

2025

등록 키트

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)
사전 가입 키트 목차

서문 및 연락처	1
예약 범위	2
자격	5
혜택 요약(012, 005, 014, 007, 016, 011).....	7
가입 방법 및 향후 진행 절차	9
가입 전 체크리스트	52
가입 자격 증명서	53
가입 신청서	55
SNP 평가.....	57
건강 위험 평가(HEALTH RISK ASSESSMENT, HRA)	63
저소득층 요약 보험료 표.....	69
다국어 게재	74
별점 등급	75
중요 연락처	78



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

귀하의 건강 보험을 위해 Imperial을 고려해 주셔서 감사합니다. Imperial Health Plan of California은 Medicare Advantage 플랜으로서 고품질의 의료, 치과 및 처방약 서비스를 제공합니다.

귀하가 선택한 Medicare 건강 플랜을 통해 당사는 계약된 의료 그룹, 병원 및 의사(일차 및 전문의)와 협력하여 입원 및 전문의 상담 치료는 물론 환자 치료의 모든 측면을 조정합니다. 당사는 귀하가 지역사회 내에서 적시에 필요한 치료를 받을 수 있도록 수많은 의료 서비스 제공자와 협력하고 있습니다.

2025년에는 종합 치과 진료, 시력, 청력, 교통, 헬스클럽 멤버십, 비처방(OTC) 의약품 및 용품, 정기 발 관리 등과 같은 많은 추가 혜택을 이용할 수 있습니다. 귀하의 혜택을 비교해 보시면 Imperial Health Plan의 선택으로 얻게 될 이점을 알게 되시리라 믿습니다.

가입과 관련하여 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-838-8271, TTY: 711번으로 전화해 주십시오. 영업 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST), 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST)입니다. 공휴일은 제외입니다. 귀하를 도울 수 있기를 바랍니다.

감사합니다.

Paveljit S. Bindra, M.D. CEO

2025년, 저희는 다음 50개 캘리포니아 카운티에서 Imperial Health Plan 혜택과 서비스를 제공하게 된 것을 기쁘게 생각합니다.

앨러미다	아마도르	뷰트	콘트라코스타	델 노르테	엘도라도	프레즈노	글렌
홈볼트	임페리얼	인요	케른	킹스	로스앤젤레스	마데라	마린
마리포사	멘도시노	머세드	모독	모노	몬테레이	나파	네바다
오렌지	만나서	플루마스	리버사이드	새크라멘토	산 베니토	샌버나디노	샌디에이고
샌프란시스코	샌 호아킨	샌 루이스 오비스포	샌 마테오	산타 바바라	산타클라라	산타크루즈	샤스타
시스키유	솔라노	소노마	스타니슬라오	데하마	톨라레	투올러미	벤추라
올로	유바						

중요 연락처: #s

잠재 가입자 전화: 800-838-5914 또는 sales@imperialhealthplan.com
가입자 서비스: 800-838-8271 또는 members@imperialhealthplan.com
Imperial 웹사이트: www.Imperialhealthplan.com

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO)(HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. 이 플랜은 주 정부의 의료 지원 및 Medicare를 모두 받고 있는 사람은 누구나 이용할 수 있습니다. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다.



주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

예약 범위(SOA) 확인

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 허가된 판매 에이전트가 개별 대면 또는 전화 판매 미팅 전에 에이전트와 Medicare 수혜자(또는 그들의 공인 대리인) 간의 마케팅 약속* 범위를 문서화하도록 요구합니다. 이 양식에 제공된 모든 정보는 기밀입니다. 각 Medicare 적격 수혜자 또는 위임 대리인에 대해 별도의 양식을 작성해야 합니다. 수혜자(또는 수혜자의 위임 대리인)가 이전에 합의한 것과 다른 플랜 유형에 관한 정보를 요청하는 경우 새로운 예약 범위(SOA)가 필요합니다.

에이전트와 논의할 상품 유형 옆 아래 부분에 이니셜을 기입해 주십시오. (아래 상품 유형 참조)

Medicare Advantage 플랜(파트 C 및 D)

치과/안과/청력 제품

귀하는 본 양식에 서명함으로써 판매 에이전트와 상담을 거쳐 상기 이니셜로 기재된 상품 유형에 대해 논의하는 것에 동의하게 됩니다. 상품에 대해 논의하게 될 사람은 Medicare 플랜의 피고용인이거나 Medicare 플랜과 계약을 체결한 계약자라는 점에 유의하십시오. 이들은 연방 정부를 위해 직접 근무하지 않습니다. 귀하가 플랜에 가입하게 되면 이 상담자는 커미션을 지불받을 수 있습니다. 본 양식에 서명한다고 해서 플랜에 가입할 의무는 없으며, 현재 또는 미래의 Medicare 가입에 영향을 미치거나 논의한 플랜에 자동으로 가입되는 것은 아닙니다.

수혜자 또는 위임 대리인 서명 및 서명 날짜	
서명:	서명 날짜:
귀하가 위임 대리인인 경우, 위에 서명하고 아래에 정자체로 기입하십시오	
대리인 이름:	수혜자와의 관계:

에이전트 작성 항목	
에이전트 이름:	에이전트 전화번호:
에이전트 서명:	FMO:
수혜자 이름:	수혜자 전화번호:
수혜자 주소:	수혜자 MBI:
초기 연락 방법:	
본 상담에서 에이전트가 제시한 플랜:	상담 완료 날짜:
해당되는 경우 상담 전에 SOA가 서명되지 않은 이유를 설명하십시오(워크인, 예정되지 않은 참석자 등).	



Medicare Advantage 플랜(파트 C)
Medicare 건강 관리 기관(HMO): 모든 Original Medicare 파트 A 및 파트 B 건강 보장을 제공하고 경우에 따라 파트 D 처방약 보장을 제공하는 Medicare Advantage 플랜. 대다수 HMO에서, 가입자는 플랜 네트워크에 가입해 있는 의사 또는 병원에서만 치료 서비스를 받을 수 있습니다(응급 시 제외).
Medicare 특수 요구 플랜(SNP): 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택 패키지가 있는 Medicare Advantage 플랜. 제공되는 특정 그룹의 예로는 Medicare와 Medicaid를 모두 가지고 있는 사람, 요양원에 거주하는 사람, 만성 질환을 가진 사람 등이 있습니다.
치아/시력/청력
치과, 안과 또는 청력 요구 사항에 대해 보장받으려는 소비자에게 추가 혜택을 제공하는 플랜입니다. 이러한 플랜은 Medicare와 제휴하거나 연결되어 있지 않습니다.

**예약 범위 문서는 CMS 기록 보유 요건의 적용을 받습니다. Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO)(HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. Imperial Health Plan of California(HMO) (HMO SNP)는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 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

자격:

Medicare Advantage 플랜에 가입할 때는 자격 요건과 가입 지침을 이해하는 것이 중요합니다. Medicare 파트 A 자격이 있고 Medicare 파트 B에 가입되어 있는 경우 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)와 같은 Medicare Advantage 플랜에 가입할 자격이 있을 수 있습니다. Medicare Advantage 플랜에 이미 가입되어 있는 경우 다음 연도의 보장을 10월 15일부터 12월 7일까지 변경할 수 있습니다. 다른 특별 가입 기간(SEP)은 이 기간 이외에도 있습니다. 자세한 내용은 Imperial Health Plan에 1-800-838-5914번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST), 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST)에 전화해 주십시오. 공휴일은 제외입니다.

Imperial Health Plan의 자격 요건은 다음과 같습니다.

Imperial Plan	Medicare A&B	서비스 지역에 거주	요건
Imperial Dynamic Plan (HMO) - 012	예	앨러미다, 아마도르, 뷰트, 콘트라코스타, 델 노르테, 엘도라도,	해당 사항 없음
Imperial Senior Value(HMO C-SNP) - 005	예	프레즈노, 글렌, 홉볼트, 임페리얼, 인요, 케른, 킹스, 로스앤젤레스, 마데라, 마린, 마리포사, 멘도시노, 머세드, 모독, 모노, 몬터레이, 나파, 네바다, 오렌지,	심혈관 질환, 만성 심부전 및/또는 당뇨병. SNP 평가도 완료해야 합니다.
Imperial Giveback (HMO) - 014	예	플라세르, 플루마스, 리버사이드, 새크라멘토, 샌베니토, 샌버나디노,	해당 사항 없음
Imperial Traditional (HMO) - 007	예	샌디에이고, 샌프란시스코, 샌 와킨, 샌 루이스 오비스포, 샌 마테오, 산타 바바라, 산타클라라, 산타크루즈,	해당 사항 없음
Imperial Courage Plan (HMO) - 016	예	샤스타, 시스키유, 솔라노, 소노마, 스타니슬라오, 테하마, 툴라레, 투올러미, 벤추라, 율로, 유바	파트 C만 해당
Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) - 011	예	앨러미다, 콘트라코스타, 프레즈노, 케른, 킹스, 마데라, 머세드, 플라세르, 새크라멘토, 샌프란시스코, 샌 와킨, 산타 바바라, 스타니슬라오, 툴라레, 벤추라, 율로	Medicare 및 Medicaid가 있어야 합니다.

Medicare: 1-800-633-4227. Medicare 웹사이트 www.medicare.gov를 방문하십시오.

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO)(HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. Imperial Health Plan of California(HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

2025

혜택 요약

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)

이 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다. 이 문서는 점자체, 대형 인쇄물 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 사용할 수 있습니다. 자세한 내용은 1-800-838-8271(TTY 711)번으로 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시 또는 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외)에 전화해 주시거나 www.imperialhealthplan.com에 방문해 주십시오.



가입 대상자는?

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)에 가입하려면 다음 요건을 모두 충족해야 합니다.

- 서비스 지역에 거주합니다.
- Medicare 파트 A와 Medicare 파트 B 둘 다 가입되어 있습니다.
- 미국 시민권자입니다.

일부 플랜에는 가입을 위한 추가 요건이 있습니다.

- Imperial Dual Plan(HMO D-SNP)에 가입하려면 Medicaid와 Medicare도 모두 가입되어 있어야 합니다.
- Imperial Senior Value(HMO C-SNP)에 가입하려면 심혈관계 질환, 만성 심부전 및/또는 당뇨병 진단을 받아야 합니다.

어떤 의사, 병원 및 약국을 이용할 수 있습니까?

Imperial Health Plan에는 의사, 병원, 약국 및 의료 및 보조 혜택 치료를 제공할 수 있는 기타 서비스

제공자의 네트워크가 있습니다. 당사 건강 플랜에 가입할 때 주치의(PCP)를 선택해야 합니다. 담당 PCP는 귀하가 다른 서비스 제공자를 만나야 할 때 당사와 협력하여 귀하의 의료 및 전문 진료를 조율할 것입니다. 당사의 네트워크에 참여하지 않는 서비스 제공자를 이용하는 경우, 플랜은 이런 서비스에 대해 비용을 지불하지 않을 수도 있습니다. 당사 웹사이트

www.imperialhealthplan.com에서 디렉토리를 확인할 수 있습니다.

