

# 2025

## Bộ đăng ký

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)  
Bộ tài liệu trước ghi danh – Mục lục**

THƯ GIỚI THIỆU VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN LẠC.....	1
NỘI DUNG CUỘC HẸN.....	2
KHẢ NĂNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN .....	3
BẢN TÓM TẮT QUYỀN LỢI (012, 005, 014, 007, 016, 011) .....	5
CÁCH GHI DANH VÀ CÁC BƯỚC TIẾP THEO.....	7
DANH SÁCH KIỂM TRA TRƯỚC KHI GHI DANH.....	51
XÁC NHẬN ĐỦ ĐIỀU KIỆN GHI DANH.....	52
NỘP ĐƠN GHI DANH .....	54
ĐÁNH GIÁ SNP.....	56
ĐÁNH GIÁ RỦI RO SỨC KHỎE (HRA) .....	61
BẢNG PHÍ BẢO HIỂM TÓM TẮT THU NHẬP THẤP.....	67
TỜ THÔNG TIN BỔ SUNG ĐA NGÔN NGỮ.....	72
XẾP HẠNG SAO .....	73
SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN LẠC QUAN TRỌNG .....	76



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

Kính gửi Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) Thành viên Tương lai,

Cảm ơn quý vị đã cân nhắc sử dụng Imperial để bảo hiểm sức khỏe của mình. Imperial Health Plan of California là một Chương trình Medicare Advantage sẵn sàng cung cấp cho quý vị các dịch vụ y tế, nha khoa và thuốc theo toa có chất lượng cao.

Là chương trình sức khỏe Medicare mà quý vị lựa chọn, chúng tôi cộng tác với các nhóm y tế, bệnh viện và bác sĩ (bác sĩ chăm sóc chính và bác sĩ chuyên khoa) đã ký hợp đồng với chúng tôi để điều phối tất cả các lĩnh vực chăm sóc bệnh nhân của quý vị, bao gồm nhập viện nội trú và chăm sóc tư vấn chuyên khoa. Chúng tôi làm việc với một số lượng lớn các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để đảm bảo rằng quý vị nhận được sự chăm sóc kịp thời mà quý vị cần ngay từ trong cộng đồng.

Trong năm 2025, quý vị sẽ được tiếp cận nhiều quyền lợi bổ sung như chăm sóc nha khoa toàn diện, nhãn khoa, thính lực, đưa đón, tư cách hội viên câu lạc bộ sức khỏe, thuốc và vật tư y tế không cần kê đơn (OTC), chăm sóc chân định kỳ và nhiều quyền lợi khác. Khi quý vị so sánh các quyền lợi của mình, chúng tôi hy vọng quý vị sẽ thấy được lợi thế khi chọn Imperial Health Plan.

Nếu quý vị có thắc mắc về việc ghi danh của mình, vui lòng liên lạc với Phòng Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-838-8271, TTY: 711. Chúng tôi mở cửa từ ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3: Thứ Hai – Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương và ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9: Thứ Hai - Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương, trừ ngày lễ. Rất mong được phục vụ quý vị.

Trân trọng,

*Paveljit S. Bindra, MD Giám đốc điều hành*

Trong năm 2025, chúng tôi hân hạnh cung cấp các quyền lợi và dịch vụ của Imperial Health Plan tại năm mươi quận sau đây của California:

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

**Các số liên lạc quan trọng: #s**

Hội viên tiềm năng gọi:

800-838-5914 hoặc [sales@imperialhealthplan.com](mailto:sales@imperialhealthplan.com)

Dịch vụ Hội viên:

800-838-8271 hoặc [members@imperialhealthplan.com](mailto:members@imperialhealthplan.com)

Trang web của Imperial:

[www.Imperialhealthplan.com](http://www.Imperialhealthplan.com)

## Xác nhận Phạm vi của Buổi họp (SOA)

Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid (CMS) yêu cầu các đại lý bán hàng được cấp phép phải lập hồ sơ phạm vi một cuộc hẹn tiếp thị\* giữa đại lý và người thụ hưởng Medicare (hoặc người đại diện được ủy quyền của họ) trước bất kỳ cuộc gặp bán hàng cá nhân trực tiếp hoặc qua điện thoại nào. Tất cả thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này đều được bảo mật. Mỗi người thụ hưởng hội đủ điều kiện Medicare hoặc người đại diện được ủy quyền của họ phải hoàn tất một mẫu riêng. Một phạm vi cuộc họp mới (SOA) là bắt buộc nếu người thụ hưởng (hoặc người đại diện được ủy quyền của họ) yêu cầu thông tin liên quan đến một loại chương trình khác với thỏa thuận trước đó.

