

2025 年

福利摘要

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)

本文件免費提供西班牙文版本。本文件可能會提供其他格式版本，例如：盲文、大字印刷或音訊。如需更多資訊，請聯絡我們，電話：1-800-838-8271 (TTY 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，節假日除外；您還可以瀏覽我們的網站，網址：www.imperialhealthplan.com。



哪些人可以參保？

要參保 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)，您必須滿足以下所有要求：

- 您居住在我們的服務區域內
- 您同時擁有 Medicare A 部分和 Medicare B 部分
- 您是美國公民

我們的某些計劃有額外的參保要求。

- 要參保 Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)，您必須同時擁有 Medicaid 和 Medicare。
- 要參保 Imperial Senior Value (HMO C-SNP)，您必須被診斷出患有心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病。

我可以使用的醫生、醫院和藥房？

Imperial Health Plan 擁有一個由醫生、醫院、藥房和其他提供者組成的服務網絡，可為您提供醫療和補充福利護理。加入我們的健康計劃後，您必須選擇一位主治醫生 (PCP)。當您需要向其他提供

者求診時，您的 PCP 將與我們合作，協調您的醫療和專科護理。如果您使用我們網絡外的任何提供者，本計劃可能不會支付這些服務的費用（緊急情況除外）。您可以在我們的網站上查看這些目錄：www.imperialhealthplan.com。

我如何確定我的 D 部分處方藥費用？

我們承保的 D 部分藥物分為五個或六個不同的等級，具體取決於您參保的計劃福利方案。您需要一份我們的藥物清單或「處方藥一覽表」，以便瞭解您的藥物屬於哪個等級。您支付的金額取決於藥物等級、供藥天數、您達到的福利階段、您是否使用網絡內藥房以及您所用藥房的類型（例如零售藥房、郵購藥房、長期護理藥房或居家輸液藥房等）。

如何獲得更多資訊？

我們的會員服務部工作人員可以回答有關資格和福利的任何問題。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711) 諮詢，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，節假日除外。

本福利摘要概要說明了我們的承保範圍和您需支付的費用。其中並未列出我們承保的所有服務，也未列出每項限制或排除情況。

如需獲得我們承保服務的完整清單，請參閱「承保範圍說明書」。您可以在我們的網站上 (www.Imperialhealthplan.com) 查閱此說明書，列於會員福利下。

如要瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用詳情，請參見「Medicare & You」(Medicare 與您) 手冊。您可瀏覽 www.Medicare.gov 查閱本手冊，也可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

Imperial Health Plan 服務區域

計劃	服務的郡縣
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、蒙特瑞郡、莫諾郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖塔芭芭拉郡、聖伯納汀諾郡、聖貝尼托郡、聖塔克拉拉郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡和尤巴郡
Imperial Traditional (HMO) 007	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、蒙特瑞郡、莫諾郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖塔芭芭拉郡、聖伯納汀諾郡、聖貝尼托郡、聖塔克拉拉郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡和尤巴郡
Imperial Dynamic Plan (HMO) 012	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、蒙特瑞郡、莫諾郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖塔芭芭拉郡、聖伯納汀諾郡、聖貝尼托郡、聖塔克拉拉郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡和尤巴郡
Imperial Giveback (HMO) 014	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、蒙特瑞郡、莫諾郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖塔芭芭拉郡、聖伯納汀諾郡、聖貝尼托郡、聖塔克拉拉郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡和尤巴郡
Imperial Courage Plan (HMO) 016	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、蒙特瑞郡、莫諾郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖塔芭芭拉郡、聖伯納汀諾郡、聖貝尼托郡、聖塔克拉拉郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡和尤巴郡
Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011	阿拉米達郡、康特拉科斯塔郡、弗雷斯諾郡、克恩郡、金斯郡、馬德拉郡、默塞德郡、普萊瑟郡、舊金山郡、聖華金郡、聖塔芭芭拉郡、薩克拉門托郡、斯坦尼斯勞斯郡、圖萊里郡、文圖拉郡、優洛郡

