

2025

註冊套件

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

**2025 年 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)
參保前資料包目錄**

介紹函和聯絡電話號碼.....	1
約談範圍.....	2
資格.....	3
福利摘要（012、005、014、007、016、011）.....	5
如何參保以及接下來會怎樣.....	7
參保前檢查清單.....	41
參保資格證明.....	42
參保申請.....	43
SNP 評估.....	44
健康風險評估 (HRA).....	51
低收入補貼保費表.....	55
多語言插頁.....	60
星級評級.....	61
重要聯絡資訊.....	64



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

尊敬的 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) 準會員：

感謝您考慮選擇 Imperial 作為您的健康保險。Imperial Health Plan of California 是一項 Medicare Advantage 計劃，旨在為您提供高品質的醫療、牙科和處方藥服務。

作為您選擇的 Medicare 保健計劃，我們與簽約的醫療團體、醫院和醫生（主治醫生和專科醫生）攜手合作，共同為您提供各個方面的患者護理服務，包括住院護理和專科諮詢護理。我們還與眾多醫療保健提供者合作，以確保您在社區內及時獲得所需的護理。

在 2025 年，我們將為您提供多項補充福利，例如綜合牙科護理、視力護理、聽力護理、交通服務、健康俱樂部會員資格、非處方 (OTC) 藥物和用品、常規足部護理等。在您比較了其他計劃的福利之後，我們希望您能發現選擇 Imperial Health Plan 的優勢。

如果您對參保有任何疑問，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-800-838-8271，TTY：711。10 月 1 日至 3 月 31 日期間我們的服務時間為：週一至週日，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間我們的服務時間為：週一至週五，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），節假日除外。我們期盼能夠為您提供服務。

謹致，

Paveljit S. Bindra，醫學博士、首席執行官

2025 年，我們很高興能在加州 50 個郡提供 Imperial Health Plan 福利和服務：

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	莫諾郡	蒙特瑞郡	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	聖貝尼托郡	聖伯納汀諾郡	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	聖塔芭芭拉郡	聖塔克拉拉郡	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	尤巴郡						

重要聯絡資訊：#s

潛在會員可致電：

800-838-5914 或傳送電子郵件至 sales@imperialhealthplan.com

會員服務部：

800-838-8271 或傳送電子郵件至 members@imperialhealthplan.com

Imperial 網站：

www.Imperialhealthplan.com



約談範圍確認書 (SOA)

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 要求持照銷售代理人

在進行任何個人面對面或電話銷售會談前，記錄代理人與 Medicare 受益人（或其授權代表）行銷約談*的範圍。下表所有內容均屬於保密資訊。每位符合 Medicare 資格的受益人或其授權代表均需單獨填寫一份確認書表格。如果受益人（或其授權代表）要求提供與先前商定的計劃類型不同的資訊，則需要簽署新的約談範圍書 (SOA)。

請在下方您想與代理人討論的產品類型旁簽上姓名的第一個字母。（請參閱下文的產品類型）

Medicare Advantage 計劃（C 部分和 D 部分） 牙科/視力/聽力產品

簽署此表格即表示您同意與銷售代理人會談，以討論您在上方勾選的產品類型。請注意，與您討論產品的人將是某項 Medicare 計劃僱用或與之簽約的人員。他們並不直接為聯邦政府工作。這些人員可能會根據您參保某項計劃的情況獲得報酬。簽署此表格並不意味著您必須參保一項計劃、影響您目前或將來的 Medicare 參保或自動將您加入到所討論的計劃。

受益人或授權代表簽名和簽名日期	
簽名：	簽名日期：
如果您是授權代表，請在上方簽名並以正楷填寫下方欄位	
代表姓名：	與受益人的關係：
由代理人填寫	
代理人姓名：	代理人電話：
代理人簽名：	現場行銷機構 (FMO)：
受益人姓名：	受益人電話：
受益人地址：	受益人的 Medicare 受益人識別號 (MBI)：
首次聯絡方式：	
會談期間代理人所代表的計劃：	完成約談的日期：
如果適用，請說明在會談前沒有簽署 SOA 的原因：（未預約、計劃外參與者等）	

Medicare Advantage 計劃 (C 部分)