**Vui lòng ký nháy vào ô bên cạnh (các) loại sản phẩm quý vị muốn đại lý thảo luận ở dưới đây.** (Tham khảo các loại sản phẩm bên dưới)

Các chương trình Medicare Advantage Plan (Phần C & D)

Các sản phẩm nha khoa/nhãn khoa/thính giác

Khi ký vào biểu mẫu này, quý vị đồng ý tham gia cuộc họp với đại lý bán hàng để thảo luận về các loại sản phẩm mà quý vị đã ký nháy ở trên. Xin lưu ý, người sẽ thảo luận về các sản phẩm là người được chương trình Medicare tuyển dụng hoặc ký hợp đồng. Họ không làm việc trực tiếp với chính quyền liên bang. Cá nhân này cũng có thể được chi trả dựa trên sự đăng ký tham gia của quý vị vào một chương trình. Việc ký vào mẫu này KHÔNG bắt quý vị phải ghi danh vào một chương trình, ảnh hưởng đến việc ghi danh Medicare hiện tại hoặc tương lai của quý vị, hoặc tự động ghi danh quý vị vào (các) chương trình đã thảo luận.

Chữ Ký và Ngày Ký Của Người Thụ Hưởng hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền	
Chữ ký:	Chữ ký Ngày:
Nếu quý vị là đại diện được ủy quyền, vui lòng ký tên ở trên và viết hoa bên dưới	
Tên Của Đại Diện:	Mối Quan Hệ với Người Thụ Hưởng:

Do Đại Lý điền	
Tên Đại Lý:	Số Điện Thoại Của Đại Lý:
Chữ Ký Của Đại Lý:	FMO:
Tên Người Thụ Hưởng:	Số Điện thoại Người Thụ Hưởng:
Địa Chỉ Của Người Thụ Hưởng:	MBI Người Thụ Hưởng:
Phương Thức Liên Hệ Ban Đầu:	
(Các) chương trình được đại lý trình bày trong cuộc họp này:	Ngày Hoàn thành Cuộc họp:
Nếu có, hãy cung cấp lời giải thích tại sao SOA không được ký trước khi bắt đầu cuộc họp: (khách vắng lai, người tham dự ngoài kế hoạch, v.v.)	

### Medicare Advantage Plan (Phần C)

**Tổ Chức Đảm Bảo Sức Khỏe (HMO) của Medicare:** Chương Trình Medicare Advantage Plan cung cấp tất cả bảo hiểm y tế Original Medicare Phần A và Phần B và đôi khi bao trả bảo hiểm thuốc kê toa Phần D. Trong hầu hết HMO, quý vị chỉ có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ trường hợp khẩn cấp).

**Chương Trình Đáp Ứng Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) của Medicare:** Chương Trình Medicare Advantage Plan có gói phúc lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về các nhóm cụ thể được phục vụ bao gồm những người có cả Medicare và Medicaid, người sống trong viện dưỡng lão và người mắc một số bệnh mạn tính nhất định.

### Nha Khoa/Nhân Khoa/Thính Lực

Các chương trình cung cấp các quyền lợi bổ sung cho người tiêu dùng đang muốn trang trải nhu cầu khám nha khoa, thị lực hoặc thính lực.

Các chương trình này không liên kết hoặc kết nối với Medicare.

*\*Phạm Vi Cuộc Hẹn phải tuân theo các yêu cầu lưu giữ hồ sơ của CMS. Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 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

**KHẢ NĂNG**  
**HỘI ĐỦ ĐIỀU**  
**KIỆN:**

Việc hiểu rõ về tính đủ điều kiện và các hướng dẫn ghi danh là điều quan trọng khi ghi danh vào một chương trình Medicare advantage. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A và đã ghi danh vào Medicare Phần B, quý vị có thể đủ điều kiện để ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage như Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP). Nếu quý vị đã ghi danh tham gia vào một Chương trình Medicare Advantage, quý vị có thể thay đổi bảo hiểm của mình từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 cho năm tiếp theo. Các Giai đoạn Ghi danh Đặc biệt (SEP) khác nằm ngoài giai đoạn này. Để tìm hiểu thêm, vui lòng gọi cho Imperial Health Plan theo số 1- 800-838-5914 Ngày 1 tháng 10 - Ngày 31 tháng 3: Thứ Hai - Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương và ngày 1 tháng 4 - ngày 30 tháng 9: Thứ Hai - Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương, trừ ngày lễ.