파트 D 처방약 비용은 어떻게 결정합니까?

당사가 보장하는 파트 D 약은 가입자가 가입한 플랜 혜택 패키지에 따라 5개 및 6개 단계로 분류됩니다. 귀하의 약이 어느 단계에 해당하는지 확인하려면 저희 의약품 목록 또는 "처방집" 사본이 필요합니다. 귀하가 지불하는 금액은 약의 단계, 일일 분량 수, 도달한 혜택 단계, 네트워크 약국 이용 여부, 이용하는 약국 유형(예: 소매점, 우편 주문, 장기 치료, 재택 주입 등)에 따라 다릅니다.

자세한 정보는 어디에서 찾을 수 있습니까?

가입자 서비스부 직원이 자격 및 혜택에 대한 질문에 답변해 드립니다. 10월 1일~3월 31일은 월요일~일요일 오전 8시~오후 8시 또는 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외)에 1-800-838-8271(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

본 혜택 요약은 저희가 보장하는 내용과 가입자가 지불하는 금액을 요약한 것입니다. 여기에는 당사가 보장하는 서비스나 제한 또는 예외 사항이 전부 포함되어 있지는 않습니다. 당사가 보장하는

서비스의 전체 목록을 보려면 "보장 증명서" 를 참조하십시오. 이 책은 저희 웹사이트 www.Imperialhealthplan.com에서 회원 혜택 아래에 나열되어 있습니다.

Original Medicare의 보장 및 비용에 관한 자세한 정보는 “Medicare & You” 안내서를 참조하십시오. 이 안내서는 www.Medicare.gov에서 또는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

Imperial Health Plan 서비스 지역

플랜	서비스를 제공하는 카운티
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005	앨러미다, 아마도르, 뷰트, 콘트라코스타, 델 노르테, 엘도라도, 프레즈노, 글렌, 홈볼트, 임페리얼, 인요, 케른, 킹스, 로스앤젤레스, 마데라, 마린, 마리포사, 멘도시노, 머세드, 모독, 몬터레이, 모노, 나파, 네바다, 오렌지, 플라세르, 플루마스, 리버사이드, 새크라멘토, 산타 바바라, 샌버나디노, 샌베니토, 산타클라라, 샌디에이고, 샌프란시스코, 샌 와킨, 샌 루이스 오비스포, 샌 마테오, 산타크루즈, 샬스타, 시스키유, 솔라노, 소노마, 스타니슬라오, 테하마, 툴라레, 투올러미, 벤추라, 율로 및 유바
Imperial Traditional (HMO) 007	앨러미다, 콘트라코스타, 프레즈노, 케른, 킹스, 마데라, 머세드, 플라세르, 샌프란시스코, 샌 와킨, 산타 바바라, 새크라멘토, 스타니슬라오, 툴라레, 벤추라, 율로
Imperial Dynamic Plan (HMO) 012	앨러미다, 콘트라코스타, 프레즈노, 케른, 킹스, 마데라, 머세드, 플라세르, 샌프란시스코, 샌 와킨, 산타 바바라, 새크라멘토, 스타니슬라오, 툴라레, 벤추라, 율로
Imperial Giveback (HMO) 014	앨러미다, 콘트라코스타, 프레즈노, 케른, 킹스, 마데라, 머세드, 플라세르, 샌프란시스코, 샌 와킨, 산타 바바라, 새크라멘토, 스타니슬라오, 툴라레, 벤추라, 율로
Imperial Courage Plan (HMO) 016	앨러미다, 콘트라코스타, 프레즈노, 케른, 킹스, 마데라, 머세드, 플라세르, 샌프란시스코, 샌 와킨, 산타 바바라, 새크라멘토, 스타니슬라오, 툴라레, 벤추라, 율로
Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011	앨러미다, 콘트라코스타, 프레즈노, 케른, 킹스, 마데라, 머세드, 플라세르, 샌프란시스코, 샌 와킨, 산타 바바라, 새크라멘토, 스타니슬라오, 툴라레, 벤추라, 율로

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>보험료 매월 얼마를 지불해야 하나?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 파트 C 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. 파트 D 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. Imperial Dynamic Plan은 파트 B 보험료의 \$60를 지불합니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
<p>공제액 플랜이 지불하기 전에 얼마를 지불해야 하나?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜은 파트 C 또는 D 혜택에 대해 공제액이 없습니다.
<p>최대 본인 부담 비용 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜의 파트 C 서비스에 대해 가입자가 매년 지불하게 될 최대 금액은 \$297입니다.
<p>입원환자 병원 보장^{1,2} 내 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 하나?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다.
<p>외래환자 병원 보장^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 방문당 가입자 납부액은 \$100입니다.
<p>외래 수술 센터^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에서 보장하는 외래 수술 센터 방문당 가입자 납부액은 \$100입니다.
<p>의사 방문 주치의 또는 전문의를 방문하려면 얼마를 지불해야 하나?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 주치의 번호: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전문의 방문^{1,2}: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전화나 영상을 이용한 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있는 옵션이 있습니다.
<p>예방 진료 예방 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 바륨 관장¹, 디지털 직장 검사 및 환영 방문 후 EKG에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>응급 진료 응급 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 방문당 가입자 납부액은 \$125입니다. 48시간 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>긴급 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>진단 서비스 / 검사실 / 영상^{1,2} 진단 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> 검사실 서비스 진단 검사 진단 방사선 서비스(예: MRI) 엑스레이 치료 방사선 서비스에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>청력 서비스^{1,2} 청력 서비스 또는 보청기 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> 보장되는 진단 및 정기 검사 플랜은 최대 \$250를 보장합니다. 보청기 보조금: 가입자 납부액은 \$0입니다. 플랜은 역년당 최대 \$500를 보장합니다.
<p>치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에서 보장하는 치과 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. 예방 치과 서비스: 정기 진료실 방문에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 진료실 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과 엑스레이가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 정기 치과 서비스를 최대 \$500 보장합니다. 수복 서비스, 치과 보철, 기타 구강 및 악안면 수술, 기타 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$4000를 보장합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>안과 서비스</p> <p>안과 서비스 비용은 얼마입니까? 연간 안경류 보조금은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 시력 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 정기 눈 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 다음 중 하나에 대한 가입자 납부액은 매년 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 안경(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 • 플랜은 안경류에 대해 매년 최대 \$500를 보장합니다.
<p>정신 건강 서비스^{1,2}</p> <p>입원 또는 외래 환자 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 입원: <ul style="list-style-type: none"> • 1일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다. • 외래환자 서비스: Medicare에서 보장하는 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(비의사) 각각에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • Medicare에서 보장하는 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>전문 간호 시설^{1,2}</p> <p>전문 간호 시설 체류 비용은 얼마입니까?</p>	<p>혜택 기간당 SNF는 최대 100일 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1일~20일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 21일~50일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$100입니다. • 51일~100일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$200입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>물리 치료^{1,2} 외래환자 재활 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 심장 재활 서비스 • 작업 치료 • 물리 치료 • 말하기 및 언어 치료
<p>구급차¹ 구급차 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지상 편도 이동당 가입자 납부액은 \$150입니다. • 비행기 이동당 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
<p>교통편^{1,2} 교통편 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 플랜에서 승인한 지역으로 100회 편도 이동에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>Medicare 파트 B 약¹ 파트 B 약에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 B 인슐린에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 화학요법 약을 포함한 다른 모든 파트 B 약에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Dynamic Plan (HMO)	
파트 D 보험료	가입자 납부액은 매월 \$0입니다.		
본인 부담 비용 임계값 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜의 파트 D에 대한 연간 한도는 \$2,000입니다.		
공제액 단계	공제액 없음(가입 발효일부터 보장 시작)		
초기 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 가입자는 다음 비용을 부담합니다.		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
1단계 - 선호 복제약	\$0.00	\$0.00	
2단계 - 복제약	\$6.00	\$5.00	
3단계 - 선호 브랜드 약	\$45.00/ 일부 인슐린: \$0	\$90.00/ 일부 인슐린: \$0	
4단계 - 비선호 의약품	\$90.00/ 일부 인슐린: \$0	\$180.00/ 일부 인슐린: \$0	
5단계 - 특수 단계 약	33%	5단계의 경우 우편 주문 공급을 사용할 수 없습니다.	
재해성 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달하면 가입자 납부액은 \$0입니다.		

인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지 - 가입자는 어떤 비용 부담 단계에 있던 상관 없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1달치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
가정 배달 식사 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 수술 또는 입원 후 최대 7회 배달 식사에 대한 자기부담금은 \$0입니다. 플랜은 최대 \$105를 보장합니다.
가정 건강 서비스 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 각 가정 건강 방문에 대한 가입자 납부액은 \$10입니다.
재택 지원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 교통편, 식료품 쇼핑, 약 수령, 간병 알림, 가벼운 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 48시간의 재택 지원 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
의료 장비 / 용품 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 보조기, 인공 의족과 같은 보철¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 당뇨병 모니터링 용품¹에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
외래환자 약물 납용 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 납용 방문에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
비처방(OTC) 의약품 및 의료용품	<ul style="list-style-type: none"> 비처방 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 \$140의 보조금을 지급합니다. 현금, 수표, 신용카드 또는 머니 오더는 이 비처방 혜택에 따라 허용되지 않습니다. 롤오버 없음.
정기 발 관리 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 정기 발 관리 방문 6회에 대한 역년당 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
웰니스 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) (American Specialty Health Incorporated (ASH) 자회사)에서 제공합니다.
전 세계 보장 적용	<ul style="list-style-type: none"> • 적격 비용에 대해 최대 \$100,000의 환급(자기부담금 \$0) • 긴급 또는 응급 서비스만 해당