Medicare 健康維護組織 (HMO)：一項 Medicare Advantage 計劃，提供 Original Medicare A 部分及 B 部分涵蓋的所有健康保險，有時還提供 D 部分處方藥保險。在大多數 HMO 中，您只能從計劃網絡內的醫生或醫院處獲得護理（緊急情況除外）。

Medicare 特殊需求計劃 (SNP)：一項 Medicare Advantage 計劃，其中包含專為有特殊醫療保健需求的人設計的福利包。該計劃所服務的特定人群包括，同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

牙科/視力/聽力

為希望滿足牙科、視力或聽力需求的客戶提供額外福利的計劃。
這些計劃不附屬於 Medicare，也與其無關。

**約談範圍記錄文件受到 CMS 記錄保留規定之約束。Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。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)。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

資格：

在參保 Medicare Advantage 計劃之前，必須先瞭解資格要求和參保指南。如果您符合 Medicare A 部分的資格並已參保 Medicare B 部分，那您可能有資格參保 Medicare Advantage 計劃，如 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)。如果您已經參保 Medicare Advantage 計劃，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間更改下一年的保險。除此期間之外還存在其他特殊參保期 (SEP)。如需瞭解更多資訊，請致電 Imperial Health Plan，電話：1-800-838-5914，10 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（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間我們的服務時間為：週一至週五，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），節假日除外。

以下是 Imperial Health Plan 的資格要求：

Imperial 計劃	Medicare A 部分和 B 部分	居住在服務區域內	條件
Imperial Dynamic Plan (HMO) - 012	是	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、	不適用
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) - 005	是	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、	心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病。還必須完成特殊需求計劃 (SNP) 評估
Imperial Giveback (HMO) - 014	是	默塞德郡、莫多克郡、莫諾郡、蒙特瑞郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、	不適用
Imperial Traditional (HMO) - 007	是	普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖貝尼托郡、聖伯納汀諾郡、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、聖塔芭芭拉郡、聖塔克拉拉郡、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、尤巴郡	不適用
Imperial Courage Plan (HMO) - 016	是		僅 C 部分
Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) - 011	是	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、薩克拉門托郡、舊金山郡、聖華金郡、聖塔芭芭拉郡、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、圖萊里郡、文圖拉郡、優洛郡	必須擁有 Medicare 和 Medicaid

Medicare： 1-800-633-4227。Medicare 網站：www.medicare.gov



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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、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	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 Giveback (HMO) 014	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 Courage Plan (HMO) 016	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 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)
<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 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
<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 C 部分或 D 部分福利沒有自付額
<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"> • 每次就診，您需支付 \$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</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 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)
保費 我每月需要繳納多少保費？	<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
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 \$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"> • 您需為醫院門診服務支付 \$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 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)
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 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
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 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
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 \$9,350
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 承保的就診，您需支付費用的 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、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。

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
第 2 級 — 普通藥		\$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
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
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)
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 • 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
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 \$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"> • 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
醫院門診承保^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 每次住院，您需支付 \$200
門診手術中心^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 對於每次 Medicare 承保的就診，您需支付 \$200
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 \$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
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、鉕劑灌腸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"> • 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 部分藥物支付多少費用？</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).



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

如何參保以及參保後會怎樣

參保某項 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) MAPD 計劃很簡單。請使用以下方法之一參保：

1. **電話** 請致電 1-800-838-5914，我們將透過電話協助您完成申請
2. **線上** 瀏覽 www.imperialhealthplan.com 或 www.Medicare.gov 獲得線上參保選項
3. **傳真** 填寫參保申請並傳真至 1-626-380-9066
4. **電子郵件** 填寫參保申請並透過電子郵件傳送給 enrollmentunit@imperialhealthplan.com
5. **郵寄** 填寫參保申請並郵寄至下列地址：
Imperial Health Plan of California
Attention: Membership Department
PO Box 60874
Pasadena, CA 91106

