

2025

Paquete de inscripción

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Traditional (HMO) 007

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Giveback (HMO) 014

Imperial Courage Plan (HMO) 016



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA



**2025 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)
Índice del Paquete de Preinscripción**

| | |
|---|----|
| CARTA DE PRESENTACIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTO | 2 |
| ALCANCE DE LA CITA | 5 |
| ELEGIBILIDAD..... | 7 |
| RESUMEN DE BENEFICIOS (012, 005, 014, 007, 016, 011) | 9 |
| CÓMO INSCRIBIRSE Y QUÉ OCURRE DESPUÉS..... | 63 |
| LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN | 64 |
| CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN..... | 66 |
| SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN..... | 68 |
| EVALUACIÓN DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SPECIAL NEEDS PLAN, SNP)..... | 77 |
| EVALUACIÓN DE RIESGOS DE SALUD (HEALTH RISK ASSESSMENT, HRA) | 81 |
| TABLA DE RESUMEN DE PRIMAS DE BAJOS INGRESOS..... | 86 |
| ENCARTE EN MÚLTIPLES IDIOMAS | 87 |
| CALIFICACIÓN POR ESTRELLAS | 90 |
| NÚMEROS DE CONTACTOS IMPORTANTES..... | 91 |



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Estimado(a) Miembro Potencial de Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP):

Gracias por considerar a Imperial para su cobertura médica. Imperial Health Plan of California es un plan Medicare Advantage que está listo para proporcionarle una alta calidad de servicios médicos, dentales y de medicamentos recetados.

Como su plan de salud de Medicare de elección, trabajamos en colaboración con nuestros grupos médicos contratados, hospitales y médicos (de atención primaria y especialistas) para coordinar todos los aspectos de su atención como paciente, que incluyen la hospitalización y las consultas en especialidades. Trabajamos con un vasto número de proveedores de salud para garantizar que reciba la atención que necesita de manera oportuna y dentro de su comunidad.

Para el 2025, tendrá acceso a muchos beneficios suplementarios, tales como atención dental integral, atención de la vista y auditiva, transporte, membresía del club de salud, medicamentos y suministros de venta sin receta (Over the Counter, OTC), atención de rutina de los pies y más. Una vez que compare sus beneficios, esperamos que aprecie la ventaja de elegir a Imperial Health Plan.

Si tiene alguna pregunta en cuanto a su inscripción, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al 1-800-838-8271, TTY: 711. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1º de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos. Esperamos poder servirle.

Atentamente,
Paveljit S. Bindra, M.D., Director Ejecutivo

Para el 2025, nos complace ofrecer los beneficios y servicios de Imperial Health Plan en estos cincuenta condados de California:

| | | | | | | | |
|---------------|-------------|-----------------|--------------|---------------|-------------|----------------|-----------|
| Alameda | Amador | Butte | Contra Costa | Del Norte | El Dorado | Fresno | Glenn |
| Humboldt | Imperial | Inyo | Kern | Kings | Los Ángeles | Madera | Marin |
| Mariposa | Mendocino | Merced | Modoc | Mono | Monterey | Napa | Nevada |
| Orange | Placer | Plumas | Riverside | Sacramento | San Benito | San Bernardino | San Diego |
| San Francisco | San Joaquín | San Luis Obispo | San Mateo | Santa Bárbara | Santa Clara | Santa Cruz | Shasta |
| Siskiyou | Solano | Sonoma | Stanislaus | Tehama | Tulare | Tuolumne | Ventura |
| Yolo | Yuba | | | | | | |

Números de contactos importantes:

| | |
|----------------------------|---|
| Para miembros potenciales: | 800-838-5914 o sales@imperialhealthplan.com |
| Departamento de Membresía: | 800-838-8271 o members@imperialhealthplan.com |
| Sitio web de Imperial: | www.Imperialhealthplan.com |



Imperial Health Plan es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto la Asistencia Médica del Estado como Medicare. 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).



Confirmación del Alcance de la Cita (Scope of Appointment Confirmation, SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) requieren que los agentes de ventas autorizados documenten el alcance de una cita de mercadotecnia* entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) antes de tener una reunión de ventas en persona o por teléfono. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial. Cada beneficiario elegible de Medicare o su representante autorizado debe llenar un formulario por separado. Se requiere un nuevo alcance de la cita (SOA) si el beneficiario (o su representante autorizado) solicita información sobre un tipo de plan diferente al previamente acordado.

Por favor, coloque sus iniciales al lado del tipo de producto(s) que desea que el agente trate en la reunión.
(Refiérase a los tipos de productos que se presentan a continuación)

Planes Medicare Advantage (Parte C y D)

Productos dentales/para la vista/auditivos

Al firmar este formulario, usted acepta tener una reunión con un agente de ventas para tratar la información sobre los tipos de productos que usted marcó con sus iniciales anteriormente. Por favor, tenga en cuenta que la persona que analizará los productos está empleado o contratado por un plan de Medicare. Él/Ella no trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago si usted se inscribe en un plan. Firmar este formulario NO lo(a) obliga a inscribirse en un plan, NO afecta su inscripción actual o futura en Medicare NI lo(a) inscribe automáticamente en el/los plan(es) analizado(s).

| Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha en la que se firma | |
|---|----------------------------------|
| Firma: | Fecha en la que se firma: |
| Si usted es el representante autorizado, por favor, firme en la sección anterior y escriba la información solicitada a continuación | |
| Nombre del representante: | Su relación con el beneficiario: |
| | |

| Para ser llenado por el agente | |
|--|-----------------------------|
| Agent Name: | Agent Phone: |
| Agent Signature: | FMO: |
| Beneficiary Name: | Beneficiary Phone: |
| Beneficiary Address: | Beneficiary MBI: |
| Initial Method of Contact: | |
| Plan(s) the agent represented during this meeting: | Date Appointment Completed: |
| If applicable, provide the explanation why the SOA was not signed prior to meeting: (walk-in, unplanned attendee etc.) | |
| | |

| Planes Medicare Advantage (Parte C) |
|--|
| Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Medicare Original y, algunas veces, abarca la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de planes HMO, usted solo puede recibir atención de médicos u hospitales en la red del plan (excepto en emergencias). |



Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) de Medicare: Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Los ejemplos de los grupos específicos que son atendidos incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en hogares para ancianos y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Planes dentales/para la vista/auditivos

Planes que ofrecen beneficios adicionales para los consumidores que buscan cubrir necesidades dentales, para la vista o auditivas. Estos planes no están ni afiliados ni conectados a Medicare.