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>보험료 매월 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 파트 C 및 D 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. Imperial Senior Value (HMO C-SNP)는 파트 B 보험료의 \$50를 지불합니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
<p>공제액 플랜이 지불하기 전에 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜은 공제액이 없습니다.
<p>최대 본인 부담 비용 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜의 파트 C 서비스에 대해 가입자가 매년 지불하게 될 최대 금액은 \$297입니다.
<p>입원환자 병원 보장^{1,2} 내 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다.
<p>외래환자 병원 보장^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 외래환자 병원 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$100입니다.
<p>외래 수술 센터^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에서 보장하는 외래 수술 센터 방문당 가입자 납부액은 \$100입니다.
<p>의사 방문 주치의 또는 전문의를 방문하려면 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 주치의 번호: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전문의 방문^{1,2}: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전화나 영상을 이용한 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있는 옵션이 있습니다.
<p>예방 진료¹ 예방 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 바륨 관장¹, 디지털 직장 검사 및 환영 방문 후 EKG에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>응급 진료 응급 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 응급 방문당 가입자 납부액은 \$125입니다. • 48시간 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>긴급 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>진단 서비스 / 검사실 / 영상^{1,2} 진단 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 혈당/A1C 검사 • 지질 패널 • 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT) • 외래환자 엑스레이 • 검사실 서비스 • 진단 검사 • 치료 방사선학 서비스: 가입자 납부액은 20%입니다.
<p>청력 서비스^{1,2} 청력 서비스 또는 보청기 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 보장되는 진단 및 정기 검사 • 플랜은 최대 \$250를 보장합니다. • 보청기: 가입자 납부액은 \$0입니다. 플랜은 역년당 최대 \$500를 보장합니다.
<p>치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 치과 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. • 예방 치과 서비스: 정기 진료실 방문에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 진료실 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과 엑스레이가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 정기 치과 서비스를 최대 \$500 보장합니다. • 수복 서비스, 치과 보철, 기타 구강 및 악안면 수술, 기타 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 귀하의 플랜은 연간 최대 \$3000를 보장합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>안과 서비스</p> <p>안과 서비스 비용은 얼마입니까? 연간 안경류 보조금은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 시력 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 정기 눈 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 다음 중 하나에 대한 가입자 납부액은 매년 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 안경(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 • 플랜은 안경류에 대해 연간 최대 \$500를 보장합니다.
<p>정신 건강 서비스^{1,2}</p> <p>입원 또는 외래 환자 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 방문: <ul style="list-style-type: none"> • 1일~90일에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 외래환자 서비스: Medicare에서 보장하는 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(비의사) 각각에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • Medicare에서 보장하는 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>전문 간호 시설^{1,2}</p> <p>전문 간호 시설 체류 비용은 얼마입니까?</p>	<p>혜택 기간당 SNF는 최대 100일 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1일~20일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 21일~50일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$100입니다. • 51일~100일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$200입니다.
<p>물리 치료^{1,2}</p> <p>외래환자 재활 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 심장 재활 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. • 작업 치료 방문: 가입자 납부액은 \$0입니다. • 물리 치료 및 말하기 및 언어 치료 방문: 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>구급차¹ 구급차 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지상 편도 이동당 가입자 납부액은 \$150입니다. • 비행기 이동당 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 비용급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
<p>교통편^{1,2} 교통편 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 플랜에서 승인한 지역으로 100회 편도 이동에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>Medicare 파트 B 약¹ 파트 B 약에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 B 인슐린에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 화학요법 약을 포함한 다른 모든 파트 B 약에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	
파트 D 보험료	가입자 납부액은 매월 \$0입니다.		
본인 부담 비용 임계값 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜의 파트 D 약에 대한 연간 한도는 \$2,000입니다.		
공제액 단계	공제액 없음(가입 발효일부터 보장 시작)		
초기 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 가입자는 다음 비용을 부담합니다.		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
1단계 - 선호 복제약	\$0.00	\$0.00	
2단계 - 복제약	\$6.00	\$5.00	
3단계 - 선호 브랜드 약	\$45.00/ 일부 인슐린: \$0	\$90.00/ 일부 인슐린: \$0	
4단계 - 비선호 의약품	\$90.00/ 일부 인슐린: \$0	\$180.00/ 일부 인슐린: \$0	
5단계 - 특수 단계 약	33%	5단계의 경우 우편 주문 공급을 사용할 수 없습니다.	
6단계 - 일부 케어 의약품	\$3.00	\$0	
재해성 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달하면 가입자 납부액은 \$0입니다.		

인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지 - 가입자는 어떤 비용 부담 단계에 있든 상관 없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1달치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
가정 배달 식사 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 수술 또는 입원 후 최대 7회 배달 식사에 대한 자기부담금은 \$0입니다. 플랜은 최대 \$105를 보장합니다.
가정 건강 서비스 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 각 가정 건강 방문에 대한 가입자 납부액은 \$10입니다.
재택 지원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 교통편, 식료품 쇼핑, 약 수령, 간병 알림, 가벼운 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 48시간의 재택 지원 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
의료 장비 / 용품 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 보조기, 인공 의족과 같은 보철¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 당뇨병 모니터링 용품¹에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
외래환자 약물 남용 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 남용 방문에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
비처방(OTC) 의약품 및 의료용품	<ul style="list-style-type: none"> 비처방 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 \$130의 보조금을 지급합니다. 현금, 수표, 신용카드 또는 머니 오더는 이 비처방 혜택에 따라 허용되지 않습니다. 롤오버 없음.
정기 발 관리 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 정기 발 관리 방문 6회에 대한 역년당 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
웰니스 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) (American Specialty Health Incorporated (ASH) 자회사)에서 제공합니다.
전 세계 보장 적용	<ul style="list-style-type: none"> • 적격 비용에 대해 최대 \$100,000의 환급(자기부담금 \$0). • 긴급 또는 응급 서비스만 해당.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

Imperial Giveback (HMO) 014

보험료 및 혜택	Imperial Giveback (HMO)
----------	-------------------------

<p>보험료</p> <p>매월 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 파트 C 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. 파트 D 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. Imperial Strong은 파트 B 보험료의 \$100를 지불합니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 부담해야 합니다.
<p>공제액</p> <p>플랜이 지불하기 전에 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2024년에 이 플랜의 공제액은 \$240였습니다. 이 금액은 2025년에 변경될 수 있습니다. Imperial Giveback은 Medicare가 2025년 파트 B 공제액을 발표할 때 안내해 드리겠습니다. 파트 D 공제액 가입자 납부액은 \$590입니다.
<p>최대 본인 부담 비용</p> <p>지불할 금액의 한도는 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜의 파트 C 서비스에 대해 가입자가 매년 지불하게 될 최대 금액은 \$9,350입니다.
<p>입원환자 병원 보장^{1,2}</p> <p>내 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. 61일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$408입니다. 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$816입니다. 이 금액은 2024년 금액이며 2025년에 변경될 수 있습니다. Medicare에서 변경된 금액을 발표하면 플랜에서 안내해 드리겠습니다.
<p>외래환자 병원 보장^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>외래 수술 센터^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 납부액은 Medicare에서 보장하는 각 방문에 대해 20%입니다.
<p>의사 방문</p> <p>주치의 또는 전문의^{1,2}를 방문하려면 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. 전화나 영상을 이용한 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있는 옵션이 있습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Giveback (HMO)
<p>예방 진료¹ 예방 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 녹내장 검사, 당뇨병 자가 관리 교육, 바깥 관찰, 디지털 직장 검사 및 환영 방문 후 EKG에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 기타 보장되는 예방 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>응급 진료 응급 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 최대 \$110, 총 비용의 20%입니다. • 3일 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>긴급 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 최대 \$45, 총 비용의 20%입니다. • 3일 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>진단 서비스 / 검사실 / 영상^{1,2} 진단 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 진단 검사 • 진단 방사선 서비스(예: MRI) • 검사실 서비스 • 치료 방사선학 서비스 • 엑스레이
<p>청력 서비스^{1,2} 청력 서비스 또는 보청기 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 보장되는 진단 및 정기 검사 • 플랜은 최대 \$250를 보장합니다. • 보청기 보조금: 가입자 납부액은 \$0입니다. 플랜은 역년당 최대 \$500를 보장합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Giveback (HMO)
<p>치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 치과 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. • 예방 치과 서비스: 정기 진료실 방문에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 진료실 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과 엑스레이가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 정기 치과 서비스를 최대 \$500 보장합니다. • 수복 서비스, 치과 보철, 기타 구강 및 악안면 수술, 기타 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$2000를 보장합니다.
<p>안과 서비스 안과 서비스 비용은 얼마입니까? 연간 안경류 보조금은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 안과 서비스에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 정기 눈 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 다음 중 하나에 대한 가입자 납부액은 매년 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 안경(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 • 플랜은 매년 최대 \$240를 보장합니다.
<p>정신 건강 서비스^{1,2} 입원 또는 외래 환자 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 방문: <ul style="list-style-type: none"> • 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 61일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$408입니다. • 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$816입니다. • 이 금액은 2024년 금액이며 2025년에 변경될 수 있습니다. Medicare에서 변경된 금액을 발표하면 플랜에서 안내해 드리겠습니다. • 외래환자 서비스: Medicare에서 보장하는 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문 각각에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Giveback (HMO)
<p>전문 간호 시설^{1,2} 전문 간호 시설 체류 비용은 얼마입니까?</p>	<p>혜택 기간당 SNF는 최대 100일 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1일~20일에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 21일~100일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$204입니다. • 101일 이상에 대한 가입자 납부액은 비용의 100%입니다. • 이 금액은 2024년 금액이며 2025년에 변경될 수 있습니다. Medicare에서 변경된 금액을 발표하면 플랜에서 안내해 드리겠습니다.
<p>물리 치료^{1,2} 외래환자 재활 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 심장 재활 서비스 • 작업 치료 방문 • 물리 치료 • 말하기 및 언어 치료
<p>구급차¹ 구급차 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지상 또는 항공으로 이동할 때마다 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
<p>Medicare 파트 B 약¹ 파트 B 약에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 B 인슐린에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 화학요법 약을 포함한 다른 모든 파트 B 약에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Giveback (HMO)	
파트 D 보험료	가입자 납부액은 매월 \$0입니다.		
본인 부담 비용 임계값 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜의 파트 D에 대한 연간 한도는 \$2,000입니다.		
공제액 단계	플랜이 부담금을 지불하기 전에 약에 대한 가입자 납부액은 \$590입니다.		
초기 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 가입자는 다음 비용을 부담합니다.		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
모든 복제약, 브랜드 약 및 특수 의약품	25%	25%	
재해성 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달하면 가입자 납부액은 \$0입니다.		

