</li> </ul>
<b>Atención de emergencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$100</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<b>Servicios de urgencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)</b>
<p><b>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico</li> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI)</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica</li> <li>• Radiografías</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Subvención para audífonos: Usted paga 20% del costo total. El plan cubre hasta \$1,250 al año</li> </ul>
<p><b>Servicios odontológicos</b> ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año</li> <li>• Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año</li> </ul>
<p><b>Servicios de la vista</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de la vista cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> <li>• El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos</li> </ul> </li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Primas y beneficios	Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)
<p><b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta como paciente internos: Medicare cubre los primeros dos días de su hospitalización. Después de esto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$200 al día por días 1-7</li> <li>• Usted paga \$0 al día por días 8 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes externos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico)</li> <li>• Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 – 20</li> <li>• Usted paga \$164.50 al día por días 21 - 100</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón): Usted paga 20% del costo total</li> <li>• Usted paga \$15 por consulta por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla y del lenguaje</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga un copago de \$125 por viaje de ida por tierra</li> <li>• Usted paga 20% del costo total por viajes por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> </ul>
<p><b>Transporte<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usted paga \$0 por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li></ul>
---	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Medicamentos recetados de la Parte D Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)</b>		
<b>Prima de la Parte D</b>	Usted paga \$0	
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$7,400	
<b>Etapas de deducible</b>	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)	
<b>Etapas de cobertura inicial</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</b>	
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Nivel 6 – Medicamentos de Select Care	\$3.00	\$0
<b>Etapas de Período sin cobertura</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</b>	
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos		
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Nivel 6 – Medicamentos de Select Care	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	<b>Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</b>
	El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)
<b>Entrega de comidas a domicilio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<b>Servicios de salud en el hogar<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar</li> </ul>
<b>Servicios de apoyo en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.</li> </ul>
<b>Equipo médico / Suministros<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)<sup>1</sup>, como oxígeno o una silla de ruedas.</li> <li>• Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis<sup>1</sup> tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales</li> <li>• Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal.</li> </ul>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$115 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo</li> <li>• No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC</li> <li>• No se acumula de mes a mes</li> </ul>
<b>Cuidado rutinario de los pies<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).</li> </ul>
<b>Cobertura a nivel mundial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0</li> <li>• Solo para servicios de urgencia o de emergencia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

**Imperial Insurance Traditional Plus (HMO) 007**

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Primas y beneficios	Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)
<p><b>Primas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Pagamos \$110 de su prima de la Parte B. Usted debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>
<p><b>Deducible</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In 2022, el deducible de la Parte C para este plan es \$233. Esta cantidad puede cambiar para 2023. Imperial Insurance Traditional Plus le notificará cuando Medicare publique el monto para 2023</li> <li>• Deducible de la Parte D: Usted paga \$505</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$8,300</li> </ul>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 - 60</li> <li>• Usted paga \$389 al día por días 61 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60</li> <li>• Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</li> </ul>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total</li> </ul>
<p><b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Consultas médicas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista<sup>1,2</sup>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta con el médico de atención primaria o el especialista<sup>1,2</sup>.</li> <li>• Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Atención preventiva<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Usted paga 20% del costo total para la detección del glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida</li><li>• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos</li></ul>
--	---

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)</b>
<b>Atención de emergencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total hasta \$95</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<b>Servicios de urgencia</b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total hasta \$60</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<b>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico</li> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica</li> <li>• Radiografías</li> </ul> </li> </ul>
<b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos</b> ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año</li> <li>• Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Servicios de la vista</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>• Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> <li>• El plan cubre hasta \$240 al año para anteojos</li> </ul> </li> </ul>
---	---

<p><b>Primas y beneficios</b></p>	<p><b>Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)</b></p>
<p><b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta como paciente interno:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1- 60</li> <li>• Usted paga \$389 al día por días 61 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60</li> <li>• Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 – 20</li> <li>• Usted paga \$194.50 al día por días 21 – 100</li> <li>• Usted paga 100% del costo por días 101 y más</li> <li>• Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón)</li> <li>• Consulta de terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla y del lenguaje</li> </ul> </li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por viaje por tierra o por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> </ul>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Medicamentos recetados de la Parte D</b>		<b>Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	Usted paga \$0		
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$7,400		
<b>Etapa de deducible</b>	Usted paga \$505 por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte		
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</b>		
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>	
Todos los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad	25%	25%	
<b>Etapa de Período sin cobertura</b>	<b>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</b>		
	<b>Suministro para 30 días de venta al por menor</b>	<b>Suministro para 100 días de pedido por correo</b>	
Todos los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro		
<b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	<b>Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</b>		
	El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%		