* *La documentación del Alcance de la Cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS.*

Imperial Health Plan es una (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). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

ELEGIBILIDAD:

Entender las pautas de elegibilidad e inscripción es importante al momento de inscribirse en un plan Medicare Advantage. Si es elegible para la Parte A de Medicare y está inscrito(a) en la Parte B de Medicare, es posible que usted sea elegible para inscribirse en un plan Medicare Advantage tal como Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP). Si usted ya está inscrito(a) en un plan Medicare Advantage, usted puede cambiar su cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre para el próximo año. Existen otros Períodos de Inscripción Especial (Special Enrollment Periods, SEPs) fuera de este período. Para obtener más información, por favor, comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-5914 de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Los siguientes son requisitos de elegibilidad para Imperial Health Plan:

| Plan(es) de Imperial | Parte A y B de Medicare | Residir en el área de servicio | Condiciones |
|---|--------------------------------|---|--|
| Imperial Dynamic Plan (HMO) - 012 | Sí | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba | No aplica |
| Imperial Senior Value (HMO C-SNP) - 005 | Sí | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba | Trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes. También debe completar la evaluación del plan para necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) |
| Imperial Giveback (HMO) - 014 | Sí | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba | No aplica |
| Imperial Traditional (HMO) - 007 | Sí | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba | No aplica |
| Imperial Courage Plan (HMO) - 016 | Sí | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba | SOLO la Parte C |
| Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) - 011 | Sí | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba | Debe tener Medicare y Medicaid |

Medicare: 1-800-633-4227. Página web de Medicare: www.medicare.gov

Imperial Health Plan es una (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)



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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).

2025

Resumen de beneficios

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Traditional (HMO) 007

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Giveback (HMO) 014

Imperial Courage Plan (HMO) 016



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto festivos, o visítenos en www.imperialhealthplan.com.



¿Quién puede inscribirse?

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Imperial Health Plan cuenta 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.

¿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 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 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, 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 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 Health Plan

| Plan | Condados donde atendemos |
|--|--|
| Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 | Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Monterey, Mono, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, Santa Barbara, San Bernardino, San Benito, Santa Clara, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo y Yuba |
| Imperial Traditional (HMO) 007 | |
| Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 | |
| Imperial Giveback (HMO) 014 | |
| Imperial Courage Plan (HMO) 016 | |
| Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011 | Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Kings, Madera, Merced, Placer, San Francisco, San Joaquin, Santa Barbara, Sacramento, Stanislaus, Tulare, Ventura, Yolo |

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

| Primas y beneficios | Imperial Dynamic Plan (HMO) |
|--|---|
| <p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Dynamic Plan paga \$60 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| <p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible por beneficios de la Parte C o D |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$297 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por visita |
| <p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare |
| <p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video |
| <p>Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida |

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

| Primas y beneficios | Imperial Dynamic Plan (HMO) |
|--|--|
| <p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$125 por visita • Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia |
| <p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 |
| <p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) • Radiografías • Usted paga el 20% del costo total por servicios de radiología terapéutica |
| <p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario |
| <p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 servicios odontológicos rutinarios al año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$4000 al año |

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

| | |
|---|---|
| <p>Servicios de la vista</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"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$500 al año para anteojos |
|---|---|

| Primas y beneficios | Imperial Dynamic Plan (HMO) |
|---|---|
| <p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1-90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 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) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare |
| <p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</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"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$100 al día por días 21 – 50 • Usted paga \$200 al día por días 51 – 100 |
| <p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje |
| <p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no |

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

| | |
|---|---|
| | <p>sean de emergencia</p> |
| <p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan |
| <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B • Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia |

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

| Medicamentos recetados de la Parte D | | Imperial Dynamic Plan (HMO) | |
|---|---|--|--|
| Prima de la Parte D | Usted paga \$0 al mes | | |
| Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos? | Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000 | | |
| Etapa del deducible | No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción) | | |
| Etapa de cobertura inicial | Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000 | | |
| | | Suministro para 30 días de venta al por menor | Suministro para 100 días de pedido por correo |
| Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 - Medicamentos genéricos | \$6.00 | \$5.00 | \$5.00 |
| Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos | \$45.00/ Select Insulins: \$0 | \$90.00/ Select Insulins: \$0 | \$90.00/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 4 – Medicamentos no preferidos | \$90.00/ Select Insulins: \$0 | \$180.00/ Select Insulins: \$0 | \$180.00/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado | 33% | Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5 | |
| Etapa de cobertura en situaciones catastróficas | Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0 | | |

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 ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

| Beneficios complementarios | Imperial Dynamic Plan (HMO) |
|--|--|
| Entrega de comidas a domicilio¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio. |
| Servicios de salud en el hogar^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar |
| Servicios de apoyo en el hogar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 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. |
| Equipo médico / Suministros¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹ |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual |
| Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) | <ul style="list-style-type: none"> • \$140 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes |
| Cuidado rutinario de los pies^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario |
| Programas de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). |

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

| | |
|----------------------------------|--|
| Cobertura a nivel mundial | <ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$0• Solo para servicios de urgencia o de emergencia |
|----------------------------------|--|

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

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

| Primas y beneficios | Imperial Senior Value (HMO C-SNP) |
|--|---|
| <p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Primas de la Parte C y D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Senior Value (HMO C-SNP) paga \$50 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare |
| <p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$297 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por servicios hospitalarios para pacientes externos |
| <p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare |
| <p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video |
| <p>Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida |

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

| Primas y beneficios | Imperial Senior Value (HMO C-SNP) |
|--|---|
| <p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$125 por cada visita de emergencia • Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia |
| <p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 |
| <p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/A1C • Paneles lipídicos • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica: Usted paga el 20% |
| <p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario |
| <p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; protodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$3000 por año |

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

| | |
|---|--|
| <p>Servicios de la vista</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"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$500 por año para anteojos |
|---|--|

| Primas y beneficios | Imperial Senior Value (HMO C-SNP) |
|---------------------|-----------------------------------|
|---------------------|-----------------------------------|

| | |
|--|---|
| <p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por días 1 – 90 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 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) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</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"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$100 al día por días 21 – 50 • Usted paga \$200 al día por días 51 - 100 |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca: Usted paga \$0 • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$0 • Fisioterapia y visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted paga \$0 |
|---|--|

| | |
|---|--|
| <p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia |
|---|--|

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

| | |
|---|--|
| <p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan |
| <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia |

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

| Medicamentos recetados de la Parte D Imperial Senior Value (HMO C-SNP) | | |
|---|---|--|
| Prima de la Parte D | Usted paga \$0 al mes | |
| Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos? | Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000 | |
| Etapas del deducible | No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción) | |
| Etapas de cobertura inicial | Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000 | |
| | Suministro para 30 días de venta al por menor | Suministro para 100 días de pedido por correo |
| Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 - Medicamentos genéricos | \$6.00 | \$5.00 |
| Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos | \$45.00/ Select Insulins: \$0 | \$90.00/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 4 – Medicamentos no preferidos | \$90.00/ Select Insulins: \$0 | \$180.00/ Select Insulins: \$0 |
| 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 |
| Etapas de cobertura en situaciones catastróficas | Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0 | |

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 ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

| Beneficios complementarios | Imperial Senior Value (HMO C-SNP) |
|--|--|
| Entrega de comidas a domicilio¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio. |
| Servicios de salud en el hogar^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar |
| Servicios de apoyo en el hogar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 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. |
| Equipo médico / Suministros¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹ |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual |
| Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) | <ul style="list-style-type: none"> • \$130 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes |
| Cuidado rutinario de los pies^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario |
| Programas de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 un kit de ejercicios para el hogar al año a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). |

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

| | |
|----------------------------------|--|
| Cobertura a nivel mundial | <ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$0• Solo para servicios de urgencia o de emergencia |
|----------------------------------|--|

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

Imperial Giveback (HMO) 014

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

| Primas y beneficios | Imperial Giveback (HMO) |
|--|--|
| <p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Giveback paga \$100 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare |
| <p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En 2024, el deducible para este plan era de \$240. Esta cantidad puede cambiar para 2025. Imperial Giveback le notificará cuando Medicare publique el monto del deducible de la Parte B para 2025 • Deducible de la Parte D: Usted paga \$590 |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$9,350 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total |
| <p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% por cada visita cubierta por Medicare |
| <p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista^{1,2}?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video |

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

| | |
|--|--|
| <p>Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 20% del costo total para detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos cubiertos |
|--|--|

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

| Primas y beneficios | Imperial Giveback (HMO) |
|--|---|
| <p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$110 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia |
| <p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$45 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia |
| <p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) • Servicios de laboratorio • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías |
| <p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario |
| <p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 al año |

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

| | |
|---|---|
| <p>Servicios de la vista</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"> • Usted paga el 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto. • El plan cubre hasta \$240 al año |
|---|---|

| <p>Primas y beneficios</p> | <p>Imperial Giveback (HMO)</p> |
|---|---|
| <p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1- 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare |
| <p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</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"> • Usted paga \$0 por días 1 – 20 • Usted paga \$204 al día por días 21 – 100 • Usted paga 100% del costo por días 101 y más • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos |
| <p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca • Consulta de terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje |

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

Resumen de beneficios

Sección 4 Imperial Giveback (HMO)

| | |
|---|--|
| Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia? | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 20% del costo total por cada viaje por tierra o por aire• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B? | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia |

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

| Medicamentos recetados de la Parte D | | Imperial Giveback (HMO) | |
|---|---|--|--|
| Prima de la Parte D | Usted paga \$0 al mes | | |
| Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos? | Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000 | | |
| Etapas del deducible | Usted paga \$590 por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte | | |
| Etapas de cobertura inicial | Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000 | | |
| | Suministro para 30 días de venta al por menor | Suministro para 100 días de pedido por correo | |
| Todos los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad | 25% | 25% | |
| Etapas de cobertura en situaciones catastróficas | Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0 | | |

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, incluso si no ha pagado su deducible.

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

| Beneficios complementarios | Imperial Giveback (HMO) |
|--|---|
| Servicios de salud en el hogar^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar |
| Servicios de apoyo en el hogar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 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. |
| Equipo médico / Suministros¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga el 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹ |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual |
| Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) | <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes |

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

Imperial Traditional (HMO) 007

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

| Primas y beneficios | Imperial Traditional (HMO) |
|--|--|
| <p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. |
| <p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$1,499 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 3 • Usted paga \$150 por días 4 – 5 • Usted paga \$0 por días 6 – 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por visita |
| <p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare |
| <p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video |
| <p>Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida |

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

Atención de emergencia

¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?