填寫參保申請後會怎樣？

在您填寫並提交 Imperial 的參保申請後，接下來會怎樣？

1. **參保確認：**我們將根據參保標準確認您的參保
2. **回執/確認函、承保範圍說明書 (EOC)、會員 ID 卡、醫療服務提供者/藥房目錄和處方藥一覽表：**參保經確認後，我們將向您發出回執/確認函，確認您的參保。此信函將包含您選擇的計劃和您的會員 ID 號。如果出於任何原因您的申請未被接受，我們將通知您並說明原因。EOC 將包括您的計劃會員 ID 卡、醫療服務提供者/藥房目錄和處方藥一覽表。這些手冊包含使用您的計劃福利所需的所有資訊。請始終隨身攜帶您的會員 ID 卡。您的會員 ID 卡可用於所有醫療服務，包括醫生看診、住院、急診和藥房服務。
3. **電話：**Imperial 代表將在確認您的參保後 7 至 10 個工作日內給您打電話。Imperial 代表將告知您，您可以開始接受服務，同時該代表將很樂意幫助您安排第一次主治醫生 (PCP) 看診，並能回答您可能遇到的任何其他問題。



Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP) 參保前檢查清單

決定參保前，請務必完全瞭解我們的福利與規則。如有任何疑問，您可以致電聯絡會員服務代表，電話：1-800-838-8271（TTY 使用者可致電 711）。

瞭解各種福利

- 查看承保範圍說明書 (Evidence of Coverage, EOC) 中的完整福利清單，尤其留意與醫生的常規約診服務。瀏覽 www.imperialhealthplan.com 或致電 1-800-838-8271 即可查閱 EOC 副本。
- 查看醫療服務提供者目錄（或詢問您的醫生），以確保目前為您看診的醫生在網絡中。如果他們不在此目錄中，則您可能需要重新選擇一位醫生。
- 查看藥房目錄，確保您用於配取任何處方藥的藥房在網絡中。如果藥房不在此目錄中，則您可能需要重新選擇一間藥房來配取處方藥。

瞭解重要規則

- 除月繳計劃保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。該保費通常每月從您的社會保障支票中扣除。
- 自 2025 年 1 月 1 日起，福利、保費和/或共付額/共同保險可能會有所調整。
- 除了緊急醫療護理或急症護理，我們不會承保由網絡外醫療服務提供者（不在醫療服務提供者目錄中的醫生）提供的服務。
- 本計劃是一項慢性疾病特殊需求計劃 (C-SNP)。您必須確認患有符合條件的特定嚴重或致殘慢性疾病才能參保。
- 本計劃是一項雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)。您必須確認同時具備 Medicare 和 Medicaid 承保的州計劃醫療援助資格，才能參保此計劃。
- **對當前保險的影響。**如果您當前已加入 Medicare Advantage 計劃，則您當前的 Medicare Advantage 醫療保險將在新的 Medicare Advantage 保險生效後結束。如果您擁有 Tricare，則新的 Medicare Advantage 保險生效後，您的承保可能會受到影響。請聯絡 Tricare 瞭解更多資訊。如果您擁有 Medigap 計劃，則您的 Medicare Advantage 保險生效後，您可能希望放棄您的 Medigap 保單，因為您將支付您無法使用的保險費用。

參保期資格合格證明

通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請仔細閱讀下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。勾選下列任何方框即表示據您所知您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次投保 Medicare。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計劃。
- 我最近搬離現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選擇。我搬遷的日期是（填入日期）_____。
- 我最近剛被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）_____。
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）_____。
- 我最近獲得美國的合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）_____。
- 最近我的 Medicaid 狀態有所改變（新近加入 Medicaid、Medicaid 補助等級有所變更或退出 Medicaid），日期是（填入日期）_____。
- 最近我的 Medicare 處方藥保險額外補助狀態有所改變（新近獲得額外補助、額外補助等級有所變更、或是失去額外補助），日期是（填入日期）_____。
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或我所在的州政府幫助支付我的 Medicare 保費），或者我享有額外補助以支付 Medicare 處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是（填入日期）_____。
- 我最近退出了老年人全面護理計劃 (PACE)，退出日期是（填入日期）_____。
- 我最近非自願性地喪失了有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 同等級的保險）。我喪失藥物保險的日期是（填入日期）_____。
- 我將要退出僱主或工會保險，退出日期是（填入日期）_____。
- 我加入了我所在州政府提供的藥房援助計劃。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。
- 我透過 Medicare（或我所在的州）參保了一項計劃，但我想選擇另一種不同的計劃。我參保該計劃的生效日期是（填入日期）_____。
- 我曾參保特殊需求計劃 (SNP)，但現已失去了參保該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）_____。
- 我曾受到與氣候相關的緊急狀況或重大災害（由聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 發佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於自然災害，我無法參保。