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

保費和福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
保費 我每月需要繳納多少保費？	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您每月需支付 \$0 • D 部分保費：您每月需支付 \$0 • Imperial Dynamic Plan 將為您的 B 部分保費繳納 \$60。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費
自付額 在計劃支付之前，我需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃 C 部分或 D 部分福利沒有自付額
最高自付費用 我需要支付的費用限額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$297
住院治療承保^{1,2} 我的計劃將承保多長的住院時間？ 我需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670
醫院門診承保^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$100
門診手術中心^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 對於 Medicare 承保的門診手術中心就診，您每次支付 \$100
醫生看診 我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫生看診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$0 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
預防保健 我需要為預防保健支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理培訓¹、鉍劑灌腸¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>緊急醫療護理</p> <p>我需要為緊急醫療護理支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
<p>急症治療服務</p> <p>我需要為急症治療服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付 \$0
<p>診斷服務/化驗/影像檢查^{1,2}</p> <p>我需要為診斷服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 化驗服務 • 診斷檢查 • 放射線診斷服務（如 MRI） • X 光檢查 • 對於放射線治療服務，您需支付總費用的 20%
<p>聽力服務^{1,2}</p> <p>我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器補貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
<p>牙科服務</p> <p>我需要為牙科服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$4000
<p>視力服務</p> <p>我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡補貼有多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$500

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>精神健康服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付總費用的 20% • 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個受益期，我們承保最長 100 天的專業護理機構住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 50 天，您每天需支付 \$100 • 第 51 – 100 天，您每天需支付 \$200
<p>物理治療^{1,2} 我需要為門診康復服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務 • 職業治療 • 物理治療 • 言語和語言治療
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 • 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權
<p>交通服務^{1,2} 我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>Medicare B 部份藥物¹ 我需要為 B 部份藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部分胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部分藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

D 部分處方藥		Imperial Dynamic Plan (HMO)	
D 部分保費	您每月需支付 \$0		
自付費用限額 我需要支付的費用限額是多少？	您在本計劃 D 部分的年限額為 \$2,000		
自付額階段	無自付額（您的保險自您投保生效當日開始）		
初始承保階段	在年度自付藥費達到 \$2,000 前，您需支付下述費用		
		零售 30 天的份量	郵購 100 天的份量
第 1 級 — 首選普通藥	\$0.00	\$0.00	\$0.00
第 2 級 — 普通藥	\$6.00	\$5.00	\$5.00
第 3 級 — 首選品牌藥	\$45.00/特定胰島素：\$0	\$90.00/特定胰島素：\$0	\$90.00/特定胰島素：\$0
第 4 級 — 非首選藥物	\$90.00/特定胰島素：\$0	\$180.00/特定胰島素：\$0	\$180.00/特定胰島素：\$0
第 5 級 — 特殊級藥	33%	第 5 級藥物不支持郵購供應	
重大傷病承保階段	當您的年度自付藥費達到 \$2,000 後，您需支付 \$0		

關於胰島素費用支付的重要資訊 — 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量，您支付的費用不會超過 \$35，無論該產品處於哪個分攤費用等級。

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
送餐到家服務 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 每個受益期，本計劃最多承保 \$105。
居家保健服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 您需為每次居家保健就診支付 \$10
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 48 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
醫療設備/用品 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
門診藥物濫用戒除 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
非處方 (OTC) 藥物和用品	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$140 的補貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉
常規足部護理 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次常規足部護理就診您需支付 \$0
健康計劃	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) 提供，這是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。
全球範圍承保	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$100,000，共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

保費和福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>保費</p> <p>我每月需要繳納多少保費？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分和 D 部分保費：您每月需支付 \$0 • Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 將為您的 B 部分保費支付 \$50。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費
<p>自付額</p> <p>在計劃支付之前，我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃沒有自付額
<p>最高自付費用</p> <p>我需要支付的費用限額是多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$297
<p>住院治療承保^{1,2}</p> <p>我的計劃將承保多長的住院時間？ 我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670
<p>醫院門診承保^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為醫院門診服務支付 \$100
<p>門診手術中心^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於 Medicare 承保的門診手術中心就診，您每次支付 \$100
<p>醫生看診</p> <p>我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫生看診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$0 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
<p>預防保健¹</p> <p>我需要為預防保健支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理培訓¹、鉍劑灌腸¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
緊急醫療護理 我需要為緊急醫療護理支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 每次緊急就診，您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
急症治療服務 我需要為急症治療服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付 \$0
診斷服務/化驗/影像檢查^{1,2} 我需要為診斷服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 血糖/糖化血紅蛋白 (A1C) 測試 • 血脂檢測 • 放射線診斷服務（如 MRI、CT） • 門診 X 光檢查 • 化驗服務 • 診斷檢查 • 放射線治療服務：您需支付 20%
聽力服務^{1,2} 我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
牙科服務 我需要為牙科服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$3000
視力服務 我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡補貼有多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$500