인슐린 비용에 대한 중요 메시지 – 공제액을 지불하지 않았더라도 가입자는 플랜에서 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Giveback (HMO)
가정 건강 서비스 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 가정 건강 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
재택 지원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 교통편, 식료품 쇼핑, 약 수령, 간병 알림, 가벼운 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 48시간의 재택 지원 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
의료 장비 / 용품 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 보조기, 인공 의족과 같은 보철¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 당뇨병 모니터링 용품¹에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
외래환자 약물 남용 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 남용 방문에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
비처방(OTC) 의약품 및 의료용품	<ul style="list-style-type: none"> 비처방 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 \$75의 보조금을 지급합니다. 현금, 수표, 신용카드 또는 머니 오더는 이 비처방 혜택에 따라 허용되지 않습니다. 롤오버 없음.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

Imperial Traditional (HMO) 007

보험료 및 혜택	Imperial Traditional (HMO)
<p>보험료 매월 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 파트 C 보험료: 가입자 납부액은 \$0입니다. 파트 D 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
<p>공제액 플랜이 지불하기 전에 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜은 공제액이 없습니다.
<p>최대 본인 부담 비용 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜의 파트 C 서비스에 대해 가입자가 매년 지불하게 될 최대 금액은 \$1,499입니다.
<p>입원환자 병원 보장^{1,2} 내 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1일~3일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. 4일~5일에 대한 가입자 납부액은 \$150입니다. 6일~90일에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다.
<p>외래환자 병원 보장^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 방문당 가입자 납부액은 \$100입니다.
<p>외래 수술 센터^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에서 보장하는 외래 수술 센터 방문당 가입자 납부액은 \$100입니다.
<p>의사 방문 주치의 또는 전문의를 방문하려면 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 주치의 번호: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전문의 방문^{1,2}: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전화나 영상을 이용한 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있는 옵션이 있습니다.
<p>예방 진료 예방 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 바륨 관장¹, 디지털 직장 검사 및 환영 방문 후 EKG에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Traditional (HMO)
<p>응급 진료 응급 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 납부액은 \$125입니다. 48시간 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>긴급 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>진단 서비스 / 검사실 / 영상^{1,2} 진단 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> 혈당/A1C 검사 지질 패널 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT) 외래환자 엑스레이 검사실 서비스 진단 검사 치료 방사선학 서비스: 가입자 납부액은 20%입니다.
<p>청력 서비스^{1,2} 청력 서비스 또는 보청기 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> 보장되는 진단 및 정기 검사 플랜은 최대 \$250를 보장합니다. 보청기 보조금: 가입자 납부액은 \$0입니다. 플랜은 역년당 최대 \$500를 보장합니다.
<p>치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에서 보장하는 치과 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. 예방 치과 서비스: 정기 진료실 방문에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 진료실 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과 엑스레이가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 정기 치과 서비스를 최대 \$500 보장합니다. 수복 서비스, 치과 보철, 기타 구강 및 악안면 수술, 기타 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$3000를 보장합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Traditional (HMO)
<p>안과 서비스</p> <p>안과 서비스 비용은 얼마입니까? 연간 안경류 보조금은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 시력 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 정기 눈 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 다음 중 하나에 대한 가입자 납부액은 연간 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 안경(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 • 플랜은 안경류에 대해 연간 최대 \$500를 보장합니다.
<p>정신 건강 서비스^{1,2}</p> <p>입원 또는 외래 환자 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 방문: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare는 입원 후 최초 2일을 보장합니다. • 이후 1일~3일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 4일~5일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$150입니다. • 6일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 당사는 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다. • 외래환자 서비스: Medicare에서 보장하는 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(비의사) 각각에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • Medicare에서 보장하는 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>전문 간호 시설^{1,2}</p> <p>전문 간호 시설 체류 비용은 얼마입니까?</p>	<p>혜택 기간당 SNF는 최대 100일 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1일~20일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 21일~50일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$100입니다. • 51일~100일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$200입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Traditional (HMO)
<p>물리 치료^{1,2} 외래환자 재활 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 심장 재활 서비스: 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 작업 치료 방문: 가입자 납부액은 \$10입니다. • 물리 치료 및 말하기 및 언어 치료 방문: 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>구급차¹ 구급차 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지상 편도 이동당 가입자 납부액은 \$150입니다. • 비행기 이동당 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
<p>교통편^{1,2} 교통편 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 플랜에서 승인한 지역으로 100회 편도 이동에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>Medicare 파트 B 약¹ 파트 B 약에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 B 인슐린에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 화학요법 약을 포함한 다른 모든 파트 B 약에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Traditional (HMO)	
파트 D 보험료	가입자 납부액은 매월 \$0입니다.		
본인 부담 임계값 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜의 파트 D에 대한 연간 한도는 \$2,000입니다.		
공제액 단계	공제액 없음(가입 발효일부터 보장 시작)		
초기 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 가입자는 다음 비용을 부담합니다.		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
1단계 - 선호 복제약	\$0.00	\$0.00	
2단계 - 복제약	\$10.00	\$10.00	
3단계 - 선호 브랜드 약	\$45.00/ 일부 인슐린: \$0	\$90.00/ 일부 인슐린: \$0	
4단계 - 비선호 의약품	\$90.00/ 일부 인슐린: \$0	\$180.00/ 일부 인슐린: \$0	
5단계 - 특수 단계 약	33%	5단계의 경우 우편 주문 공급을 사용할 수 없습니다.	
재해성 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달하면 가입자 납부액은 \$0입니다.		

인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지 - 가입자는 어떤 비용 부담 단계에 있던 상관 없이 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1달치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Traditional (HMO)
가정 배달 식사 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 수술 또는 입원 후 최대 7회 배달 식사에 대한 자기부담금은 \$0입니다. 플랜은 최대 \$105를 보장합니다.
가정 건강 서비스 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 각 가정 건강 방문에 대한 가입자 납부액은 \$10입니다.
재택 지원 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 교통편, 식료품 쇼핑, 약 수령, 간병 알림, 가벼운 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 48시간의 재택 지원 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
의료 장비 / 용품 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 보조기, 인공 의족과 같은 보철¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 당뇨병 모니터링 용품¹에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
외래환자 약물 납용 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 개인 또는 그룹 환경에서 각 세션에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
비처방(OTC) 의약품 및 의료용품	<ul style="list-style-type: none"> 비처방 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 \$95의 보조금을 지급합니다. 현금, 수표, 신용카드 또는 머니 오더는 이 비처방 혜택에 따라 허용되지 않습니다. 롤오버 없음.
정기 발 관리 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 정기 발 관리 방문 6회에 대한 역년당 가입자 납부액은 \$0입니다.
웰니스 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) (American Specialty Health Incorporated (ASH) 자회사)에서 제공합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Traditional (HMO)
<p>전 세계 보장 적용</p> <p>전 세계 보장 환급액은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료에 대해 \$20의 자기부담금과 응급 진료에 대해 \$0의 자기부담금으로 적격 비용에 대해 최대 \$100,000 환급. 긴급 또는 응급 서비스만 해당.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

Imperial Courage Plan (HMO) 016

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>보험료 매월 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 파트 C 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. Imperial Courage Plan은 파트 B 보험료의 \$75를 지불합니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 부담해야 합니다.
<p>공제액 플랜이 지불하기 전에 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜은 공제액이 없습니다.
<p>최대 본인 부담 비용 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 이 플랜의 파트 C 서비스에 대해 가입자가 매년 지불하게 될 최대 금액은 \$2,999입니다.
<p>입원환자 병원 보장^{1,2} 내 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare는 입원 후 최초 2일을 보장합니다. 이후 1일~5일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$150입니다. 6일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다.
<p>외래환자 병원 보장^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 입원당 가입자 납부액은 \$200입니다.
<p>외래 수술 센터^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare 보장 방문당 가입자 납부액은 \$200입니다.
<p>의사 방문 주치의 또는 전문의를 방문하려면 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 주치의 번호: 가입자 납부액은 \$0입니다. 전문의 방문^{1,2}: 가입자 납부액은 \$5입니다. 전화나 영상을 이용한 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있는 옵션이 있습니다.
<p>예방 진료 예방 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 바륨 관장¹, 디지털 직장 검사 및 환영 방문 후 EKG에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>응급 진료 응급 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 방문당 가입자 납부액은 \$125입니다. 48시간 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>긴급 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 방문당 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>진단 서비스 / 검사실 / 영상^{1,2} 진단 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> 혈당/A1C 검사 지질 패널 진단 방사선 서비스(예: MRI, CT) 외래환자 엑스레이 검사실 서비스 진단 검사 치료 방사선학 서비스: 가입자 납부액은 20%입니다.
<p>청력 서비스^{1,2} 청력 서비스 또는 보청기 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 다음에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> 보장되는 진단 및 정기 검사 플랜은 최대 \$250를 보장합니다. 보청기 보조금: 가입자 납부액은 \$0입니다. 플랜은 역년당 최대 \$500를 보장합니다.
<p>치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Medicare에서 보장하는 치과 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. 예방 치과 서비스: 정기 진료실 방문에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 진료실 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과 엑스레이가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 정기 치과 서비스를 최대 \$500 보장합니다. 수복 서비스, 치과 보철, 기타 구강 및 악안면 수술, 기타 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$1500를 보장합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>안과 서비스</p> <p>안과 서비스 비용은 얼마입니까? 연간 안경류 보조금은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 시력 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 정기 눈 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 다음 중 하나에 대한 가입자 납부액은 연간 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 안경(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 • 플랜은 안경류에 대해 연간 최대 \$250를 보장합니다.
<p>정신 건강 서비스^{1,2}</p> <p>입원 또는 외래 환자 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 방문: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare는 입원 후 최초 2일을 보장합니다. • 이후 1일~5일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$150입니다. • 6일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$670입니다. • 외래환자 서비스: Medicare에서 보장하는 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(비의사) 각각에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • Medicare에서 보장하는 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>전문 간호 시설^{1,2}</p> <p>전문 간호 시설 체류 비용은 얼마입니까?</p>	<p>혜택 기간당 SNF는 최대 100일 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1일~20일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 21일~100일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$200입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>물리 치료^{1,2} 외래환자 재활 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 심장 재활 서비스: 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 작업 치료 방문: 가입자 납부액은 \$10입니다. • 물리 치료 및 말하기 및 언어 치료 방문: 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>구급차¹ 구급차 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지상 편도 이동당 가입자 납부액은 \$150입니다. • 비행기 이동당 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
<p>교통편^{1,2} 교통편 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 플랜에서 승인한 지역으로 100회 편도 이동에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>Medicare 파트 B 약¹ 파트 B 약에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 B 인슐린에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 화학요법 약을 포함한 다른 모든 파트 B 약에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
가정 배달 식사 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 수술 또는 입원 후 최대 7회 배달 식사에 대한 자기부담금은 \$0입니다. 플랜은 최대 \$105를 보장합니다.
가정 건강 서비스 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 각 가정 건강 방문에 대한 가입자 납부액은 \$10입니다.
의료 장비 / 용품 ¹	<ul style="list-style-type: none"> 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 보조기, 인공 의족과 같은 보철¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 당뇨병 모니터링 용품¹에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
외래환자 약물 남용 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 남용 방문에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
비처방(OTC) 의약품 및 의료용품	<ul style="list-style-type: none"> 비처방 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 \$75의 보조금을 지급합니다. 현금, 수표, 신용카드 또는 머니 오더는 이 비처방 혜택에 따라 허용되지 않습니다. 롤오버 없음.
정기 발 관리 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 정기 발 관리 방문 6회에 대한 역년당 가입자 납부액은 \$0입니다.
웰니스 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> Silver&Fit[®] 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) (American Specialty Health Incorporated (ASH) 자회사)에서 제공합니다.
전 세계 보장 적용 환급액은 얼마입니까?	<ul style="list-style-type: none"> 긴급 진료에 대해 \$20의 자기부담금과 응급 진료에 대해 \$0의 자기부담금으로 적격 비용에 대해 최대 \$50,000 환급. 긴급 또는 응급 서비스만 해당.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