- Usted paga \$125
- Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia

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

| Primas y beneficios | Imperial Traditional (HMO) |
|--|---|
| <p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 |
| <p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/A1C • Paneles lipídicos • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica: Usted paga el 20% |
| <p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario |
| <p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$3000 al año |
| <p>Servicios de la vista ¿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"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 por año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$500 por año para anteojos |

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

| Primas y beneficios | Imperial Traditional (HMO) |
|---|--|
| <p>Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después, usted paga \$0 al día por días 1-3 • Usted paga \$150 al día por días 4 – 5 • Usted paga \$0 al día por días 6 – 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 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) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare |
| <p>Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿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"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$100 al día por días 21 – 50 • Usted paga \$200 al día por días 51 – 100 |
| <p>Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca: Usted paga el 20% del costo total • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$10 • Fisioterapia y visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted paga el 20% del costo total |
| <p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia |

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

Resumen de beneficios

Sección 5 Imperial Traditional (HMO)

| | |
|---|--|
| Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte? | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B? | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia |

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

| Medicamentos recetados de la Parte D | | Imperial Traditional (HMO) | |
|---|---|--|--|
| Prima de la Parte D | Usted paga \$0 al mes | | |
| Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos? | Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000 | | |
| Etapa del deducible | No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción) | | |
| Etapa de cobertura inicial | Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000 | | |
| | | Suministro para 30 días de venta al por menor | Suministro para 100 días de pedido por correo |
| Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos | \$0.00 | \$0.00 | \$0.00 |
| Nivel 2 - Medicamentos genéricos | \$10.00 | \$10.00 | \$10.00 |
| Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos | \$45.00/ Select Insulins: \$0 | \$90.00/ Select Insulins: \$0 | \$90.00/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 4 – Medicamentos no preferidos | \$90.00/ Select Insulins: \$0 | \$180.00/ Select Insulins: \$0 | \$180.00/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado | 33% | Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5 | |
| Etapa de cobertura en situaciones catastróficas | Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0 | | |

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 ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

| Beneficios complementarios | Imperial Traditional (HMO) |
|--|--|
| Entrega de comidas a domicilio¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio. |
| Servicios de salud en el hogar^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar |
| Servicios de apoyo en el hogar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 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. |
| Equipo médico / Suministros¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹ |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un entorno individual o grupal |
| Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) | <ul style="list-style-type: none"> • \$95 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes |
| Cuidado rutinario de los pies^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario |
| Programas de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). |

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

Cobertura a nivel mundial

¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?

- Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$20 para atención de urgencia y copago de \$0 para atención de emergencia
- Solo para servicios de urgencia o de emergencia

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

Imperial Courage Plan (HMO) 016

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

| Primas y beneficios | Imperial Courage Plan (HMO) |
|--|---|
| <p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Imperial Courage Plan paga \$75 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare |
| <p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después, usted paga \$150 al día por días 1 - 5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$200 por estadía |
| <p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$200 por cada visita cubierta por Medicare |
| <p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$5 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video |
| <p>Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida |

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

| | |
|--|---|
| <p>Atención de emergencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$125 por visita• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia |
|--|---|

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

| Primas y beneficios | Imperial Courage Plan (HMO) |
|---|---|
| <p>Servicios de urgencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por visita |
| <p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/A1C • Paneles lipídicos • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica: Usted paga el 20% |
| <p>Servicios auditivos^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario |
| <p>Servicios odontológicos</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$1500 al año |
| <p>Servicios de la vista</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"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 por año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$250 por año para anteojos |

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

| Primas y beneficios | Imperial Courage Plan (HMO) |
|---|--|
| <p>Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después, usted paga \$150 al día por días 1-5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 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) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare |
| <p>Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿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"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$200 al día por días 21 – 100 |
| <p>Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca: Usted paga el 20% del costo total • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$10 • Fisioterapia y visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted paga el 20% del costo total |
| <p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia |

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

| | |
|---|--|
| <p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan |
| <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia |

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

| Beneficios complementarios | Imperial Courage Plan (HMO) |
|--|--|
| Entrega de comidas a domicilio¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio. |
| Servicios de salud en el hogar^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar |
| Equipo médico / Suministros¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de prótesis ¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos ¹ |
| Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual |
| Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) | <ul style="list-style-type: none"> • \$75 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes |
| Cuidado rutinario de los pies^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario |
| Programas de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). |

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

| | |
|--|--|
| <p>Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto es el reembolso?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$20 para atención de urgencia y copago de \$0 para atención de emergencia• Solo para servicios de urgencia o de emergencia |
|--|--|

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

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

7

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

| Primas y beneficios | Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) |
|--|--|
| <p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$29.70 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare |
| <p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • En 2024, el deducible para este plan era de \$240. Esta cantidad puede cambiar para 2025. Imperial Giveback le notificará cuando Medicare publique el monto del deducible de la Parte B para 2025 • Deducible de la Parte D: Usted paga \$590 |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999 |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 - 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos |
| <p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total |
| <p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare |
| <p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista^{1,2}?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video |

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

| | |
|--|--|
| <p>Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p> | <ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 20% del costo total para detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos cubiertos |
|--|--|

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

| Primas y beneficios | Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) |
|---|---|
| <p>Atención de emergencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$140 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia |
| <p>Servicios de urgencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$65 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia |
| <p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías |
| <p>Servicios auditivos^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$2,500 por año calendario |
| <p>Servicios odontológicos</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$1500 al año |

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

| | |
|---|---|
| <p>Servicios de la vista</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"> • Usted paga el 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto. • El plan cubre hasta \$500 al año para anteojos |
|---|---|

| Primas y beneficios | Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) |
|---|---|
| <p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1- 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare |
| <p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</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"> • Usted paga \$0 por días 1 – 20 • Usted paga \$204 al día por días 21 – 100 • Usted paga 100% del costo por días 101 y más • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos |
| <p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca • Consulta de terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje |
| <p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada viaje por tierra o por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia |

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

| | |
|---|---|
| <p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan |
| <p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B • Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia |

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

Medicamentos recetados de la Parte D

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)

| | | |
|---|--|--|
| Prima de la Parte D | Usted paga \$29.70 | |
| Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos? | Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000 | |
| Etapa del deducible | Usted paga \$590 por medicamentos de Niveles 3 a 5 antes de que el plan empiece a pagar su parte | |
| Etapa de cobertura inicial | Usted paga los siguientes costos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$2,000 | |
| | Suministro para 30 días de venta al por menor | Suministro para 100 días de pedido por correo |
| Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos | \$0 | 0% |
| Nivel 2 - Medicamentos genéricos | \$0 | 0% |
| Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos | 25%/ Select Insulins: \$0 | 25%/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 4 – Medicamentos no preferidos | 25%/ Select Insulins: \$0 | 25%/ Select Insulins: \$0 |
| Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado | 25% | Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5 |
| Etapa de cobertura en situaciones catastróficas | Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0 | |

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 ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios**Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)****Subsidio para alimentos y productos agrícolas**

- Usted recibe una asignación de \$460 cada 3 meses en una tarjeta prepagada de Imperial.
- Para calificar debe tener una de las siguientes condiciones: Dependencia crónica de alcohol u otras drogas; Trastornos autoinmunes; Cáncer; Desordenes cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; o ataque cerebral

Entrega de comidas a domicilio¹

- Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital.
- El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio.