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>精神健康服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您需支付 \$0 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付總費用的 20% • 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個受益期，我們承保最長 100 天的專業護理機構住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 50 天，您每天需支付 \$100 • 第 51 – 100 天，您每天需支付 \$200
<p>物理治療^{1,2} 我需要為門診康復服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務：您需支付 \$0 • 職能治療就診：您需支付 \$0 • 物理治療以及言語和語言治療就診：您需支付 \$0
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 • 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權
<p>交通服務^{1,2} 我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>Medicare B 部份藥物¹ 我需要為 B 部份藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部份胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部份藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

D 部分處方藥		Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	
D 部分保費	您每月需支付 \$0		
自付費用限額 我需要支付的費用限額是多少？	您在本計劃中對於 D 部分藥物的年限額為 \$2,000		
自付額階段	無自付額（您的保險自您投保生效當日開始）		
初始承保階段	在年度自付藥費達到 \$2,000 前，您需支付下述費用		
		零售 30 天的份量	郵購 100 天的份量
第 1 級 — 首選普通藥		\$0.00	\$0.00
第 2 級 — 普通藥		\$6.00	\$5.00
第 3 級 — 首選品牌藥		\$45.00/特定胰島素：\$0	\$90.00/特定胰島素：\$0
第 4 級 — 非首選藥物		\$90.00/特定胰島素：\$0	\$180.00/特定胰島素：\$0
第 5 級 — 特殊級藥		33%	第 5 級藥物不支持郵購供應
第 6 級 — 指定護理藥物		\$3.00	\$0
重大傷病承保階段	當您的年度自付藥費達到 \$2,000 後，您需支付 \$0		

關於胰島素費用支付的重要資訊 — 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量，您支付的費用不會超過 \$35，無論該產品處於哪個分攤費用等級。

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
送餐到家服務 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 每個受益期，本計劃最多承保 \$105。
居家保健服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 您需為每次居家保健就診支付 \$10
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 48 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
醫療設備/用品 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
門診藥物濫用戒除 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
非處方 (OTC) 藥物和用品	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$130 的補貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉
常規足部護理 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次常規足部護理就診您需支付 \$0
健康計劃	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) 提供，這是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。
全球範圍承保	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$100,000，共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

Imperial Giveback (HMO) 014

保費和福利	Imperial Giveback (HMO)
<p>保費</p> <p>我每月需要繳納多少保費？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您每月需支付 \$0 • D 部分保費：您每月需支付 \$0 • Imperial Strong 將為您的 B 部分保費支付 \$100。您必須繼續繳納您的那一部分 Medicare B 部分保費
<p>自付額</p> <p>在計劃支付之前，我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2024 年，本計劃的自付額為 \$240。此金額在 2025 年可能會有所變更。Imperial Giveback 將在 Medicare 公佈 2025 年 B 部分自付額後通知您 • D 部分自付額：您需支付 \$590
<p>最高自付費用</p> <p>我需要支付的費用限額是多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$9,350
<p>住院治療承保^{1,2}</p> <p>我的計劃將承保多長的住院時間？我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 60 天，您每天需支付 \$0 • 第 61 – 90 天，您每天需支付 \$408 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$816 • 這些是 2024 年的金額，2025 年可能會有所變更。在 Medicare 公佈這些金額後，本計劃會通知您
<p>醫院門診承保^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20%
<p>門診手術中心^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於每次 Medicare 承保的就診，您需支付費用的 20%
<p>醫生看診</p> <p>我找主治醫生或專科醫生^{1,2}看診需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20% • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
<p>預防保健¹</p> <p>我需要為預防保健支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢、糖尿病自我管理培訓、鋇劑灌腸、直腸指檢和 EKG，您需支付總費用的 20% • 對於其他承保的預防性服務，您需支付 \$0