보험료 및 혜택	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
----------	--------------------------------

<p>보험료 매월 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 C 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$0입니다. • 파트 D 보험료: 가입자 납부액은 매월 \$29.70입니다. • 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다.
<p>공제액 플랜이 지불하기 전에 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2024년에 이 플랜의 공제액은 \$240였습니다. 이 금액은 2025년에 변경될 수 있습니다. Imperial Dual Plan은 Medicare가 2025년 파트 B 공제액을 발표할 때 안내해 드리겠습니다. • 파트 D 공제액 가입자 납부액은 \$590입니다.
<p>최대 본인 부담 비용 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 이 플랜의 파트 C 서비스에 대해 가입자가 매년 지불하게 될 최대 금액은 \$2,999입니다.
<p>입원환자 병원 보장^{1,2} 내 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 61일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$408입니다. • 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$816입니다. • 이 금액은 2024년 금액이며 2025년에 변경될 수 있습니다. Medicare에서 변경된 금액을 발표하면 플랜에서 안내해 드리겠습니다.
<p>외래환자 병원 보장^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>외래 수술 센터^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 외래 수술 센터 방문당 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>의사 방문 주치의 또는 전문의^{1,2}를 방문하려면 얼마를 지불해야 합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 전화나 영상을 이용한 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있는 옵션이 있습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>예방 진료¹ 예방 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 녹내장 검사, 당뇨병 자가 관리 교육, 바깥 관장, 디지털 직장 검사 및 환영 방문 후 EKG에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 기타 보장되는 예방 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>응급 진료 응급 진료 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 최대 \$140, 총 비용의 20%입니다. • 3일 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>긴급 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 가입자 납부액은 최대 \$65, 총 비용의 20%입니다. • 3일 이내에 병원에 입원한 경우 응급 진료에 대해 귀하의 분담액을 지불할 필요가 없습니다.
<p>진단 서비스 / 검사실 / 영상^{1,2} 진단 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 검사실 서비스 • 진단 검사 • 진단 방사선 서비스(예: MRI) • 치료 방사선학 서비스 • 엑스레이
<p>청력 서비스^{1,2} 청력 서비스 또는 보청기 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 보장되는 진단 및 정기 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 보청기 보조금: 가입자 납부액은 \$0입니다. 플랜은 역년당 최대 \$2,500를 보장합니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare에서 보장하는 치과 서비스: 가입자 납부액은 \$0입니다. • 예방 치과 서비스: 정기 진료실 방문에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 진료실 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과 엑스레이가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 정기 치과 서비스를 최대 \$500 보장합니다. • 수복 서비스, 치과 보철, 기타 구강 및 악안면 수술, 기타 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$1500를 보장합니다.
<p>안과 서비스 안과 서비스 비용은 얼마입니까? 연간 안경류 보조금은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 보장 안과 서비스에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 정기 눈 검사에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 다음 중 하나에 대한 가입자 납부액은 매년 \$0입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 안경(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 • 플랜은 안경류에 대해 매년 최대 \$500를 보장합니다.
<p>정신 건강 서비스^{1,2} 입원 또는 외래 환자 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 입원환자 방문: <ul style="list-style-type: none"> • 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$0입니다. • 61일~90일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$408입니다. • 저희 플랜은 평생 보장일을 최대 60일 제공합니다. 1일~60일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$816입니다. • 이 금액은 2024년 금액이며 2025년에 변경될 수 있습니다. Medicare에서 변경된 금액을 발표하면 플랜에서 안내해 드리겠습니다. • 외래환자 서비스: Medicare에서 보장하는 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문 각각에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>전문 간호 시설^{1,2} 전문 간호 시설 체류 비용은 얼마입니까?</p>	<p>혜택 기간당 SNF는 최대 100일 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1일~20일에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 21일~100일에 대한 가입자 납부액은 매일 \$204입니다. • 101일 이상에 대한 가입자 납부액은 비용의 100%입니다. • 이 금액은 2024년 금액이며 2025년에 변경될 수 있습니다. Medicare에서 변경된 금액을 발표하면 플랜에서 안내해 드리겠습니다.
<p>물리 치료^{1,2} 외래환자 재활 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 다음에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. <ul style="list-style-type: none"> • 심장 재활 서비스 • 작업 치료 방문 • 물리 치료 • 말하기 및 언어 치료
<p>구급차¹ 구급차 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 지상 또는 항공으로 이동할 때마다 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다. • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
<p>교통편^{1,2} 교통편 서비스 비용은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 플랜에서 승인한 지역으로 100회 편도 이동에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>Medicare 파트 B 약¹ 파트 B 약에 대해 얼마를 지불합니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 파트 B 인슐린에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. • 화학요법 약을 포함한 다른 모든 파트 B 약에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)	
파트 D 보험료	가입자 납부액은 \$29.70입니다.		
본인 부담 비용 임계값 지불할 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜의 파트 D에 대한 연간 한도는 \$2,000입니다.		
공제액 단계	플랜이 부담금을 지불하기 전에 가입자는 3~5단계 약에 대해 \$590를 납부합니다.		
초기 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달할 때까지 가입자는 다음 비용을 부담합니다.		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
1단계 - 선호 복제약	\$0	0%	
2단계 - 복제약	\$0	0%	
3단계 - 선호 브랜드 약	25%/ 일부 인슐린: \$0	25%/ 일부 인슐린: \$0	
4단계 - 비선호 의약품	25%/ 일부 인슐린: \$0	25%/ 일부 인슐린: \$0	
5단계 - 특수 단계 약	25%	5단계의 경우 우편 주문 공급을 사용할 수 없습니다.	
재해성 보장 단계	연간 본인 부담 약 비용이 \$2,000에 도달하면 가입자 납부액은 \$0입니다.		

인슐린에 대한 가입자 비용에 대한 중요 메시지 - 공제액을 지불하지 않았더라도 가입자는 어떤 비용 부담 단계에 있든 상관 없이 플랜에서 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월치에 대해 \$35 이상을 지불하지 않습니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>식료품 및 공산품 보조금</p>	<ul style="list-style-type: none"> Imperial에서 선불 카드로 3개월마다 \$460의 보조금을 받습니다. 자격을 갖추려면 다음 조건 중 하나가 충족되어야 합니다. 만성 알코올 또는 기타 약물 의존성; 자가면역질환; 암; 심혈관 질환; 만성 심부전; 치매; 당뇨병; 간 질환 말기; 신장 질환 말기(ESRD); 심각한 혈액학적 장애; HIV/에이즈; 만성 폐질환; 만성 및 장애성 정신 건강 상태; 신경 장애; 또는 뇌졸중.
<p>가정 배달 식사¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> 수술 또는 입원 후 최대 7회 배달 식사에 대한 자기부담금은 \$0입니다. 플랜은 최대 \$105를 보장합니다.
<p>가정 건강 서비스^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 가정 건강 서비스에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>재택 지원 서비스</p>	<ul style="list-style-type: none"> 교통편, 식료품 쇼핑, 약 수령, 관리 알림, 가벼운 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 60시간의 재택 지원 서비스에 대해 가입자 납부액은 \$0입니다.
<p>의료 장비 / 용품¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 보조기, 인공 의족과 같은 보철¹에 대한 가입자 납부액은 품목당 총 비용의 20%입니다. 당뇨병 모니터링 용품¹에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.
<p>외래환자 약물 납용^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 납용 방문에 대한 가입자 납부액은 총 비용의 20%입니다.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

보조 혜택	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
비처방(OTC) 의약품 및 의료용품	<ul style="list-style-type: none"> 비처방 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 \$140의 보조금을 지급합니다. 현금, 수표, 신용카드 또는 머니 오더는 이 비처방 혜택에 따라 허용되지 않습니다. 롤오버 없음.
개인 응급 대응 장치	<ul style="list-style-type: none"> 장치 1대에 대한 가입자 납부액은 연간 \$0입니다.
정기 발 관리 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 정기 발 관리 방문 6회에 대한 역년당 가입자 납부액은 \$0입니다.
웰니스 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대한 가입자 납부액은 \$0입니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) (American Specialty Health Incorporated (ASH) 자회사)에서 제공합니다.
<p>전 세계 보장 적용</p> <p>전 세계 보장 환급액은 얼마입니까?</p>	<ul style="list-style-type: none"> 적격 비용에 대해 최대 \$100,000의 환급(자기부담금 \$0). 긴급 또는 응급 서비스만 해당.

¹이 포함된 서비스는 사전 허가가 필요할 수 있습니다. ²가 포함된 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수 있습니다.

2025 혜택 요약

Imperial Health는 새로운 기기 및 서비스의 기술이 어떻게 가입자의 건강 개선을 향상시킬 수 있는지 지속적으로 검토하고 있습니다. 이용 가능한 품목의 목록은 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 연락 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(태평양 표준시), 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외)에 전화해 주십시오.

Imperial Health Plan of California, Inc.은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 가입은 계약 갱신에 따라 다릅니다.

본 정보는 혜택에 대한 전체 내용이 아닙니다. 자세한 정보는 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 연락 주십시오. 제한 사항, 본인 부담금 및 제약 사항이 적용될 수 있습니다. 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험액은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다.

주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

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

가입 방법 및 가입 후 진행 절차

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) MAPD 플랜 중 하나에 가입하는 것은 간단합니다. 아래 가입 방법 중 하나를 사용하십시오.

1. 전화 1-800-838-5914번으로 연락하시면 전화로 신청을 도와 드립니다
2. 온라인 온라인 가입 옵션의 경우 www.imperialhealthplan.com 또는 www.Medicare.gov를 방문하십시오.
3. 팩스 가입 신청서를 작성하여 1-626-380-9066번으로 팩스를 보내주십시오.
4. 이메일 가입 신청서를 작성하여 enrollmentunit@imperialhealthplan.com으로 메일을 보내주십시오.
5. 우편 가입 신청서를 작성하여 다음 주소로 우편으로 보내주십시오.

Imperial Health Plan of California
 Attention: Membership Department
 PO Box 60874
 Pasadena, CA 91106

가입 신청이 완료되면 어떻게 됩니까?

Imperial 가입 신청서를 작성하고 제출하면 그 다음은 어떻게 진행됩니까?