Servicios de salud en el hogar^{1,2}

- Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar

Servicios de apoyo en el hogar

- 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.

Equipo médico / Suministros¹

- Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas
- Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales
- Usted paga el 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹

Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}

- Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual

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

| Beneficios complementarios | Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) |
|---|---|
| Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) | <ul style="list-style-type: none"> • \$140 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes |

| Beneficios complementarios | Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) |
|--|--|
| Dispositivo de respuesta de emergencia personal | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para 1 dispositivo al año |
| Cuidado rutinario de los pies^{1,2} | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario |
| Programas de bienestar | <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa[®]. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). |
| Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial? | <ul style="list-style-type: none"> • Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$0 • Solo para servicios de urgencia o de emergencia |

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

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

Resumen de beneficios 2025

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 8:00 a. m. a 8:00 p. m. PST o del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto festivos.

Imperial Health Plan of California, Inc. es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan of California (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 Health Plan of California (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).*



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Cómo inscribirse y qué ocurre luego de la inscripción

La inscripción en uno de los planes de medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage prescription drug, MAPD) de Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) es sencilla. Por favor, utilice uno de los siguientes métodos de inscripción que se presentan a continuación:

- 1. Teléfono** Llámenos al 1-800-838-5914 y llenaremos su solicitud con usted por teléfono.
- 2. En línea** Vaya a los sitios web www.imperialhealthplan.com o www.Medicare.gov para ver las opciones de inscripción en línea.
- 3. Fax** Llene la solicitud de inscripción y envíela por fax al 1-626-380-9066.
- 4. Correo electrónico** Llene la solicitud de inscripción y envíela por correo electrónico a enrollmentunit@imperialhealthplan.com
- 5. Correo** Llene la solicitud de inscripción y envíela por correo a:
Imperial Health Plan of California
Attention: Membership Department
PO Box 60874
Pasadena, CA 91106

¿Qué ocurre luego de llenar la solicitud de inscripción?

¿Qué ocurre luego de que haya llenado y enviado la solicitud de inscripción en Imperial?

- 1. Confirmación de inscripción:** Confirmaremos su inscripción con base en los criterios de inscripción.
- 2. Carta de admisión/confirmación, Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), tarjeta de identificación de miembro, directorio de proveedores/farmacias y formulario de medicamentos:** Cuando se confirme la inscripción, le enviaremos una carta de admisión/confirmación que confirma su inscripción. Esta carta contendrá el plan que usted seleccionó y su número de identificación de miembro. Si, por alguna razón, su solicitud no es aceptada, se lo notificaremos e incluiremos la(a) razón(es) por la(s) que no fue aceptada. La EOC incluirá la tarjeta de identificación de miembro de su plan, el directorio de proveedores/farmacias y el formulario de medicamentos. Estos libros contienen toda la información necesaria para utilizar los beneficios de su plan. Por favor, lleve siempre su tarjeta de identificación de miembro con usted. Su tarjeta de identificación de miembro se utiliza para todos los servicios médicos, que incluyen las consultas con los médicos, hospitalizaciones, emergencias y farmacia.
- 3. Llamada telefónica:** Un(a) representante de Imperial lo(a) llamará dentro de un período de 7 a 10 días hábiles de la confirmación de su inscripción. El/La representante de Imperial le informará que puede empezar a recibir los servicios y estará encantado(a) de ayudarlo a programar su primera consulta con el médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) y responder cualquier pregunta adicional que usted pueda tener.



Lista de verificación previa a la inscripción en Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP)

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que usted entienda por completo nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, usted puede llamar y hablar con un representante del Departamento de Membresía al 1-800-838-8271 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Comprensión de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente aquellos servicios que recibe de manera rutinaria de un médico. Visite www.imperialhealthplan.com para ver una copia de la EOC o llame al 1-800-838-8271 para solicitar una copia de dicho documento.
- Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse que los médicos con los que se atiende en este momento se encuentran dentro de la red. Si no están enumerados en este directorio, es muy probable que usted tenga que elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse que la farmacia que usted utiliza para obtener medicamentos recetados se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no está enumerada en este directorio, es muy probable que usted tenga que elegir una nueva farmacia para surtir sus recetas.

Comprensión de reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Normalmente, esta prima se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro podrían cambiar el 1º de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores que se encuentran fuera de la red (los médicos que no se encuentran enumerados en el directorio de proveedores).
- Este es un plan de necesidades especiales para personas con alguna condición crónica (chronic condition special needs plan, C-SNP). Su capacidad para inscribirse en el plan dependerá de que se verifique que usted tiene una condición crónica grave o incapacitante específica que califica para ser beneficiario de este plan.
- Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (dual eligible special needs plan, D-SNP). Su capacidad para inscribirse en el plan dependerá de que se verifique que usted tiene tanto Medicare como asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.