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Giveback (HMO)
緊急醫療護理 我需要為緊急醫療護理支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20%，最多不超過 \$110 • 若您在 3 天之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
急症治療服務 我需要為急症治療服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20%，最多不超過 \$45 • 若您在 3 天之內住院，您無需支付您的那一部分急症護理費用
診斷服務/化驗/影像檢查^{1,2} 我需要為診斷服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付總費用的 20%： <ul style="list-style-type: none"> • 診斷檢查 • 放射線診斷服務（如 MRI） • 化驗服務 • 放射線治療服務 • X 光檢查
聽力服務^{1,2} 我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器補貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
牙科服務 我需要為牙科服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$2000
視力服務 我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡補貼有多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付總費用的 20% • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡。 • 本計劃每年最多承保 \$240

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Giveback (HMO)
<p>精神健康服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 60 天，您每天需支付 \$0 • 第 61 – 90 天，您每天需支付 \$408 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$816 • 這些是 2024 年的金額，2025 年可能會有所變更。在 Medicare 公佈這些金額後，本計劃會通知您 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診，您需支付總費用的 20%
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個受益期，我們承保最長 100 天的專業護理機構住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 100 天，您每天需支付 \$204 • 第 101 天及之後，您需支付費用的 100% • 這些是 2024 年的金額，2025 年可能會有所變更。在 Medicare 公佈這些金額後，本計劃會通知您
<p>物理治療^{1,2} 我需要為門診康復服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付總費用的 20%： <ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務 • 職能治療就診 • 物理治療 • 言語和語言治療
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送或空中載送，您每次需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權
<p>Medicare B 部份藥物¹ 我需要為 B 部份藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部分胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部分藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

D 部分處方藥		Imperial Giveback (HMO)	
D 部分保費	您每月需支付 \$0		
自付費用限額 我需要支付的費用限額是多少？	您在本計劃 D 部分的年限額為 \$2,000		
自付額階段	在本計劃開始支付其應承擔的費用之前，您需為您的藥物支付 \$590		
初始承保階段	在年度自付藥費達到 \$2,000 前，您需支付下述費用		
		零售 30 天的份量	郵購 100 天的份量
所有普通藥、品牌藥和特殊級藥	25%	25%	
重大傷病承保階段	當您的年度自付藥費達到 \$2,000 後，您需支付 \$0		

關於胰島素費用支付的重要資訊 — 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量，即使您沒有支付自付額，您支付的費用不會超過 \$35。

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Giveback (HMO)
居家保健服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 您需為居家保健服務支付 \$0
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 48 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
醫療設備/用品 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% 對於糖尿病監測用品¹，您需支付總費用的 20%
門診藥物濫用戒除 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
非處方 (OTC) 藥物和用品	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$75 的補貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或滙票 不可結轉

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

Imperial Traditional (HMO) 007

保費和福利	Imperial Traditional (HMO)
保費 我每月需要繳納多少保費？	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您需支付 \$0 • D 部分保費：您每月需支付 \$0 • 您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費。
自付額 在計劃支付之前，我需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃沒有自付額
最高自付費用 我需要支付的費用限額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$1,499
住院治療承保^{1,2} 我的計劃將承保多長的住院時間？ 我需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 3 天，您每天需支付 \$0 • 第 4 – 5 天，您需支付 \$150 • 第 6 – 90 天，您需支付 \$0 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。 第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670
醫院門診承保^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$100
門診手術中心^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 對於 Medicare 承保的門診手術中心就診，您每次支付 \$100
醫生看診 我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫生看診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$0 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
預防保健 我需要為預防保健支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理培訓¹、鉍劑灌腸¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0
緊急醫療護理 我需要為緊急醫療護理支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Traditional (HMO)
<p>急症治療服務</p> <p>我需要為急症治療服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您需支付 \$0
<p>診斷服務/化驗/影像檢查^{1,2}</p> <p>我需要為診斷服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> 血糖/糖化血紅蛋白 (A1C) 測試 血脂檢測 放射線診斷服務（如 MRI、CT） 門診 X 光檢查 化驗服務 診斷檢查 放射線治療服務：您需支付 20%
<p>聽力服務^{1,2}</p> <p>我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> 承保的診斷和常規檢查 本計劃最多承保 \$250 助聽器補貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
<p>牙科服務</p> <p>我需要為牙科服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$3000
<p>視力服務</p> <p>我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡補貼有多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 您需為常規眼部檢查支付 \$0 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> 一副眼鏡（鏡片和鏡框） 一副隱形眼鏡 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$500