若以上聲明皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)，電話：1-800-838-5914 (TTY: 711)，以瞭解您是否符合參保資格。10 月 1 日至 3 月 31 日期間我們的服務時間為：週一至週日，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間我們的服務時間為：週一至週五，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），節假日除外。

此表格適用於哪些人？

想要加入 Medicare Advantage 計劃的 Medicare 會員

若要加入一項計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 居住在該計劃的服務區域內

重要提示：若要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須同時擁有：

- Medicare A 部分（住院保險）
- Medicare B 部分（醫療保險）

我何時使用此表格？

您可以在以下期間或情況下加入一項計劃：

- 每年 10 月 15 日 – 12 月 7 日期間（保險生效時間為次年 1 月 1 日）
- 首次參保 Medicare 後的 3 個月內
- 允許您加入或更換計劃的特定情況

請瀏覽 Medicare.gov，進一步瞭解有關何時您可以參保計劃的資訊。

填寫此表格需要準備什麼？

- 您的 Medicare 編號（您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼）
- 您的永久住址和電話號碼

註：您必須填寫第 1 部分的所有內容。第 2 部分為選填內容 – 我們不會因為您沒有填寫這些內容而拒絕您參保。

在此提醒您：

- 如果您想要在秋季開放參保期（10 月 15 日 – 12 月 7 日）加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。
- 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇從銀行帳戶或每月的社會保障（或鐵路職工退休委員會）福利金中扣繳保費。

接下來會怎樣？

將填妥並已簽名的表格郵寄至以下地址：

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

Attention: Enrollment
PO Box 60874
Pasadena, CA 91116

或傳送電子郵件至：

Enrollmentunit@imperialhealthplan.com

他們在處理完您加入計劃的申請後便會聯絡您。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 Imperial Health Plan，電話：1-800-838-5197。
TTY 使用者可致電 711。

或者致電 Medicare 專線 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

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

無家可歸者

- 如果您想加入某項計劃但沒有永久住所，則郵政信箱、收容所或診所地址，或您接收郵件（例如，社會保障支票）的地址可作為您的永久居住地址。

重要提示

請勿將本表或任何帶有您個人資訊的材料（如理賠、付款、醫療記錄等）寄送給文書削減法案 (PRA) 報告審批辦公室。我們將銷毀與改進本表或收集資訊（如 OMB 0938-1378 中所述）無關的任何材料。我們不會保留、審查或將其轉寄至計劃。請參見此頁面中的「接下來會怎樣？」，將填妥的表格郵寄至計劃。

第 1 部分 – 本頁所有欄均為必填項（除非標註了選填）

選擇您想要加入的計劃：

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



名： _____ 姓： _____ 選填：中間名縮寫： _____
出生日期：（月/日/年） _____ 性別： _____ 電話號碼： _____
（__ / __ / ____） _____ 男 女 _____（ ） _____
永久居住街道地址（請勿填寫郵政信箱號。註：對於無家可歸者，可將郵政信箱視為您的永久居住地址。）：

城市： _____ 選填：郡： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____
郵寄地址（如果與您的永久地址不同則填寫，可以使用郵政信箱）： _____
街道地址： _____ 城市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____

您的 Medicare 資訊：

Medicare 編號： _____ - _____ - _____

請回答以下重要問題：

您是否擁有除 Imperial Health Plan 之外的其他處方藥保險（如 VA、TRICARE）？

是 否

其他保險的名稱： _____ 該保險的會員號碼： _____ 該保險的團體號碼 _____

您是否患有心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病？ 是 否

重要提示：閱讀並在下方簽字：

- 我必須保留住院保險（A 部分）和醫療保險（B 部分）才能繼續參保 Imperial Health Plan。
- 加入此 Medicare Advantage 計劃，即表示我承認 Imperial Health Plan 將與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集這些資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參見下文的《隱私法聲明》）。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。
- 我理解，我一次僅可參保一項 Medicare Advantage (MA) 計劃，並且參保本計劃將自動終止參保其他 MA 計劃的資格（MA 私人按服務收費 [PFFS] 計劃和 MA 醫療儲蓄帳戶 [MSA] 計劃除外）。
- 我瞭解，當我的 Imperial Health Plan 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 Imperial Health Plan 取得。Imperial Health Plan 提供及 Imperial Health Plan「承保範圍說明書」文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中承保的所有福利和服務皆在承保範圍內。對於不在承保範圍內的福利或服務，Medicare 和 Imperial Health Plan 均不會支付相關費用。

- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃退保。
- 我理解，我（或取得合法授權代表我行事的個人）在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表（如上所述）簽署，此簽名確認：
 - 1) 此人根據州法律獲得授權填寫此參保表，且
 - 2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。

簽名：

填表日期：

若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下資訊：

姓名：

地址：

電話號碼：

與參保者的關係：

第 2 部分 — 此部分中的所有欄位均為選填項

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

您是否為西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統？請選擇所有適用項。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 否，我不是西班牙裔、拉美裔，亦無西班牙血統 | <input type="checkbox"/> 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人、奇卡諾人 |
| <input type="checkbox"/> 是，我是波多黎各人 | <input type="checkbox"/> 是，我是古巴人 |
| <input type="checkbox"/> 是，我是西班牙裔、拉丁裔或者具有西班牙血統 | |
| <input type="checkbox"/> 我選擇不回答 | |

您的種族是？請選擇所有適用項。

美國印地安人或阿拉斯加原住民 亞裔：

亞裔：

- 印度裔
- 華裔
- 菲律賓裔
- 日裔
- 韓裔
- 越南裔
- 其他亞裔

黑人或非裔美國人 夏威夷原住民和太平洋島民：

- 關島人或查莫羅人
- 夏威夷原住民
- 薩摩亞裔
- 其他太平洋島民
- 白人
- 我選擇不回答

您的性別是？請選擇一項。

- 女
- 男
- 非二元性別

我使用其他術語描述：_____

我選擇不回答

以下哪項最能代表您對自己的看法？請選擇一項。

女同性戀或男同性戀

我使用其他術語描述：_____

異性戀，既不是女同性戀也不是男同性戀

我不知道

雙性戀

我選擇不回答

如果您希望我們用英文以外的語言向您寄送資訊，請選擇一項。

西班牙文 其他：_____

如果您希望我們向您寄送無障礙格式的資訊，請選擇一種。

盲文

大字印刷版

音訊 CD

數位 CD

除了以上格式之外，如果您需要其他無障礙格式的資訊，請致電 1-800-838-8271 聯絡 Imperial Health Plan。我們 10 月 1 日至 3 月 31 日期間的辦公時間為：週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的辦公時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點，節假日除外。TTY 使用者可致電 711。

您是否有工作？ 是 否

您的配偶是否有工作？ 是 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

我希望透過電子郵件獲得以下材料。請選擇一項或多項。

是，我希望透過線上會員入口網站收到新會員參保資料包 — 承保範圍說明書 (EOC)、綜合處方藥一覽表和醫療服務提供者/藥房目錄。

會員地址：_____

支付您的計劃保費

您每月可以透過郵寄來支付您的月繳計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月透過社會保障或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。

僅適用於幫助參保人填寫此表格的個人

如果您是幫助參保人填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、州健康保險援助計劃 (SHIP) 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：

與參保者的關係：

簽名：

全國保險商編號（僅限代理商/經紀人填寫）：

隱私法聲明

Medicare 和 Medicaid 服務中心 (CMS) 會從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤 Medicare Advantage (MA) 計劃受益人的參保情況，改善護理和支付 Medicare 福利。《社會保障法》第 1851 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條和第 422.60 條均授權收集此類資訊。CMS 可根據系統記錄通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。

根據 1995 年的「文書削減法案」，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的管理和預算辦公室 (OMB) 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-1378。每次完成此資訊收集預計平均需要 20 分鐘，包括瀏覽說明，搜尋現有資料資源，收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。若您對於該預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。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)。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 SNP)
參保前資格評估工具