Sau đây là các yêu cầu về tính đủ điều kiện cho chương trình Imperial Health Plan:

(Các) kế hoạch của Imperial	Medicare A&B	Cư trú trong vùng dịch vụ	Điều kiện
Imperial Dynamic Plan (HMO) - 012	Có	Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn,	KHÔNG ÁP DỤNG
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) - 005	Có	Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara,	Rối loạn Tim mạch, Suy tim Mãn tính và/hoặc Tiểu đường. Đồng thời phải hoàn thành đánh giá SNP
Imperial Giveback (HMO) - 014	Có	Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba	KHÔNG ÁP DỤNG
Truyền thống của Imperial (HMO) - 007	Có		KHÔNG ÁP DỤNG
Imperial Courage Plan (HMO) - 016	Có		CHỈ Phần C
Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) - 011	Có	Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Kings, Madera, Merced, Placer, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, Santa Barbara, Stanislaus, Tulare, Ventura, Yolo	Phải có Medicare và Medicaid

Medicare: 1-800-633-4227. Trang web Medicare: [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

*Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 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

# Bản tóm tắt quyền

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)

Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha. Tài liệu này được cung cấp ở các định dạng khác như chữ nổi Braille, bản in khổ chữ lớn hoặc âm thanh. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-838- 8271 (TTY 711), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng - 8 giờ tối hoặc từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng - 8 giờ tối trừ ngày lễ, hoặc truy cập vào [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).



## Ai có thể tham gia chương trình?

Để tham gia Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP), quý vị phải đáp ứng tất cả các yêu cầu sau:

- Quý vị sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi
- Quý vị có cả Medicare Phần A và Medicare Phần B
- Quý vị là Công dân Hoa Kỳ

Một số chương trình của chúng tôi có các yêu cầu khác để tham gia.

- Để tham gia Imperial Dual Plan (HMO D-SNP), quý vị phải có cả Medicaid và Medicare.
- Để tham gia Imperial Senior Value (HMO C-SNP), quý vị cũng phải được chẩn đoán mắc chứng rối loạn tim mạch, suy tim mãn tính và/hoặc bệnh tiểu đường.

## Tôi có thể sử dụng các bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc nào?

Imperial Health Plan có một mạng lưới các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp khác luôn sẵn sàng cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc y tế và quyền lợi bổ sung. Khi tham gia chương trình bảo

hiểm sức khỏe của chúng tôi, quý vị phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính (PCP). PCP của quý vị sẽ phối hợp với chúng tôi để điều phối dịch vụ chăm sóc y tế và chuyên khoa của quý vị khi quý vị cần thăm khám với các nhà cung cấp dịch vụ khác. Nếu quý vị sử dụng bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ nào không thuộc mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể sẽ không thanh toán cho những dịch vụ này, trừ trường hợp cấp cứu. Quý vị có thể xem các danh mục của chúng tôi trên trang web của chúng tôi: [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).

## Làm sao để xác định chi phí thuốc theo toa Phần D của tôi?

Thuốc Phần D mà chúng tôi đài thọ được nhóm thành năm và sáu bậc khác nhau, tùy thuộc vào gói quyền lợi theo chương trình mà quý vị ghi danh tham gia. Quý vị sẽ cần một bản sao danh sách thuốc hay “danh mục thuốc” của chúng tôi để biết thuốc của quý vị thuộc bậc nào. Số tiền quý vị chi trả sẽ phụ thuộc vào bậc thuốc, số ngày dùng thuốc, giai đoạn quyền lợi của quý vị, việc quý vị có đang sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới hay không và loại nhà thuốc quý vị sử dụng (ví dụ như mua lẻ, đặt mua qua bưu điện, chăm sóc dài hạn, truyền thuốc tại nhà, v.v...)