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Traditional (HMO)
<p>精神健康服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> Medicare 為您住院的前 2 天提供承保 之後，第 1 – 3 天，您每天需支付 \$0 第 4 – 5 天，您每天需支付 \$150 第 6 – 90 天，您每天需支付 \$0 我們提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付總費用的 20% 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個受益期，我們承保最長 100 天的專業護理機構住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 第 21 – 50 天，您每天需支付 \$100 第 51 – 100 天，您每天需支付 \$200
<p>物理治療^{1,2} 我需要為門診康復服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 心臟康復服務：您需支付總費用的 20% 職能治療就診：您需支付 \$10 物理治療以及言語和語言治療就診：您需支付總費用的 20%
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% 非緊急載送需獲得事先授權
<p>交通服務^{1,2} 我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>Medicare B 部份藥物¹ 我需要為 B 部份藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> 您需為 B 部份胰島素支付 \$0 對於所有其他 B 部份藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

D 部分處方藥		Imperial Traditional (HMO)	
D 部分保費	您每月需支付 \$0		
自付費用限額 我需要支付的費用限額是多少？	您在本計劃 D 部分的年限額為 \$2,000		
自付額階段	無自付額（您的保險自您投保生效當日開始）		
初始承保階段	在年度自付藥費達到 \$2,000 前，您需支付下述費用		
		零售 30 天的份量	郵購 100 天的份量
第 1 級 — 首選普通藥	\$0.00	\$0.00	\$0.00
第 2 級 — 普通藥	\$10.00	\$10.00	\$10.00
第 3 級 — 首選品牌藥	\$45.00/特定胰島素：\$0	\$90.00/特定胰島素：\$0	\$90.00/特定胰島素：\$0
第 4 級 — 非首選藥物	\$90.00/特定胰島素：\$0	\$180.00/特定胰島素：\$0	\$180.00/特定胰島素：\$0
第 5 級 — 特殊級藥	33%	第 5 級藥物不支持郵購供應	
重大傷病承保階段	當您的年度自付藥費達到 \$2,000 後，您需支付 \$0		

關於胰島素費用支付的重要資訊 — 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量，您支付的費用不會超過 \$35，無論該產品處於哪個分攤費用等級。

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Traditional (HMO)
送餐到家服務 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 每個受益期，本計劃最多承保 \$105。
居家保健服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 您需為每次居家保健就診支付 \$10
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 48 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
醫療設備/用品 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
門診藥物濫用戒除 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 對於個人或團體的每次服務，您需支付總費用的 20%
非處方 (OTC) 藥物和用品	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$95 的補貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉
常規足部護理 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次常規足部護理就診您需支付 \$0
健康計劃	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) 提供，這是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。
全球範圍承保 我的全球範圍承保報銷金額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$100,000，其中急症護理的共付額為 \$20，緊急醫療護理的共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

Imperial Courage Plan (HMO) 016

保費和福利

Imperial Courage Plan (HMO)