1. **가입 확인:** 가입 기준에 따라 귀하의 가입을 확인해 드립니다.
2. **승인/확인 서신, 보장 증명(EOC), 가입자 ID 카드, 서비스 제공자/약국 명부 및 의약품 처방집:**
 가입이 확인되면 가입을 확인하는 승인/확인 서신을 보내드립니다. 이 서신에는 귀하가 선택한 플랜과 가입자 ID 번호가 포함됩니다. 어떤 이유로든 귀하의 신청서가 수락되지 않는 경우, 당사는 이유를 포함하여 귀하에게 통지할 것입니다. EOC에는 플랜 가입자 ID 카드, 서비스 제공자/약국 명부 및 의약품 처방집이 포함됩니다. 이 책자에는 플랜 혜택을 이용하는 데 필요한 모든 정보가 들어 있습니다. 가입자 ID 카드를 항상 가지고다니십시오. 가입자 ID 카드는 의사 방문, 입원, 응급 상황 및 약국을 포함한 모든 의료 서비스에 사용됩니다.
3. **전화:** 가입 확인 후 영업일 기준 7~10일 이내에 Imperial 담당자가 전화를 드릴 것입니다. Imperial 담당자는 귀하가 서비스를 받을 수 있음을 알려드리며, 첫 번째 주치의(PCP) 방문을 설정하고 귀하의 추가 질문에 답변해 드릴 것입니다.



Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP) 가입 전 체크리스트

가입을 결정하시기 전에 저희가 제공하는 혜택과 규칙을 이해하시는 것이 중요합니다. 궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부 담당자에게 1-800-838-8271번으로 전화하여 문의하실 수 있습니다(TTY 사용자는 711번으로 전화해 주십시오).

혜택에 대한 이해

- 보장 증명서(Evidence of Coverage, EOC)에 설명된 혜택의 전체 내용을 검토해 주십시오. 특히, 귀하께서 정기적으로 의사의 진료를 받는 서비스를 면밀히 검토해 주십시오. www.imperialhealthplan.com을 방문하시거나 1-800-838-8271번으로 연락하시어 EOC 사본을 받아보실 수 있습니다.
- 서비스 제공자 명부를 확인하여(또는 담당 의사에 관해 문의하여) 현재 귀하께서 이용하는 의사가 저희 네트워크 소속인지 확인해 주십시오. 담당 의사가 네트워크 소속이 아닌 경우, 새로운 의사를 선택하게 됩니다.
- 약국 명부를 검토하여 처방약을 조제하시는 약국이 저희 네트워크 소속인지 확인해 주십시오. 해당 약국이 네트워크 소속이 아닌 경우, 처방약 조제를 위해 다른 약국을 선택하게 됩니다.

중요 규칙에 대한 이해

- 가입자는 월 플랜 보험료 외에도 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. 이 보험료는 보통은 귀하의 사회보장 연금에서 매월 공제될 것입니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험액은 2025년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고는, 네트워크 외부 서비스 제공자(서비스 제공자 명부에 수록되어 있지 않은 의사)가 제공하는 서비스는 저희 플랜에서 보장되지 않습니다.
- 이 플랜은 만성 질환 특수 요구 플랜(C-SNP)입니다. 플랜 가입 자격은 해당하는 중증 또는 장애성 만성 질환을 가지고 있다는 증명을 기준으로 합니다.
- 이 플랜은 이중 자격 특수 요구 플랜(Dual eligible special needs plan, D-SNP)입니다. 가입 자격은 Medicaid에 따라 주 플랜에서 Medicare와 의료 지원을 모두 받을 수 있다는 증명을 기준으로 합니다.
- **현재 보장에 주는 영향.** 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 경우, 새로운



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Medicare Advantage 보장이 시작되면 현재 Medicare Advantage 의료 보장이 종료됩니다. Tricare를 가지고 계신 경우 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 Tricare 보장에 영향을 미칠 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의하십시오. Medigap 플랜을 가지고 계신 경우, Medicare Advantage 보장이 시작되면 이용하실 수 없는 보장에 대해 비용을 지불하게 되므로 Medigap 보험을 해지하시는 것이 좋습니다.



가입 기간 동안의 자격 증명서

일반적으로 귀하는 연례 가입 기간인 매년 10월 15일부터 12월 7일까지의 기간 내에만 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있습니다. 이 기간 이외의 기간에 Medicare Advantage 플랜에 가입할 수 있는 예외 조항이 있습니다.

다음 설명을 잘 읽고 해당되는 경우 박스에 체크해 주십시오. 아래 박스에 체크함으로써 귀하가 알고 있는 한 가입 기간 동안 가입 자격이 있다는 것을 증명하는 것입니다. 추후에 이 정보가 정확하지 않다고 판단될 경우 귀하의 가입은 무효가 될 수 있습니다.

- 본인은 Medicare 신규 가입자입니다.
- 본인은 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 상태이며 Medicare Advantage 공개 가입 기간(MA OEP) 중에 플랜 변경을 원합니다.
- 본인은 기존 플랜의 서비스 지역 밖으로 이사를 했거나 최근 현재 지역으로 이사왔으며 이 플랜은 본인에게 새로운 옵션입니다. 이사 날짜: (날짜 기재) _____
- 본인은 최근 감옥에서 석방되었습니다. 석방 날짜: (날짜 기재) _____
- 본인은 미국 외 국가에서 거주하다가 최근 미국으로 귀국했습니다. 미국 귀국일: (날짜 기재) _____
- 본인은 최근 미국에서 합법적 체류 신분을 획득했습니다. 신분 획득일: (날짜 기재) _____
- 본인의 Medicaid 자격에 최근 변동 사항이 있었습니다(Medicaid에 신규로 가입했거나 Medicaid 지원 레벨이 변경되었거나 Medicaid를 상실함). 변경 사항 발생일: (날짜 기재) _____
- Medicare 처방약 비용을 보장해주는 본인의 추가 지원(Extra Help)에 최근 변동 사항이 있었습니다(새로 추가 지원을 받게 되었거나 추가 지원 레벨이 변경되었거나 추가 지원 자격을 상실함). 변경 사항 발생일: (날짜 기재) _____
- 본인은 Medicare와 Medicaid(또는 주 정부에서 내 Medicare 보험료를 부담해 줌)에 모두 가입되어 있거나, Medicare 처방약 비용을 보장해주는 추가 지원(Extra Help)을 받고 있지만, 변경 사항은 없었습니다.
- 본인은 장기(Long-Term) 진료 시설(예: 요양원 또는 장기 진료 시설)로 이사할 예정이거나 현재 거주하고 있거나 최근에 나왔습니다. 장기 진료 시설로 입주한 날짜 또는 입주 예정일 또는 퇴소 예정일: (날짜 기재) _____
- 최근에 (날짜 기재) _____ 에 PACE 프로그램을 종료했습니다.
- 본인은 최근 비자발적으로, 유효 처방약 보장(Medicare수준의 보장)을 상실했습니다. 약 보장을 상실한 날짜: (날짜 기재) _____
- 고용주 또는 노동조합 보장을 (날짜 기재) _____ 에 탈퇴합니다.
- 본인은 주에서 제공하는 의약품 지원 프로그램에 가입되어 있습니다.
- 본인의 플랜에서 Medicare 계약을 종료하거나 Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료합니다.
- 본인은 Medicare(또는 주 정부) 플랜에 가입되어 있는데 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다. 해당 플랜의 가입 개시일: (날짜 기재) _____
- 본인은 특수 요구 플랜(SNP)에 가입했으나 해당 플랜에서 요구하는 자격 조건을 상실했습니다. SNP 가입 해지일: (날짜 기재) _____
- 본인은 기상 관련 비상 사태 또는 주요 재해(연방재난관리국(FEMA)에서 선포한 재난)의 영향을 받았습니다. 여기에 나와 있는 기타 진술 중 하나가 본인에게 적용되었지만 자연 재해 피해로 인해 등록할 수 없었습니다.



이러한 진술문이 귀하에게 해당되지 않거나 확실치 않다면, Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)에 1-800-838-5914, TTY:711번으로 연락하여 가입 자격이 있는지 확인하십시오. 영업 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST), 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST)입니다. 공휴일은 제외입니다.

신청서는 누가 사용할 수 있나요?

Medicare 가입자로서 Medicare Advantage 플랜에 가입하려는 개인

플랜 가입 자격:

- 미국 시민권자 또는 합법적인 미국 거주자
- 플랜의 서비스 지역에 거주

중요: Medicare Advantage 플랜에 가입하려면 다음 두 가지를 모두 가지고 있어야 합니다.

- Medicare 파트 A(병원 보험)
- Medicare 파트 B(의료 보험)

신청서는 언제 사용하나요?

플랜에 가입할 수 있는 시기:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
 - Medicare 최초 가입일로부터 3개월 이내
 - 플랜 가입 또는 전환이 허용된 특별한 상황
- 플랜 가입이 가능한 시기에 대한 자세한 정보는 Medicare.gov를 방문하여 확인해 주십시오.

신청서를 작성할 때 무엇이 필요한가요?

- 본인의 Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 적힌 번호)
- 주 거주지 주소 및 전화번호

참고: 섹션 1의 모든 항목을 작성해야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 항목입니다. 이 섹션을 작성하지 않아도 보장을 받을 수 있습니다.

안내:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일) 중 플랜에 가입하려면 12월 7일까지 작성한 양식을 플랜에 제출해야 합니다.
- 플랜이 보험료 청구서를 발송해 드릴 것입니다. 보험료는 은행 계좌에서 인출되도록 하거나, 월간 사회보장(또는 철도원 퇴직 위원회) 혜택에서 차감되도록 요청할 수 있습니다.

향후 진행 절차

작성하고 서명한 신청서를 다음으로 보내 주십시오.

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

Attention: Enrollment
PO Box 60874
Pasadena, CA 91116

이메일: Enrollmentunit@imperialhealthplan.com

가입 신청서가 처리되면 연락드리겠습니다.

신청서 작성과 관련된 도움은 어떻게 받을 수 있나요?

Imperial Health Plan에 1-800-838-5197(TTY: 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711로 전화하십시오.

또는 Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227) 번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 전화하십시오.

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.

노숙자

- 플랜에 가입하고 싶지만 주 거주지가 없는 경우, 사서함, 보호소 또는 클리닉의 주소 또는 우편물을 받는 주소(예: 사회보장연금 수표)를 주 거주지 주소로 사용할 수 있습니다.

중요

PR A Reports Clearance Office에 연락할 때 이 양식이나 기타 문서에 보상 청구서, 결제, 의무 기록 등과 같은 개인정보가 포함되지 않도록 해 주십시오. 본 신청서나 양식 수집 업무의 개선 방법과 관련이 없는 모든 문서는 폐기되며(OMB 0938-1378 참조), 보관 또는 검토되거나, 플랜에 전달되지 않습니다. 작성한 양식을 플랜으로 보내려면 이 페이지의 “그 다음에 할 일?”을 참조해 주십시오.