**Tôi có thể tìm thêm thông tin ở đâu?**

Nhân viên Dịch vụ Hội viên của chúng tôi luôn sẵn sàng giải đáp mọi thắc mắc về khả năng hội đủ điều kiện và quyền lợi. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271, (TTY: 711), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thứ Hai đến Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối hoặc từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thứ Hai - thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày lễ.

Bản tóm tắt quyền lợi này là bản tóm tắt những dịch vụ chúng tôi sẽ đài thọ và những dịch vụ quý vị phải thanh toán. Bản tóm tắt này không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi đài thọ hoặc liệt kê mọi giới hạn hay trường

hợp ngoại trừ. Để biết danh sách đầy đủ các dịch vụ được chúng tôi đài thọ, vui lòng tham khảo “Chúng tôi bảo hiểm”. Quý vị có thể xem sổ tay này trên trang web của chúng tôi tại [www.Imperialhealthplan.com](http://www.Imperialhealthplan.com) được liệt kê trong mục quyền lợi hội viên.

Nếu quý vị muốn biết thêm thông tin về phạm vi bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy tham khảo sổ tay “Medicare & Quý vị”. Quý vị có thể xem sổ tay này tại [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) hoặc gọi số 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

---

## Khu vực dịch vụ của Imperial Health Plan

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

**Imperial Dynamic Plan (HMO) 012**

<b>Phí bảo hiểm và Quyền lợi</b>	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>
<p><b>Phí bảo hiểm</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>• Phí bảo hiểm Phần D: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>• Imperial Dynamic Plan thanh toán \$60 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B.</li> </ul>
<p><b>Khoản Khấu Trừ</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chương trình này không có khoản khấu trừ cho các quyền lợi Phần C hoặc D</li> </ul>
<p><b>Chi phí tự trả tối đa</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ thanh toán là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mức cao nhất mà quý vị sẽ thanh toán mỗi năm cho các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$297</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện nội trú<sup>1,2</sup></b> Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi thanh toán bao nhiêu tiền?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 90</li> <li>• Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện ngoại trú<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$100 mỗi lần thăm khám</li> </ul>
<p><b>Trung tâm phẫu thuật cấp cứu<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị trả \$100 cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Thăm khám với bác sĩ</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu tiền để thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa<sup>1,2</sup>: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Quý vị có tùy chọn nhận một số dịch vụ bằng dịch vụ thăm khám từ xa qua điện thoại hoặc video</li> </ul>
<p><b>Chăm sóc phòng ngừa</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc phòng ngừa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho dịch vụ tầm soát bệnh tăng nhãn áp<sup>1</sup>, hướng dẫn tự quản lý bệnh tiểu đường<sup>1</sup>, thụt bari<sup>1</sup>, khám trực tràng kỹ thuật số và EKG sau lần thăm khám đầu tiên</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc cấp cứu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$125 mỗi lần thăm khám</li> <li>• Nếu quý vị nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ khẩn cấp cần thiết?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ chẩn đoán/Xét nghiệm/Chiếu chụp<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ chẩn đoán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>• Xét nghiệm chẩn đoán</li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI)</li> <li>• Chụp X-quang</li> </ul> </li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho dịch vụ X-quang điều trị</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thính giác<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thính giác hoặc Máy trợ thính?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$250</li> </ul> </li> <li>• Trợ cấp cho máy trợ thính: Quý vị thanh toán \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ nha khoa</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nha khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám định kỳ tại văn phòng. Các lần thăm khám tại văn phòng bao gồm khám, vệ sinh răng miệng, điều trị bằng florua và chụp X-quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$500 cho các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật răng miệng/hàm mặt, dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$4000 mỗi năm</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Dịch vụ thị lực</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thị lực? Trợ cấp kính mắt của tôi là bao nhiêu mỗi năm?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ thị lực được Medicare đài thọ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho chi phí khám mắt định kỳ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi năm cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một cặp kính mắt (mắt kính và gọng kính)</li> <li>• Hoặc một cặp kính áp tròng</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm cho kính mắt</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Năm viện nội trú: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 90</li> <li>• Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ ngoại trú: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần ngoại trú trị liệu theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ (không phải bác sĩ)</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi buổi trị liệu tâm thần theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho thời gian lưu trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn?</p>	<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi kỳ quyền lợi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 20</li> <li>• Quý vị thanh toán \$100 mỗi ngày cho ngày 21 - 50</li> <li>• Quý vị thanh toán \$200 mỗi ngày cho ngày 51 - 100</li> </ul>
<p><b>Vật lý trị liệu<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Phục hồi chức năng ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ phục hồi chức năng tim</li> <li>• Trị liệu nghề nghiệp</li> <li>• Vật lý trị liệu</li> <li>• Trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ</li> </ul> </li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Xe cứu thương<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Xe cứu thương?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$150 cho mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi chuyến đi bằng đường hàng không</li> <li>• Cần có sự cho phép trước đối với các chuyến đi không cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ đưa đón<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Đưa đón?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm được chương trình chấp thuận</li> </ul>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Thuốc Phần B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho insulin Phần B</li> <li>• Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho tất cả các loại thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị liệu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Thuốc theo toa Phần D		Imperial Dynamic Plan (HMO)	
<b>Phí bảo hiểm Phần D</b>	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng		
<b>Giới hạn chi phí tự trả</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ phải thanh toán là bao nhiêu?	Giới hạn hàng năm của quý vị cho Phần D trong chương trình này là \$2,000		
<b>Giai đoạn khấu trừ</b>	Không có khoản khấu trừ (Chương trình bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày ghi danh có hiệu lực)		
<b>Giai đoạn bảo hiểm ban đầu</b>	<b>Quý vị thanh toán các chi phí sau cho đến khi các chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000</b>		
		<b>Mua lẻ lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày</b>	<b>Đặt mua qua đường bưu điện lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày</b>
Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên	\$0.00	\$0.00	
Bậc 2 - Thuốc gốc	\$6.00	\$5.00	
Bậc 3 - Thuốc biệt dược ưu tiên	\$45.00/Chọn Insulin: \$0	\$90.00/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên	\$90.00/Chọn Insulin: \$0	\$180.00/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 5 - Bậc thuốc chuyên khoa	33%	Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện không áp dụng cho các loại thuốc Bậc 5	
<b>Giai đoạn bảo hiểm tai ương</b>	<b>Khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000, quý vị sẽ thanh toán \$0</b>		