<p>保費</p> <p>我每月需要繳納多少保費？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您每月需支付 \$0 • Imperial Courage Plan 將為您的 B 部分保費繳納 \$75。您必須繼續繳納您的那一部分 Medicare B 部分保費
<p>自付額</p> <p>在計劃支付之前，我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃沒有自付額
<p>最高自付費用</p> <p>我需要支付的費用限額是多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$2,999
<p>住院治療承保^{1,2}</p> <p>我的計劃將承保多長的住院時間？我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 為您住院的前 2 天提供承保 • 之後，第 1 – 5 天，您每天需支付 \$150 • 第 6 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670
<p>醫院門診承保^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次住院，您需支付 \$200
<p>門診手術中心^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於每次 Medicare 承保的就診，您需支付 \$200
<p>醫生看診</p> <p>我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫生看診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$5 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
<p>預防保健</p> <p>我需要為預防保健支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理培訓¹、鉕劑灌腸¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0
<p>緊急醫療護理</p> <p>我需要為緊急醫療護理支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>急症治療服務</p> <p>我需要為急症治療服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$0
<p>診斷服務/化驗/影像檢查^{1,2}</p> <p>我需要為診斷服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 血糖/糖化血紅蛋白 (A1C) 測試 • 血脂檢測 • 放射線診斷服務（如 MRI、CT） • 門診 X 光檢查 • 化驗服務 • 診斷檢查 • 放射線治療服務：您需支付 20%
<p>聽力服務^{1,2}</p> <p>我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器補貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
<p>牙科服務</p> <p>我需要為牙科服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$1500
<p>視力服務</p> <p>我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡補貼有多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$250

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>精神健康服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> • Medicare 為您住院的前 2 天提供承保 • 之後，第 1 – 5 天，您每天需支付 \$150 • 第 6 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$670 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付總費用的 20% • 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個受益期，我們承保最長 100 天的專業護理機構住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 100 天，您每天需支付 \$200
<p>物理治療^{1,2} 我需要為門診康復服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務：您需支付總費用的 20% • 職能治療就診：您需支付 \$10 • 物理治療以及言語和語言治療就診：您需支付總費用的 20%
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 • 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權
<p>交通服務^{1,2} 我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>Medicare B 部份藥物¹ 我需要為 B 部份藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部分胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部分藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Courage Plan (HMO)
送餐到家服務 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 每個受益期，本計劃最多承保 \$105。
居家保健服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 您需為每次居家保健就診支付 \$10
醫療設備/用品 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
門診藥物濫用戒除 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
非處方 (OTC) 藥物和用品	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$75 的補貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉
常規足部護理 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次常規足部護理就診您需支付 \$0
健康計劃	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) 提供，這是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。
全球範圍承保 我的報銷金額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$50,000，其中急症護理的共付額為 \$20，緊急醫療護理的共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

保費和福利	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
保費 我每月需要繳納多少保費？	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您每月需支付 \$0 • D 部分保費：您每月需繳納 \$29.70 • 您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費
自付額 在計劃支付之前，我需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 2024 年，本計劃的自付額為 \$240。此金額在 2025 年可能會有所變更。Imperial Dual Plan 將在 Medicare 公佈 2025 年 B 部分自付額後通知您 • D 部分自付額：您需支付 \$590
最高自付費用 我需要支付的費用限額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$2,999
住院治療承保^{1,2} 我的計劃將承保多長的住院時間？我需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 60 天，您每天需支付 \$0 • 第 61 – 90 天，您每天需支付 \$408 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$816 • 這些是 2024 年的金額，2025 年可能會有所變更。在 Medicare 公佈這些金額後，本計劃會通知您
醫院門診承保^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20%
門診手術中心^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 對於每次 Medicare 承保的門診手術中心就診，您需支付總費用的 20%
醫生看診 我找主治醫生或專科醫生 ^{1,2} 看診需要支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20% • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
預防保健¹ 我需要為預防保健支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢、糖尿病自我管理培訓、鉕劑灌腸、直腸指檢和 EKG，您需支付總費用的 20% • 對於其他承保的預防性服務，您需支付 \$0

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
緊急醫療護理 我需要為緊急醫療護理支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20%，最多不超過 \$140 • 若您在 3 天之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
急症治療服務 我需要為急症治療服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付總費用的 20%，最多不超過 \$65 • 若您在 3 天之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
診斷服務/化驗/影像檢查^{1,2} 我需要為診斷服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付總費用的 20%： <ul style="list-style-type: none"> • 化驗服務 • 診斷檢查 • 放射線診斷服務（如 MRI） • 放射線治療服務 • X 光檢查
聽力服務^{1,2} 我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為承保的診斷和常規檢查支付 \$0 • 助聽器補貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$2,500
牙科服務 我需要為牙科服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$1500
視力服務 我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡補貼有多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付總費用的 20% • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡。 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$500