섹션 1 - 이 페이지의 모든 작성란은 필수 항목입니다(선택 항목으로 표시된 것은 제외).

가입을 원하시는 플랜을 선택하십시오.

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



이름: _____ 성: _____ 선택 항목: 중간 이니셜: _____
 생년월일: (MM/DD/YYYY) _____ 성별: _____ 전화번호: _____
 (___ / ___ / _____) 남성 여성 ()

주 거주지 도로명 주소(사서함을 입력하지 마십시오. 참고: 노숙자의 경우 사서함이 귀하의 주 거주지 주소로 간주될 수 있습니다):

시: _____ 선택 항목: 카운티: _____ 주: _____ 우편번호: _____
 우편 주소, 주 거주지 주소와 다를 경우(사서함 사용 가능):
 도로명 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호: _____ - _____ - _____

다음의 중요한 질문에 답변해 주십시오.

Imperial Health Plan 외에 다른 처방약(예: VA, TRICARE) 보장이 있습니까?

예 아니요

다른 보장 이름: _____ 이 보장의 가입자 번호: _____ 이 보장의 그룹 번호 _____

심혈관 질환, 만성 심부전 및/또는 당뇨병이 있습니까? 예 아니요

중요: 다음을 읽고 아래에 서명해 주십시오:

- 본인이 Imperial Health Plan을 유지하려면 병원(파트 A) 및 의료(파트 B) 보험을 모두 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage에 가입하면 Imperial Health Plan이 본인의 정보를 Medicare와 공유하게 되며 Medicare는 이를 이용하여 본인의 가입 정보를 추적하고 결제하고 이러한 정보를 수집하는 것에 대한 권한을 주는 기타 연방법에 의해 허용된 기타 목적으로 사용함을 이해합니다(아래의 개인정보 보호법 규정 참조). 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.
- 한 번에 하나의 MA 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 등록하면 다른 MA 플랜에 대한 가입이 자동으로 종료됩니다(MAPFFS, MAMSA 플랜 제외).

- 본인의 Imperial Health Plan 보장이 시작되면 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 Imperial Health Plan으로부터 이용해야 함을 이해합니다. Imperial Health Plan에서 제공되며 Imperial Health Plan의 '보장 증명서'(Evidence of Coverage, 가입자 계약서 또는 가입자 동의서라고도 함)에 포함된 혜택과 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Imperial Health Plan은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 신청서에 기재된 정보는 본인이 알고 있는 한 사실과 다름이 없습니다. 본인은 본 신청서에 기재된 정보가 사실이 아닌 경우 플랜에서 탈퇴된다는 점을 이해합니다.
- 본인이 본 신청서에 서명하는 경우(또는 본인의 합법적인 위임 대리인이 서명하는 경우) 신청서의 내용을 읽고 이해했다는 것을 의미합니다. 위임 받은 대리인이 서명하는 경우(상기에 기술된 대로), 이 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 본 서명자는 미국 법률에 따라 이 가입 양식을 작성할 권한을 가지고 있으며
 - 2) 대리 권한에 대한 증빙 문서는 Medicare가 요청할 경우 제공 가능합니다.

서명:

오늘 날짜:

위임 받은 대리인의 경우, 위에 서명하고 다음 난을 작성하십시오.

이름:

주소:

전화번호:

가입자와의 관계:

섹션 2 - 이 섹션의 모든 작성란은 선택 항목입니다.

질문에 대한 답변 여부는 신청인의 선택입니다. 문서를 작성하지 않아도 보장이 거절되는 일은 없습니다.

히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

아니요, 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계가 아닙니다.

예, 멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노(또는 치카나)입니다.

예, 푸에르토리코인입니다.

예, 쿠바인입니다.

예, 다른 히스패닉, 라틴계 또는 스페인계입니다.

답하지 않겠습니다

어떤 인종입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하십시오.

아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민:

흑인 또는 아프리카계 미국인, 하와이 원주민 및 태평양 섬 주민:

아시아인:

인도인

과마니안 또는 차모로

중국인

하와이 원주민

필리핀인

사모아인

일본인

기타 태평양섬 주민

한국인

백인

베트남인

답하지 않겠습니다

기타 아시아인

성별은 무엇입니까? 하나만 선택하십시오.

여성

남성

논바이너리

다른 용어 사용: _____

답하지 않겠습니다

다음 중 귀하가 자신을 어떻게 생각하는지 가장 잘 나타내는 것은 무엇입니까? 하나만 선택하십시오.

레즈비언 또는 게이

이성애자, 즉 게이나 레즈비언이 아님

양성애자

다른 용어 사용: _____

모르겠어요

답하지 않겠습니다

영어 이외의 다른 언어로 정보를 수령하기를 원하신다면 언어를 선택해 주십시오.

스페인어 기타: _____

장애인을 위한 형식으로 정보를 수령하기를 원하신다면 다음 중 하나를 선택해 주십시오.

점자

대형 활자체

오디오 CD

데이터 CD

위에 제시되지 않은 형식으로 정보를 받으시려면 1-800-838-8271번으로 Imperial Health Plan에 연락해 주십시오. 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일 오전 8시~오후 8시, 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외) TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

귀하는 직장에 다닙니까? 예 아니요 배우자가 직장에 다닙니까? 예 아니요

귀하가 이용하시는 주치의(PCP), 클리닉 또는 병원을 열거해 주십시오.

다음 자료를 이메일로 수령하기를 원합니다. 하나 이상 선택하십시오.

예, 온라인 가입자 포털을 통해 신규 가입자 등록 키트 - EOC, 종합 의약품 처방집 및 서비스 제공자/약국 명부를 받고 싶습니다.

이메일 주소: _____

플랜 보험료 납부

현재 또는 미래에 발생할 수 있는 가입 지연 벌금을 포함한 월납 플랜 보험료는 매월 우편으로 납부할 수 있습니다. **사회보장 연금 수표 또는 철도원 퇴직 위원회(RRB) 혜택에서 매월 자동으로 보험료가 공제되도록 선택하실 수도 있습니다.**

가입자가 이 양식을 작성하도록 돕는 개인만 해당

가입자가 이 양식을 작성하도록 돕는 개인(예: 에이전트, 중개인, SHIP 카운셀러, 가족 구성원 또는 기타 제3자)인 경우 이 섹션을 작성하십시오.

이름:

가입자와의 관계:

서명:

National Producer Number(에이전트/중개인만 해당):

개인정보 보호법 규정

Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)는 Medicare Advantage(MA) 플랜의 가입자 등록을 추적하고, 서비스를 개선하고, Medicare 혜택 납부 등을 추적하기 위해 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 1851절, 42 CFR §§ 422.50, 422.60은 이러한 정보의 수집을 허락하고 있습니다. CMS는 System of Records Notice(SORN) “Medicare Advantage 처방약(MARx)”, 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 바와 같이 Medicare 가입자의 가입 정보를 사용, 공개 및 교환할 수 있습니다. 이 신청서에 대한 귀하의 답변은 자발적으로 이루어집니다. 하지만 답변하지 않을 경우, 플랜 가입에 영향을 줄 수 있습니다.

1995년 서류작업 감축법에 따라, 유효한 OMB 관리번호가 표시되지 않은 한 아무도 정보 수집에 대응할 의무가 없습니다. 본 정보 수집에 대한 유효한 OMB 관리번호는 0938-1378입니다. 이 정보를 작성하는 데 걸리는 시간은 지시사항 검토와 기존의 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 정보 수집을 완료하고 검토하는 데 걸리는 시간을 포함하여 평균 20분이 걸릴 것으로 예상됩니다. 정확한 예상 시간에 관한 의견이나 이 양식을 개선하기 위한 제안이 있으시면 아래로 서신을 보내주십시오. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. Imperial Health Plan of California(HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 전화 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 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) 사전 가입 자격 평가 도구

이 양식은 Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP) Senior Value 플랜 005 가입 신청서와 함께 제출해야 합니다.

신청자 작성		
이름:	중간 이니셜:	성:
성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	생년월일:	전화번호:
주소:		
시:	주:	우편번호

임상적 검증 질문

다음 중 하나라도 해당하는 경우 IHP 플랜 005에 가입할 자격이 있을 수 있습니다. 가입 첫 달이 끝나기 전에 IHP는 지정된 면허가 있는 개업의에게 귀하가 IHP Chronic SNP 플랜 005에 가입하는 데 필요한 자격 조건을 가지고 있는지 확인할 것입니다. 언제든지 또는 그 이후의 어느 시점에든 귀하에게 자격 조건이 없다고 판단될 경우, 귀하는 더 이상 IHP Chronic SNP 플랜 005에 가입할 자격이 없으며 IHP는 플랜 005에 대한 귀하의 가입을 해지해야 합니다.

의사가 귀하에게 해당할 수 있다고 말한 항목에 체크 표시:

- 진성 당뇨병** (고혈당)
- 만성 심부전**
 - 고혈압(고혈압)
- 심혈관 질환**
 - 심장 부정맥(심계항진, 추가 심장 박동, 심방 세동, 심방 조동, 빠르거나 느린 심박수, 심박 조율기, 제세동기, 실신)
 - 관상동맥 질환(심장마비, 스텐트, 심장 수술)
 - 말초혈관질환(혈액 순환 불량)
 - 만성 정맥 혈전색전성 장애(혈전)
 - 뇌졸중 병력
 - 고지혈증(높은 콜레스테롤 수치)

약물 관련 질문

1. 위에 열거된 질병으로 인해 현재 또는 약물을 복용한 적이 있습니까? 예 아니요
2. 인슐린 주사를 맞아본 적이 있습니까? 예 아니요
3. 메트포르민을 복용한 적이 있습니까? 예 아니요
4. 현재 어떤 약을 복용하고 있습니까?

의사 이름:	전화번호:	팩스 번호:
의사 주소:		



Imperial Health Plan of California (HMO SNP) 사전 가입 자격 평가 도구

건강 정보 공개에 대한 신청자의 허가

본인은 본인이 IHP에 가입할 자격이 있는 만성 질환 진단을 받았음을 확인하기 위해 위에 열거된 서비스 제공자가 본인의 건강 정보를 IHP에 공개하는 것을 허가합니다. 이 허가는 위에 명시된 만성 질환에 대한 본인의 병력과 관련하여 서비스 제공자가 유지하는 모든 건강 정보에 적용됩니다.

신청자 이름(정자체)

신청자 서명

날짜

신청자 정보

이름:

성:

생년월일:

다음 섹션은 면허가 있는 개업의가 작성해야 합니다.

의사 이름:

전화번호:

팩스 번호:

의사 주소:

본인은 위의 신청자가 아래에 표시된 적격 만성 질환을 앓고 있음을 확인합니다.