**Thông báo quan trọng về số tiền quý vị cần thanh toán cho Insulin** - Quý vị sẽ không phải thanh toán quá \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ, bất kể phần chia sẻ chi phí của sản phẩm đó thuộc bậc nào.

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<b>Bữa ăn giao đến tận nhà<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện</li> <li>• Chương trình đãi thọ tối đa \$105 cho mỗi kỳ quyền lợi</li> </ul>
<b>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$10 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà</li> </ul>
<b>Dịch vụ hỗ trợ tại nhà</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 48 giờ nhận dịch vụ hỗ trợ tại nhà bao gồm trợ giúp đưa đón, mua hàng tạp hóa, nhận thuốc, nhắc nhở chăm sóc, trợ giúp làm việc vặt và tập thể dục nhẹ nhàng</li> </ul>
<b>Thiết bị/vật tư y tế<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng Thiết bị y tế lâu bền (DME)<sup>1</sup>, như bình oxy hoặc xe lăn</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng chỉnh hình<sup>1</sup> như nẹp, tay chân giả</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho vật tư theo dõi bệnh tiểu đường<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám tình trạng Lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú tại một cơ sở cá nhân hoặc theo nhóm</li> </ul>
<b>Thuốc và vật tư không cần toa (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản trợ cấp \$140 ba tháng một lần thông qua danh mục đặt mua qua đường bưu điện OTC của chúng tôi</li> <li>• Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc phiếu chuyển tiền không được chấp nhận theo quyền lợi OTC này</li> <li>• Không được luân chuyển</li> </ul>
<b>Chăm sóc bàn chân định kỳ<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 6 lần thăm khám chăm sóc bàn chân định kỳ mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<b>Chương trình sức khỏe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&amp;Fit<sup>®</sup>. Chương trình Silver&amp;Fit do American Specialty Health Fitness, Inc cung cấp. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.