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)
<b>Servicios de salud en el hogar<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar</li> </ul>
<b>Servicios de apoyo en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.</li> </ul>
<b>Equipo médico / Suministros<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por artículo para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo médico duradero (DME)<sup>1</sup>, como oxígeno o una silla de ruedas</li> <li>• Prótesis<sup>1</sup> tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales</li> </ul> </li> <li>• Usted paga 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

## Imperial Courage Plan (HMO) 008

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Primas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes</li> <li>• Pagamos \$75 de su prima de la Parte B. Usted debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>
<p><b>Deducible</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plan no tiene deducible para la Parte C</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999</li> </ul>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga \$125 por días 1-5</li> <li>• Usted paga \$0 al día por días 6 - 90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$0 al día por días 1 – 60</li> </ul>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por servicios hospitalarios para pacientes externos</li> </ul>
<p><b>Centro de cirugía ambulatoria<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Consultas médicas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista<sup>1,2</sup>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por cada consulta con el médico de atención primaria o el especialista<sup>1,2</sup>.</li> <li>• Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video</li> </ul>
<p><b>Atención preventiva</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 para la detección del glaucoma<sup>1</sup>, capacitación para el autocontrol de la diabetes<sup>1</sup>, enemas de bario<sup>1</sup>, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida</li> <li>• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$100 por consulta</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0</li> <li>• Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico</li> <li>• Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI)</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Servicios de radiología terapéutica</li> <li>• Radiografías</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Servicios auditivos<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario</li> </ul>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0</li> <li>• Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año</li> <li>• Usted paga \$0 por servicios restaurativos; protodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Servicios de la vista</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios de la vista cubiertos por Medicare</li> <li>• Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista</li> <li>• Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> <li>• El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos</li> </ul> </li> </ul>
---	---

<p><b>Primas y beneficios</b></p>	<p><b>Imperial Courage Plan (HMO)</b></p>
<p><b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta como paciente interno:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga \$200 al día por días 1-7</li> <li>• Usted paga \$0 al día por días 8-90</li> <li>• Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico)</li> <li>• Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 al día por días 1 – 20</li> <li>• Usted paga \$164.50 al día por días 21 – 100</li> <li>• Usted paga 100% del costo por días 101 y más</li> </ul>
<p><b>Fisioterapia<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por servicios de rehabilitación cardiaca (corazón)</li> <li>• Usted paga \$15 por cada uno de los siguientes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla y del lenguaje</li> </ul> </li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$125 por cada viaje por tierra</li> <li>• Usted paga 20% del costo total por viaje por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> </ul>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Beneficios complementarios	Imperial Courage Plan (HMO)
<b>Entrega de comidas a domicilio<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<b>Servicios de salud en el hogar<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar</li> </ul>
<b>Equipo médico / Suministros<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)<sup>1</sup>, como una silla de ruedas</li> <li>• Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis<sup>1</sup> tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales</li> <li>• Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal</li> </ul>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$115 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo</li> <li>• No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC</li> <li>• No se acumula de mes a mes</li> </ul>
<b>Cuidado rutinario de los pies<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario</li> </ul>
<b>Programas de bienestar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).</li> </ul>
<b>Cobertura a nivel mundial</b> ¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0</li> <li>• Solo para servicios de urgencia o de emergencia</li> </ul>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con <sup>1</sup>. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con <sup>2</sup>.

## Resumen de beneficios 2023

---

Imperial Health revisa constantemente cómo la tecnología en nuevos dispositivos y servicios puede mejorar la salud de nuestros miembros. Para obtener una lista de lo que está disponible para usted, llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 6:00 a. m. a 8:00 p. m. PST o del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 8:00 p. m. PST excepto festivos.

Imperial Insurance Companies, Inc. es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Insurance Companies (HMO) (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) para obtener información adicional. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

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

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