- **Efecto en la cobertura actual:** Si se encuentra actualmente inscrito(a) en un plan Medicare Advantage, su cobertura actual de atención médica de Medicare Advantage terminará una vez que su nueva cobertura de Medicare Advantage empiece. Si tiene Tricare, es posible que su cobertura se vea afectada una vez que su nueva cobertura de Medicare Advantage empiece. Por favor, comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que empiece su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee descartar su póliza de Medigap porque usted estaría pagando por una cobertura que no puede utilizar.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage sólo durante el período de inscripción anual que tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea las siguientes afirmaciones cuidadosamente y marque la casilla si dicha afirmación se aplica a usted. Al marcar alguna de las siguientes casillas usted está certificando que, a su mejor saber y entender, usted es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo(a) en Medicare.
- Estoy inscrito(a) en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente fui puesto(a) en libertad. Fui liberado(a) el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de haber vivido de manera permanente fuera de este país. Regresé a Estados Unidos el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente obtuve estatus migratorio legal en los Estados Unidos. Lo obtuve el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recibí recientemente Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha)_____.
- Tengo ambos, Medicare y Medicaid (o el estado en el que vivo me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando a una institución de cuidados a largo plazo, ya vivo en una de dichas instituciones o recientemente he dejado de vivir en una de dichas instituciones (por ejemplo, un hogar de ancianos o centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré/dejaré de vivir en dicha institución el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (escriba la fecha)_____.
- Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha)_____.
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha)_____.
- Pertenezco a un programa de ayuda farmacéutica proporcionado por el estado en el que vivo.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

- Medicare (o el estado en el que vivo) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha)_____.
- Estuve inscrito(a) en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha)_____.
- Fui afectado(a) por una emergencia climática o una catástrofe mayor (declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Otra de las declaraciones aquí presentes se aplica a mí, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o usted no está seguro(a), por favor, comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-5914, TTY: 711, para averiguar si es elegible para inscripción. Atendemos de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 10:00 a.m. a 2:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y quieren inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, usted también debe tener los siguientes dos seguros:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo debo utilizar este formulario?

Usted puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que empieza el 1º de enero)
- Dentro de un período de 3 meses luego de recibir por primera vez la cobertura de Medicare
- En determinadas situaciones en las que usted tiene permitido inscribirse en un nuevo plan o cambiar de planes

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su Número de Medicare (el número que está en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Usted debe llenar todos los campos presentes en la Sección 1. Los campos presentes en la Sección 2 son opcionales—no se le puede denegar la cobertura si usted no llena dichos campos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (15 de octubre a 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Usted puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Qué ocurre después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

**Imperial Health Plan of California (HMO)
(HMO SNP)**

Attention: Enrollment
PO Box 60874
Pasadena CA 91116

Correo electrónico:
Enrollmentunit@imperialhealthplan.com

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, ellos se pondrán en contacto con usted.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197/ TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

In English: Call Imperial Health Plan at 1-800-838-5197. TTY users can call 711. Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Personas que carecen de hogar

- Si desea inscribirse en un plan pero no tiene una residencia permanente; un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, los cheques del seguro social) pueden ser consideradas su dirección de residencia permanente.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a *PRA Reports Clearance Office*. Cualquier artículo que recibamos que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte “¿Qué ocurre después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

**Sección 1–Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que se indique que son opcionales)**

Elija el plan en el que quiere inscribirse:

- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 – \$0 Parte C/D
- Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 – \$0 Parte C/D
- Imperial Giveback (HMO) 014 – \$0 Parte C/D
- Imperial Traditional (HMO) 007 – \$0 Parte C/D
- Imperial Courage Plan (solo-HMO MA) 016 – \$0 solo la Parte C



NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ Opcional: Inicial del segundo nombre: _____

| | | |
|--|---|----------------------------|
| Fecha de nacimiento: (mes/día/año) (__/__/____) | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Número de teléfono: () |
|--|---|----------------------------|

Dirección de residencia permanente (No ponga un apartado postal. Nota: Para las personas que carecen de hogar, se puede considerar un apartado postal como su dirección de residencia permanente.):

| | | | |
|---------|--------------------|---------|----------------|
| Ciudad: | Opcional: Condado: | Estado: | Código postal: |
|---------|--------------------|---------|----------------|

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite usar un apartado postal):
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) adicional a la cobertura de Imperial Health Plan? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

¿Padece de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes? Sí No

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el médico (Parte B) para permanecer en Imperial Health Plan.
- Al inscribirme en este Medicare Advantage (MA), reconozco que Imperial Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para monitorear mi inscripción, realizar pagos y para otros propósitos permitidos por las leyes federales que autorizan la recolección de esta información (ver a continuación la Declaración sobre la Ley de Privacidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez – y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (aplican excepciones para los planes privados de pago por servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) de MA y los planes de cuentas de ahorro para gastos médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de MA).
- Entiendo que cuando empieza mi cobertura en Imperial Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados por medio de Imperial Health Plan. Los beneficios y servicios que Imperial Health Plan proporciona y que se encuentran incluidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” (Evidence of Coverage, EOC) de Imperial Health Plan (también conocido como contrato de membresía o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Imperial Health Plan pagarán por beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información presente en este formulario de inscripción es correcta a mi saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona que está legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si la firma un representante autorizado (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada de conformidad con las leyes estatales para completar este formulario de inscripción, y
 - 2) Existe documentación disponible sobre esta autorización, si Medicare la solicita.

| | |
|---|-----------------------------------|
| Firma: | Fecha de hoy: |
| Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos: | |
| Nombre: | Dirección: |
| Número de teléfono: | Relación con la persona inscrita: |

Sección 2–Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.

¿Tiene origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que apliquen.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que apliquen.

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indoamericana o Nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericana |
| Asiática: | Nativa Hawaiana e Isleña del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indio-Asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Hawaiana nativa |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra Isleña del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Vietnamesa | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> De otro país asiático | |

¿Cuál es su género? Seleccione una opción.

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Yo utilizo un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> No binario | |

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor lo que usted piensa de sí mismo(a)? Seleccione una opción.

- Lesbiana o gay Yo utilizo un término diferente: _____
 Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana No lo sé
 Bisexual **Prefiero no responder**

Seleccione una opción si usted quiere que le enviemos su información en un idioma distinto del inglés.