<b>Quyền lợi bổ sung</b>	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>
<b>Bảo hiểm toàn cầu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Khoản bồi hoàn lên đến \$100,000 cho các chi phí đủ điều kiện với tiền đồng trả là \$0</li><li>• Chỉ áp dụng cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết hoặc cấp cứu</li></ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

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

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Phí bảo hiểm</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phí bảo hiểm Phần C và D: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>Imperial Senior Value (HMO C-SNP) thanh toán \$50 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B</li> </ul>
<p><b>Khoản Khấu Trừ</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chương trình này không có khoản khấu trừ</li> </ul>
<p><b>Chi phí tự trả tối đa</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ thanh toán là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mức cao nhất mà quý vị sẽ thanh toán mỗi năm cho các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$297</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện nội trú<sup>1,2</sup></b> Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi thanh toán bao nhiêu tiền?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 90</li> <li>Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện ngoại trú<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$100 cho các dịch vụ nằm viện ngoại trú</li> </ul>
<p><b>Trung tâm phẫu thuật cấp cứu<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị trả \$100 cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Thăm khám với bác sĩ</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu tiền để thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa<sup>1,2</sup>: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>Quý vị có tùy chọn nhận một số dịch vụ bằng dịch vụ thăm khám từ xa qua điện thoại hoặc video</li> </ul>
<p><b>Chăm sóc phòng ngừa<sup>1</sup></b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc phòng ngừa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho dịch vụ tầm soát bệnh tăng nhãn áp<sup>1</sup>, hướng dẫn tự quản lý bệnh tiểu đường<sup>1</sup>, thực bari<sup>1</sup>, khám trực tràng kỹ thuật số và EKG sau lần thăm khám đầu tiên</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc cấp cứu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$125 cho mỗi lần thăm khám cấp cứu</li> <li>• Nếu quý vị nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ khẩn cấp cần thiết?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ chẩn đoán/Xét nghiệm/Chụp chụp<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ chẩn đoán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xét nghiệm đường huyết/A1C</li> <li>• Tầm lipid</li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI, CT)</li> <li>• Chụp X-quang cho bệnh nhân ngoại trú</li> <li>• Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>• Xét nghiệm chẩn đoán</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang điều trị: Quý vị thanh toán 20%</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thính giác<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thính giác hoặc Máy trợ thính?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$250</li> </ul> </li> <li>• Máy trợ thính: Quý vị thanh toán \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ nha khoa</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nha khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám định kỳ tại văn phòng. Các lần thăm khám tại văn phòng bao gồm khám, vệ sinh răng miệng, điều trị bằng florua và chụp X-quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$500 cho các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật răng miệng/hàm mặt, dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$3000 mỗi năm</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Dịch vụ thị lực</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thị lực? Trợ cấp kính mắt của tôi là bao nhiêu mỗi năm?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ thị lực được Medicare đài thọ</li> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho chi phí khám mắt định kỳ</li> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi năm cho:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Một cặp kính mắt (mắt kính và gọng kính)</li> <li>Hoặc một cặp kính áp tròng</li> </ul> </li> <li>Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm cho kính mắt</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám nội trú:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho ngày 1 - 90</li> </ul> </li> <li>Các dịch vụ ngoại trú: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần ngoại trú trị liệu theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ (không phải bác sĩ)</li> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi buổi trị liệu tâm thần theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho thời gian lưu trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn?</p>	<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi kỳ quyền lợi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 20</li> <li>Quý vị thanh toán \$100 mỗi ngày cho ngày 21 - 50</li> <li>Quý vị thanh toán \$200 mỗi ngày cho ngày 51 - 100</li> </ul>
<p><b>Vật lý trị liệu<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Phục hồi chức năng ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các dịch vụ phục hồi chức năng tim: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>Thăm khám trị liệu nghề nghiệp: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>Thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ: Quý vị thanh toán \$0</li> </ul>
<p><b>Xe cứu thương<sup>1</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Xe cứu thương?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$150 cho mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ</li> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi chuyến đi bằng đường hàng không</li> <li>Cần có sự cho phép trước đối với các chuyến đi không cấp cứu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Dịch vụ đưa đón<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Đưa đón?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm được chương trình chấp thuận</li> </ul>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Thuốc Phần B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho insulin Phần B</li> <li>Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho tất cả các loại thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị liệu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Thuốc theo toa Phần D		Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	
<b>Phí bảo hiểm Phần D</b>	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng		
<b>Giới hạn chi phí tự trả</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ phải thanh toán là bao nhiêu?	Giới hạn hàng năm của quý vị cho các loại thuốc Phần D trong chương trình này là \$2,000		
<b>Giai đoạn khấu trừ</b>	Không có khoản khấu trừ (Chương trình bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày ghi danh có hiệu lực)		
<b>Giai đoạn bảo hiểm ban đầu</b>	<b>Quý vị thanh toán các chi phí sau cho đến khi các chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000</b>		
	<b>Mua lẻ lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày</b>	<b>Đặt mua qua đường bưu điện lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày</b>	
Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên	\$0.00	\$0.00	
Bậc 2 - Thuốc gốc	\$6.00	\$5.00	
Bậc 3 - Thuốc biệt dược ưu tiên	\$45.00/Chọn Insulin: \$0	\$90.00/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên	\$90.00/Chọn Insulin: \$0	\$180.00/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 5 - Bậc thuốc chuyên khoa	33%	Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện không áp dụng cho các loại thuốc Bậc 5	
Bậc 6 - Chọn thuốc chăm sóc	\$3.00	\$0	
<b>Giai đoạn bảo hiểm tai ương</b>	<b>Khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000, quý vị sẽ thanh toán \$0</b>		