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

保費和福利	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>精神健康服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 60 天，您每天需支付 \$0 • 第 61 – 90 天，您每天需支付 \$408 • 我們的計劃提供最長 60 天的終身儲備日。第 1 – 60 天，您每天需支付 \$816 • 這些是 2024 年的金額，2025 年可能會有所變更。在 Medicare 公佈這些金額後，本計劃會通知您 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診，您需支付總費用的 20%
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個受益期，我們承保最長 100 天的專業護理機構住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 100 天，您每天需支付 \$204 • 第 101 天及之後，您需支付費用的 100% • 這些是 2024 年的金額，2025 年可能會有所變更。在 Medicare 公佈這些金額後，本計劃會通知您
<p>物理治療^{1,2} 我需要為門診康復服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付總費用的 20%： <ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務 • 職能治療就診 • 物理治療 • 言語和語言治療
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送或空中載送，您每次需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權
<p>交通服務^{1,2} 我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>Medicare B 部份藥物¹ 我需要為 B 部份藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部份胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部份藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

D 部分處方藥		Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)	
D 部分保費	您需繳納 \$29.70		
自付費用限額 我需要支付的費用限額是多少？	您在本計劃 D 部分的年限額為 \$2,000		
自付額階段	在本計劃開始支付其應承擔的費用之前，您需為您的第 3 – 5 級藥物支付 \$590		
初始承保階段	在年度自付藥費達到 \$2,000 前，您需支付下述費用		
		零售 30 天的份量	郵購 100 天的份量
第 1 級 – 首選普通藥	\$0	0%	
第 2 級 – 普通藥	\$0	0%	
第 3 級 – 首選品牌藥	25%/特定胰島素：\$0	25%/特定胰島素：\$0	
第 4 級 – 非首選藥物	25%/特定胰島素：\$0	25%/特定胰島素：\$0	
第 5 級 – 特殊級藥	25%	第 5 級藥物不支持郵購供應	
重大傷病承保階段	當您的年度自付藥費達到 \$2,000 後，您需支付 \$0		

關於胰島素費用支付的重要資訊 — 對於我們計劃承保的每種胰島素產品的一個月份量，即使您沒有支付自付額，您支付的費用不會超過 \$35，無論該產品處於哪個分攤費用等級。

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
食品 and 農產品補貼	<ul style="list-style-type: none"> 您每 3 個月透過 Imperial 提供的預付卡可獲得 \$460 的補貼 要符合資格，您必須滿足以下條件之一：慢性酒精及其他藥物依賴症；自體免疫性疾病；癌症；心血管疾病；慢性心臟衰竭；失智症；糖尿病；晚期肝病；晚期腎病 (ESRD)；嚴重的血液系統異常；HIV/AIDS；慢性肺病；慢性及致殘性精神健康疾病；神經功能障礙；或中風
送餐到家服務 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 每個受益期，本計劃最多承保 \$105。
居家保健服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 您需為居家保健服務支付 \$0
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 60 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
醫療設備/用品 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% 對於糖尿病監測用品¹，您需支付總費用的 20%
門診藥物濫用戒除 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
非處方 (OTC) 藥物和用品	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$140 的補貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

補充福利	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
個人緊急應答裝置	<ul style="list-style-type: none"> 您每年需為 1 台裝置支付 \$0
常規足部護理 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次常規足部護理就診您需支付 \$0
健康計劃	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) 提供，這是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司。
全球範圍承保 我的全球範圍承保報銷金額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$100,000，共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

標有 ¹ 的服務可能需要事先授權。標有 ² 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

2025 年福利摘要

Imperial Health 將不斷審查如何將科技與新裝置和服務結合以改善我們會員的健康。如需瞭解您可享有的福利的清單，請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，節假日除外。

Imperial Health Plan of California, Inc. 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 視合約續簽情況而定。

本資訊並非完整的福利說明。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711) 瞭解更多資訊。可能設有限制、共付額及約束。每年的 1 月 1 日，福利、保費和/或共付額/共同保險可能會有所調整。

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。

注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 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).