申請人資訊		
名：	姓：	出生日期：
由持照執業醫護人員填寫		
醫生姓名：	電話號碼：	傳真號碼：
醫生地址：		
本人特此確認上述申請人患有符合條件的以下慢性病。 申請人患有： <input type="checkbox"/> 糖尿病（血糖偏高） <input type="checkbox"/> 慢性心臟衰竭 <ul style="list-style-type: none">• 高血壓 <input type="checkbox"/> 心血管疾病 <ul style="list-style-type: none">• 心律失常（心悸、心跳加快、心房顫動、心房撲動、心率加快或減慢、使用起搏器或除顫器、昏厥）• 冠狀動脈疾病（心臟病發作、植有支架、接受過心臟手術）• 外周血管疾病（血液循環不暢）• 慢性靜脈血栓栓塞症（血栓）• 中風病史• 高脂血症（膽固醇水平偏高）		

醫生正楷姓名

簽名：

為申請人評估日期：

請將評估工具傳真至 IHP，傳真號碼：1-626-380-9066，收件人：會員資格部

如果您有任何疑問，請聯絡我們的會員服務部，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（太平洋標準時間）至晚上8點（太平洋標準時間），4月1日至9月30日期間我們的服務時間為：週一至週五，上午8點（太平洋標準時間）至晚上8點（太平洋標準時間），週六至週日，上午10點（太平洋標準時間）至下午2點（太平洋標準時間），節假日除外。

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

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).

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)。



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

健康風險評估 (HRA)

日期：		會員 ID：		計劃生效日期：	
名：		姓：		出生日期：	
性別：		住宅電話：		其他號碼：	

第 1 節 個人特徵

<p>1 您是西班牙裔或拉丁裔嗎？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題</p>	<p>2 您屬於哪個（些）種族？請勾選所有適用項。</p> <p><input type="checkbox"/> 亞洲人 <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 太平洋島民 <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人</p> <p><input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民</p> <p><input type="checkbox"/> 其他（請寫明）：</p> <p><input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題</p>
--	---

第 2 節 健康問題

<p>3 您目前或過去患有哪此疾病？（請勾選所有適用項。）</p> <p><input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 中風</p> <p><input type="checkbox"/> 雙相障礙 <input type="checkbox"/> 聽力問題 <input type="checkbox"/> 視力問題</p> <p><input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 (COPD)/肺氣腫 <input type="checkbox"/> 高血壓</p> <p><input type="checkbox"/> 冠心病</p> <p><input type="checkbox"/> 失智症</p>	
---	--

第 3 節 其他健康問題

<p>4 總體而言，您如何評價自己的健康情況？</p> <p><input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 一般</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 很差</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p>	<p>5 （僅限女性）您目前是否懷孕？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>
<p>6 您的視力如何？</p> <p><input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 一般</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 很差</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p>	<p>7 您今年是否接種了以下任何疫苗？</p> <p>流感 肺炎 COVID（製造商：_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>8 您是否使用菸草製品？</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	<p>9 您目前使用幾種不同的處方藥？</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 種處方藥</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 種處方藥</p> <p><input type="checkbox"/> 4 種或更多</p>
<p>10 您是否有任何疼痛：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>部位：_____</p>	<p>11 您是否住過院：</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一次 <input type="checkbox"/> 兩次或以上 ___</p> <p>您是否有過任何急診 (ER) 就診：<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
<p>12 您是否會跌倒：</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