신청자는 다음을 앓고 있습니다.

진성 당뇨병(고혈당)

만성 심부전

- 고혈압(고혈압)

심혈관 질환

- 심장 부정맥(심계항진, 추가 심장 박동, 심방 세동, 심방 조동, 빠르거나 느린 심박수, 심박 조율기, 제세동기, 실신)
- 관상동맥 질환(심장마비, 스텐트, 심장 수술)
- 말초혈관질환(혈액 순환 불량)
- 만성 정맥 혈전색전성 장애(혈전)
- 뇌졸중 병력
- 고지혈증(높은 콜레스테롤 수치)

의사 이름(정자체)

서명:

신청자 확인 날짜:

평가 도구를 IHP에 1-626-380-9066 번 Membership Department로 팩스 전송

궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST) 및 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST), 토요일~일요일 오전 10시(PST)~오후 2시(PST), 공휴일은 제외됩니다.

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다.



Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

사전 가입 자격 평가 도구

주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오.

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).



이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

건강 위험 평가(HRA)

날짜:		가입자 ID:		플랜 개시일:	
이름:		성:		생년월일:	
성별:		자택 전화번호:		다른 번호:	

섹션 1 개인적 특성

<p>1 히스패닉 또는 라틴계입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 이 질문에 답하고 싶지 않습니다.</p>	<p>2 귀하는 어떤 인종입니까? 해당하는 항목을 모두 체크하십시오. <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 태평양섬 <input type="checkbox"/> 흑인/아프리카계 미국인 주민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 기타(작성해 주십시오): <input type="checkbox"/> 이 질문에 답하고 싶지 않습니다.</p>
---	---

섹션 2 건강 관련 질문

<p>3 현재 어떤 의학적 질환을 앓고 있거나 과거에 앓았던 적이 있습니까? (해당 사항에 모두 표시해 주십시오)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 천식</td> <td><input type="checkbox"/> 당뇨병</td> <td><input type="checkbox"/> 뇌졸중</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 양극성</td> <td><input type="checkbox"/> 청력 문제</td> <td><input type="checkbox"/> 시력 문제</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 암</td> <td><input type="checkbox"/> 심장 마비</td> <td><input type="checkbox"/> 없음</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COPD/ 폐기종</td> <td><input type="checkbox"/> 고혈압</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 관상동맥병</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 치매</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 뇌졸중	<input type="checkbox"/> 양극성	<input type="checkbox"/> 청력 문제	<input type="checkbox"/> 시력 문제	<input type="checkbox"/> 암	<input type="checkbox"/> 심장 마비	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> COPD/ 폐기종	<input type="checkbox"/> 고혈압		<input type="checkbox"/> 관상동맥병			<input type="checkbox"/> 치매			
<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 뇌졸중																	
<input type="checkbox"/> 양극성	<input type="checkbox"/> 청력 문제	<input type="checkbox"/> 시력 문제																	
<input type="checkbox"/> 암	<input type="checkbox"/> 심장 마비	<input type="checkbox"/> 없음																	
<input type="checkbox"/> COPD/ 폐기종	<input type="checkbox"/> 고혈압																		
<input type="checkbox"/> 관상동맥병																			
<input type="checkbox"/> 치매																			

섹션 3 기타 건강 관련 질문

<p>4 귀하는 전반적으로 귀하의 건강을 어떻게 평가합니까? <input type="checkbox"/> 훌륭함 <input type="checkbox"/> 꽤 괜찮음 <input type="checkbox"/> 아주 좋음 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 좋음</p>	<p>5 (여성 전용) 현재 임신 중입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
<p>6 귀하의 시력은 어떻습니까? <input type="checkbox"/> 훌륭함 <input type="checkbox"/> 꽤 괜찮음 <input type="checkbox"/> 아주 좋음 <input type="checkbox"/> 나쁨 <input type="checkbox"/> 좋음</p>	<p>7 다음 중 올해 접종한 백신은 무엇입니까? 독감 폐렴 코로나(제조업체: _____) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 아니요</p>
<p>8 담배 제품을 사용합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>	<p>9 얼마나 많은 처방약을 복용하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 1-2개 처방약 <input type="checkbox"/> 2-3개 처방약 <input type="checkbox"/> 4개 이상</p>
<p>10 통증이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 통증 위치: _____</p>	<p>11 입원한 경험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 한 번 <input type="checkbox"/> 두 번 이상 _____ 응급실 방문 경험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p>



이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

12	귀하는 넘어집니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
13	필요할 때 기꺼이 도와줄 수 있는 가족이나 다른 사람이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
14	간병인이 귀하에게 필요한 모든 도움을 제공하는 데 어려움을 겪는다고 생각한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
섹션 4 하우징	
15	현재 귀하의 주거 상황은 어떻습니까? <input type="checkbox"/> 집이 없습니다(다른 사람들과 함께 머물고 있음, 호텔, 대피소, 거리, 해변, 자동차, 버려진 건물, 버스 또는 기차역 또는 공원에서 살고 있음) <input type="checkbox"/> 지금은 집이 있지만 앞으로 집을 잃을까 봐 걱정입니다. <input type="checkbox"/> 집이 있습니다.
16	거주 지역: <input type="checkbox"/> 단독 주택 아파트, 콘도 또는 이동식 주택 <input type="checkbox"/> 생활 보조 아파트 또는 하숙 및 케어홈 <input type="checkbox"/> 요양원 <input type="checkbox"/> 기타: _____
섹션 5 음식	
17	지난 12개월 동안, 귀하는 구입을 위한 돈이 생기기 전에 음식이 떨어질까 봐 걱정한 적이 있습니다. <input type="checkbox"/> 자주 그렇다 <input type="checkbox"/> 가끔 그렇다 <input type="checkbox"/> 절대 그렇지 않다
섹션 6 유틸리티	
18	지난 12개월 동안 전기, 가스, 석유 또는 수도 회사에서 귀하의 가정에 서비스를 중단하겠다고 한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 이미 중단되어 있습니다.
섹션 7 교통편	
19	지난 12개월 동안, 교통편이 없어서 진료 예약, 회의, 직장에 가지 못하거나 일상 생활에 필요한 물품을 구하지 못한 적이 있습니까?(해당 항목을 모두 선택) <input type="checkbox"/> 예, 진료 예약을 하거나 약을 받아오지 못했습니다 <input type="checkbox"/> 예, 비 의료적 회의, 약속, 일 또는 필요한 일을 하지 못했습니다. <input type="checkbox"/> 아니요



이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

섹션 8 사회적, 정서적 건강	
20	<p>현재 살고 있는 곳에서 신체적으로나 정서적으로 안전하다고 느끼십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 예</p> <p><input type="checkbox"/> 아니요</p> <p><input type="checkbox"/> 확실하지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 이 질문에 대답하지 않겠습니다</p>
21	<p>귀하는 소중한고 친근하게 여기는 사람들과 얼마나 자주 만나거나 이야기합니까? (예: 친구와 통화하기, 친구나 가족 집에 방문하기, 교회나 클럽 모임에 참석하기)</p> <p><input type="checkbox"/> 일주일에 한 번 미만</p> <p><input type="checkbox"/> 주 1-2회</p> <p><input type="checkbox"/> 주 3-5회</p> <p><input type="checkbox"/> 주 6회 이상</p> <p><input type="checkbox"/> 이 질문에 대답하지 않겠습니다</p>
22	<p>지난 2주 동안 얼마나 자주 슬픔을 느꼈습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 전혀</p> <p><input type="checkbox"/> 때때로</p> <p><input type="checkbox"/> 며칠 동안</p> <p><input type="checkbox"/> 절반 이상</p> <p><input type="checkbox"/> 거의 매일</p>

이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)
Medicare에서 추가 지원을 받는 가입자를 위한 월 플랜 보험료
처방약 비용 지불 지원

Medicare 처방약 플랜 비용 지불 지원을 위해 Medicare에서 추가 지원을 받는 경우, 귀하의 월 플랜 보험료는 Medicare에서 추가 지원을 받지 않았을 때보다 낮을 것입니다.

추가 지원을 받는 경우, 아래의 모든 플랜에 대해 귀하의 월 플랜 보험료는 \$0가 됩니다. (여기에는 귀하가 지불해야 할 수 있는 Medicare 파트 B 보험료는 포함되어 있지 않습니다.)

귀하의 추가 지원 수준	Imperial Traditional(HMO)의 월 보험료 PBP 007	Imperial Dual Plan(HMO D-SNP)의 월 보험료 PBP 011	Senior Value(HMO C-SNP)의 월 보험료 PBP 005	Imperial Dynamic Plan(HMO)의 월 보험료 PBP 012	Imperial Giveback(HMO)의 월 보험료 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

Imperial Health Plan of California 보험료에는 의료 서비스와 처방약 보장에 대한 보장이 모두 포함됩니다.

추가 지원을 받고 있지 않다면 다음으로 전화하여 자격 여부를 확인할 수 있습니다.

- 1-800-Medicare 또는 TTY 사용자는 1-877-486-2048(주 7일 하루 24시간 통화 가능)
- 귀하의 주 Medicaid 사무소 또는
- 사회보장국(Social Security Administration) 1-800-772-1213(TTY 사용자: 1-800-325-0778)번으로 월요일부터 금요일까지 오전 7시에서 오후 7시 사이에 전화해 주십시오.

궁금한 점이 있으시면 가입자 서비스부에 1-800-838-8271(TTY 사용자: 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 월~일 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외), 4월 1일부터 9월 30일까지는 월~금 오전 8시~오후 8시(공휴일 제외)에 전화해 주십시오.

Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO)(HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. Imperial Health Plan of California(HMO) (HMO SNP)은 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다.

1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 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 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 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. سيقوشم 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に、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



중요 연락처

Imperial Health Plan of California 웹사이트:	www.ImperialHealthPlan.com
Imperial Health Plan 가입자 서비스부:	1-800-838-8271
VSP 안과 진료: 1-855-492-9028 또는	www.vsp.com/advantageonly
Silver & Fit의 피트니스 멤버십:	1-877-427-4788 또는 www.SilverandFit.com
청력 관리 솔루션:	1-866-344-7756
Papa Pals의 재택 지원	1-833-200-6924 또는 www.Papa.com
Imperial Health Plan 교통편	1-800-838-8271
식사	1-800-838-8271
비처방	1-855-263-6673 또는 AndMoreHealth.com
ADT의 개인 응급 대응 시스템	1-800-288-3880
약국 혜택 관리자(PBM) MedImpact	1-877-391-1105 또는 www.Medimpact.com
Teladoc 원격 의료	1-800-835-2362 또는 www.Teladoc.com
Delta 치과 서비스:	1-888-643-3239
Delta 치과 서비스 제공자 네트워크 온라인:	https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html