- Español Otro: _____

Seleccione una opción si usted quiere que le enviemos la información en un formato accesible.

- Braille Letra grande Audio CD CD de datos

Por favor, comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-8271 si necesita la información en un formato accesible diferente de los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Mencione su Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

- Sí, quiero recibir mi paquete de inscripción para miembros nuevos - EOC, Formulario Integral de Medicamentos y Directorio de Proveedores/Farmacias a través del Portal para miembros en línea.

Dirección de correo electrónico: _____

PAGO DE LAS PRIMAS DE SU PLAN

Usted puede pagar la prima mensual de su plan (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que usted tenga actualmente o que pueda deber) por correo postal mensualmente. **También puede elegir que el pago de su prima se deduzca mensualmente de manera automática de su beneficio de Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB).**

Solo para individuos que ayudan a la persona inscrita a llenar este formulario

Llene esta sección si usted es un individuo (es decir, agentes, corredores de seguros, consejeros del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), miembros de la familia u otros terceros) que está ayudando a una persona inscrita a llenar este formulario.

Nombre:

Relación con la persona inscrita:

Firma:

National Producer Number (solo para agentes/corredores de seguros):

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para monitorear la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar la información de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema de Aviso de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su inscripción en el plan.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995, las personas no están obligadas a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo necesario para responder a esta recopilación de información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, por favor, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Imperial Health Plan es una (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). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. **ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).



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

Este formulario debe enviarse junto con la solicitud de inscripción para el plan 005 – Senior Value de Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP).

| Para ser llenado por el solicitante | | |
|--|----------------------|---------------------|
| Nombre: | Inicial: | Apellido: |
| Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de nacimiento: | Número de teléfono: |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |

Preguntas para la calificación clínica

Si tiene alguna de las siguientes condiciones, usted puede ser elegible para inscribirse en el plan 005 de IHP. 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 005 IHP Chronic SNP¹. Si en algún momento actual o en algún momento posterior se determina que ya no tiene la condición médica necesaria, usted ya no será elegible para inscribirse en el Plan 005 IHP Chronic SNP e IHP estará obligado a cancelar su inscripción de dicho plan.

Marque las casillas que correspondan a las condiciones médicas que su médico le ha indicado que puede tener:

- Diabetes Mellitus** (nivel de azúcar en sangre alto)
- Insuficiencia cardíaca crónica**
 - Hipertensión (presión sanguínea alta)
- Enfermedad cardiovascular**
 - Arritmias cardíacas (palpitaciones, latidos cardíacos adicionales, fibrilación auricular, aleteo auricular, frecuencia cardíaca rápida o lenta, marcapasos, desfibrilador, desmayos)
 - Enfermedad de las arterias coronarias (ataques cardíacos, prótesis vasculares (*stent*), cirugía cardíaca)
 - Enfermedad vascular periférica (mala circulación)
 - Enfermedad tromboembólica venosa crónica (coágulos sanguíneos)
 - Antecedentes de derrame cerebral
 - Hiperlipidemia (nivel de colesterol alto)

Preguntas sobre los medicamentos

1. ¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para las enfermedades antes mencionadas? Sí No
2. ¿Alguna vez se ha colocado inyecciones de insulina? Sí No
3. ¿Alguna vez ha tomado metformina? Sí No
4. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

| Nombre del médico: | Número de teléfono: | Número de fax: |
|---|--------------------------------|----------------|
| Dirección del médico: | | |
| Autorización de divulgación de la información de salud del solicitante | | |
| <p>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.</p> | | |
| _____ Escriba el nombre del solicitante | _____ Firma del solicitante | _____ Fecha |

¹ Plan 005 de Necesidades Especiales Crónicas de IHP.
IR_033.3 H5496 CSNP Assessment_C SP 10/02/23



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

| Información del solicitante | | |
|---|---------------|----------------------|
| Nombre: | Apellido: | Fecha de nacimiento: |
| Para ser llenado por el profesional autorizado | | |
| Physician Name: | Phone Number: | Fax Number: |
| Physician Address: | | |
| <p>I hereby confirm the above applicant has the qualifying chronic condition(s) indicated below.</p> <p>Applicant has:</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (high blood sugar)</p> <p><input type="checkbox"/> Chronic Heart Failure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension (high blood pressure) <p><input type="checkbox"/> Cardiovascular Disorder</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac arrhythmias (palpitations, extra heart beats, atrial fibrillation, atrial flutter, fast or slow heart rate, pacemaker, defibrillator, fainting) • Coronary artery disease (heart attacks, stents, heart surgery) • Peripheral vascular disease (poor circulation) • Chronic venous thromboembolic disorder (blood clots) • History of stroke • Hyperlipidemia (High cholesterol level) | | |
| _____ | _____ | _____ |
| Print Name of Physician | Signature: | Date Applicant Seen: |
| <i>Fax Assessment Tool to IHP at 1-626-380-9066 attention Membership Department</i> | | |

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al 1-800- 838-8271, TTY: 711, de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 10:00 a.m. a 2:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Imperial Health Plan es una (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 1-800-708-5976 (TTY: 711)。

¹ Plan 005 de Necesidades Especiales Crónicas de IHP.
IR_033.3 H5496 CSNP Assessment_C SP 10/02/23



Por favor, envíe esta HRA en el sobre aut DIRIGIDO que se proporciona.

Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA)

| | | | | | |
|---------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Fecha: | | No. de identificación de miembro: | | Fecha de vigencia del plan: | |
| Nombre: | | Apellido: | | Fecha de nacimiento: | |
| Género: | | Teléfono de casa: | | Otro número: | |

Sección 1 Características personales

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | ¿Es usted hispano(a) o latino(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta | 2 | ¿De qué raza(s) es usted? Marque todas las opciones que apliquen. <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra (por favor, escriba): <input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska |
|---|---|---|---|

Sección 2 Preguntas de salud

| | |
|---|--|
| 3 | ¿Qué condiciones médicas tiene o ha tenido en el pasado? (Por favor, indique todas las que apliquen.) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bipolaridad <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problema auditivo <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Ninguna |
|---|--|

Sección 3 Otras preguntas de salud

| | | | |
|----|--|----|--|
| 4 | En general, ¿cómo calificaría su salud? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala | 5 | (Solo para mujeres) ¿Se encuentra embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6 | ¿Cómo está su vista? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala | 7 | ¿Recibió alguna de las siguientes vacunas este año? Gripe Neumonía COVID (Fabricante: _____) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No |
| 8 | ¿Utiliza productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 9 | ¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma? <input type="checkbox"/> 1-2 medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2-3 medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 4 o más |
| 10 | ¿Tiene algún dolor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde?: _____ | 11 | ¿Ha estado hospitalizado(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos o más veces ____ ¿Ha acudido a la sala de emergencias?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12 | ¿Se ha caído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |



Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.

| | |
|----|--|
| 13 | <p>¿Cuenta con algún miembro de la familia o alguna otra persona que esté dispuesto a ayudarle cuando lo necesite y que pueda hacerlo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |
| 14 | <p>¿Alguna vez ha pensado que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |

Sección 4 Vivienda

| | |
|---|--|
| <p>15 ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo vivienda (me estoy quedando con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, edificio abandonado, bus o estación de trenes, o en un parque)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo vivienda hoy pero estoy preocupado(a) por perder la vivienda en el futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo vivienda</p> | <p>16 ¿En dónde vive usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Una casa independiente, departamento, condominio o casa móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de vida asistida u hogar de hospedaje y cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar para ancianos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> |
|---|--|

Sección 5 Alimentación

| |
|--|
| <p>17 En los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado por quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?</p> <p><input type="checkbox"/> Usualmente cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca es cierto</p> |
|--|

Sección 6 Servicios públicos

| |
|--|
| <p>18 En los últimos 12 meses, ¿la empresa de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya me cortaron el servicio</p> |
|--|

Sección 7 Transporte

| |
|--|
| <p>19 En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte ha impedido que vaya a sus citas médicas, reuniones o trabajo o que consiga las cosas necesarias para la vida diaria? (marque todas las opciones que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a las citas médicas o conseguir los medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a reuniones no médicas, citas o trabajo o conseguir las cosas que necesito</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |
|--|

Sección 8 Salud social y emocional

| | |
|--|---|
| <p>20 ¿Se siente física y emocionalmente seguro(a) en donde usted vive actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta</p> | <p>21 ¿Con qué frecuencia ve o habla con las personas que le importan y con quienes se siente cercano(a)? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a la iglesia o a reuniones de clubes).</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 6 o más veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta</p> |
|--|---|



Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.

| | |
|----|---|
| 22 | ¿Con qué frecuencia se ha sentido triste en las últimas 2 semanas? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días |
|----|---|

Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)
Prima mensual del plan para personas que reciben Ayuda Adicional de Medicare
para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados

Si recibe ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de su plan de medicamentos recetados de Medicare, la prima mensual de su plan será menor de lo que sería si no recibiera la ayuda adicional de Medicare.

Si recibe ayuda adicional, la prima mensual de su plan será de \$0 para cualquiera de los planes que se presentan a continuación. (Esto no incluye cualquier prima de la Parte B de Medicare que es posible que usted tenga que pagar.)

| Su nivel de ayuda adicional | Prima mensual para Imperial Traditional (HMO) PBP 007 | Prima mensual para Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) PBP 011 | Prima mensual para Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005 | Prima mensual para Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012 | Prima mensual para Imperial Giveback (HMO) PBP 014 |
|-----------------------------|---|---|---|--|--|
| 100% | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 75% | \$0 | \$7.43 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 50% | \$0 | \$14.85 | \$0 | \$0 | \$0 |
| 25% | \$0 | \$22.28 | \$0 | \$0 | \$0 |

La prima de Imperial Health Plan of California incluye tanto la cobertura para los servicios médicos como la cobertura de medicamentos recetados.

Si no está recibiendo ayuda adicional, usted puede consultar si califica para recibir esta ayuda llamando a:

- 1-800-Medicare o los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (24 horas del día/7 días de la semana),
- Su oficina estatal de Medicaid, o
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al 1-800- 838-8271 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo (excepto días festivos) y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días festivos).

Imperial Health Plan es una (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). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-838-8271. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-838-8271. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-838-8271。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-838-8271。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-838-8271. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-838-8271. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-838-8271 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-838-8271. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-838-8271 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-838-8271. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-838-8271. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-838-8271 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-838-8271. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-838-8271. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-838-8271. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-838-8271. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

1-800-838-8271 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

STAR Rating Page



Números de contactos importantes

| | |
|--|---|
| Sitio web de Imperial Health Plan of California: | www.ImperialHealthPlan.com |
| Departamento de Membresía de Imperial Health Plan: | 1-800-838-8271 |
| VSP Vision Care: | 1-855-492-9028 o www.vsp.com/advantageonly |
| Membresía para el gimnasio a través de Silver & Fit: | 1-877-427-4788 o www.SilverandFit.com |
| Hearing Care Solutions: | 1-866-344-7756 |
| Apoyo en el hogar proporcionado por Papa Pals: | 1-833-200-6924 o www.Papa.com |
| Transporte proporcionado por Imperial Health Plan: | 1-800-838-8271 |
| Comidas: | 1-800-838-8271 |
| Suministros de venta sin receta: | 1-855-263-6673 o AndMoreHealth.com |
| Sistema de respuesta a emergencias personales proporcionado por ADT | 1-800-288-3880 |
| MedImpact – Administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM): | 1-877-391-1105 o www.Medimpact.com |
| Telesalud a través de Teladoc: | 1-800-835-2362 o www.Teladoc.com |
| Servicio dental de Delta Dental: | 1-888-643-3239 |
| Red de proveedores en línea de Delta Dental: | https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html |