13	您是否有家人或其他人願意並能夠在您需要時為您提供幫助： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
14	您是否認為您的照護者很難為您提供您需要的所有幫助： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
第 4 節 住房		
15	您目前的住房狀況如何？ <input type="checkbox"/> 我沒有住房（與他人同住、住在旅館、住在庇護所、露天住在街邊、住在海灘上、住在車裡、廢棄建築物裡、公共汽車站或火車站、或公園裡） <input type="checkbox"/> 我目前有住房，但我擔心將來失去住房 <input type="checkbox"/> 我有住房	16 您的具體住所為： <input type="checkbox"/> 獨立住宅公寓、公寓或移動房屋 <input type="checkbox"/> 輔助生活公寓或寄宿和護理中心 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 其他：_____
第 5 節 食物		
17	在過去 12 個月內，您擔心食物吃完後沒有錢繼續購買。 <input type="checkbox"/> 經常這樣 <input type="checkbox"/> 有時這樣 <input type="checkbox"/> 從沒這樣過	
第 6 節 公用事業		
18	在過去 12 個月內，供電、供氣、供油或供水公司是否威脅要對您的家裡斷供？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已經斷供	
第 7 節 交通		
19	在過去 12 個月內，您是否因為交通不便而無法赴約就診、會面、工作或獲得日常生活所需的物品？（勾選所有適用項） <input type="checkbox"/> 是，交通不便讓我無法赴約就診或獲得藥物 <input type="checkbox"/> 是，交通不便讓我無法完成非醫療會面、赴約、工作或獲得我所需的物品 <input type="checkbox"/> 否	
第 8 節 社會和情緒健康		
20	您在目前居住的地方是否感到身心安全？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不確定 <input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題	21 您多久與您關心並感到親近的人見一次面或聊一次天？（例如：與朋友通電話、拜訪朋友或家人、參加教堂或俱樂部聚會）。 <input type="checkbox"/> 每週少於 1 次 <input type="checkbox"/> 每週 1 至 2 次 <input type="checkbox"/> 每週 3 至 5 次 <input type="checkbox"/> 每週 6 次或更多 <input type="checkbox"/> 我選擇不回答這個問題



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

22 在過去 2 週中，您感到悲傷的頻率如何：

- 完全沒有
- 偶而
- 有幾天
- 超過一半天數
- 幾乎每天

請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)

**領取 Medicare 額外補助以協助支付
處方藥費用的參保人的月繳計劃保費**

如果您從 Medicare 處領取額外補助以幫助支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，您的月繳計劃保費將低於您不領取 Medicare 額外補助情況下的保費。

如果您領取額外補助，以下任一計劃的月繳計劃保費均為 \$0。（此費用不包含任何您必須支付的 Medicare B 部分保費。）

您的額外補助等級	Imperial Traditional (HMO) PBP 007 的月繳保費	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) PBP 011 的月繳保費	Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005 的月繳保費	Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012 的月繳保費	Imperial Giveback (HMO) PBP 014 的月繳保費
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

Imperial Health Plan of California 的保費包含醫療服務和處方藥保險的承保。

如果您未領取額外補助，您可以查詢您是否符合資格，請致電：

- 1-800-Medicare，TTY 使用者可致電 1-877-486-2048（服務時間為每天 24 小時，每週 7 天）
- 所在州 Medicaid 辦公室，或
- 社會保障局，電話：1-800-772-1213。TTY 使用者可致電 1-800-325-0778，服務時間為週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點。

如果您有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-800-838-8271，TTY 使用者可致電 TTY 專線：711，10 月 1 日至 3 月 31 日（節假日除外）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（節假日除外）的服務時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

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

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 pagsaling-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 للمترجم الفوري للمجانية الإجابة عن أي سألنة تتعلق بالصحة وأجدول لأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليسع ليك سوى الاتصال بنظ لي 1-800-838-8271- إند يقوشم خص 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ごぞいます。通訳をご用命になるには、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



重要聯絡資訊

Imperial Health Plan of California 網站：	www.ImperialHealthPlan.com
Imperial Health Plan 會員服務部：	1-800-838-8271
VSP 視力護理：	1-855-492-9028 或 www.vsp.com/advantageonly
Silver & Fit 健身會員資格：	1-877-427-4788 或 www.SilverandFit.com
聽力護理解決方案：	1-866-344-7756
Papa Pals 的居家支援服務：	1-833-200-6924 或 www.Papa.com
Imperial Health Plan 交通服務：	1-800-838-8271
餐食服務：	1-800-838-8271
非處方藥服務：	1-855-263-6673 或 AndMoreHealth.com
ADT 的個人緊急應答系統：	1-800-288-3880
藥物福利管理公司 (PBM) MedImpact：	1-877-391-1105 或 www.Medimpact.com
Teladoc 遠程醫療：	1-800-835-2362 或 www.Teladoc.com
Delta 牙科服務：	1-888-643-3239
Delta 牙科醫療服務提供者網絡線上搜尋：	https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html