**Thông báo quan trọng về số tiền quý vị cần thanh toán cho Insulin** - Quý vị sẽ không phải thanh toán quá \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ, bất kể phần chia sẻ chi phí của sản phẩm đó thuộc bậc nào.

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<b>Bữa ăn giao đến tận nhà<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện</li> <li>• Chương trình đãi thọ tối đa \$105 cho mỗi kỳ quyền lợi</li> </ul>
<b>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$10 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà</li> </ul>
<b>Dịch vụ hỗ trợ tại nhà</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 48 giờ nhận dịch vụ hỗ trợ tại nhà bao gồm trợ giúp đưa đón, mua hàng tạp hóa, nhận thuốc, nhắc nhở chăm sóc, trợ giúp làm việc vặt và tập thể dục nhẹ nhàng</li> </ul>
<b>Thiết bị/vật tư y tế<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng Thiết bị y tế lâu bền (DME)<sup>1</sup>, như bình oxy hoặc xe lăn</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng chỉnh hình<sup>1</sup> như nẹp, tay chân giả</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho vật tư theo dõi bệnh tiểu đường<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám tình trạng Lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú tại một cơ sở cá nhân hoặc theo nhóm</li> </ul>
<b>Thuốc và vật tư không cần toa (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản trợ cấp \$130 ba tháng một lần thông qua danh mục đặt mua qua đường bưu điện OTC của chúng tôi</li> <li>• Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc phiếu chuyển tiền không được chấp nhận theo quyền lợi OTC này</li> <li>• Không được luân chuyển</li> </ul>
<b>Chăm sóc bàn chân định kỳ<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 6 lần thăm khám chăm sóc bàn chân định kỳ mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<b>Chương trình sức khỏe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&amp;Fit<sup>®</sup>. Chương trình Silver&amp;Fit do American Specialty Health Fitness, Inc cung cấp. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<b>Bảo hiểm toàn cầu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản bồi hoàn lên đến \$100,000 cho các chi phí đủ điều kiện với tiền đồng trả là \$0</li> <li>• Chỉ áp dụng cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết hoặc cấp cứu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.



**Imperial Giveback (HMO) 014**

<b>Phí bảo hiểm và Quyền lợi</b>	<b>Imperial Giveback (HMO)</b>
<p><b>Phí bảo hiểm</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>Phí bảo hiểm Phần D: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>Imperial Strong thanh toán \$100 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục thanh toán khoản chia sẻ chi phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình</li> </ul>
<p><b>Khoản Khấu Trừ</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vào năm 2024, khoản khấu trừ cho chương trình này là \$240. Số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Imperial Giveback sẽ thông báo cho quý vị khi Medicare công bố số tiền khấu trừ Phần B cho năm 2025</li> <li>Khoản khấu trừ Phần D: Quý vị thanh toán \$590</li> </ul>
<p><b>Chi phí tự trả tối đa</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ thanh toán là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mức cao nhất mà quý vị sẽ phải thanh toán mỗi năm cho các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$9,350</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện nội trú<sup>1,2</sup></b> Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi thanh toán bao nhiêu tiền?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>Quý vị thanh toán \$408 mỗi ngày cho ngày 61 - 90</li> <li>Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$816 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>Đây là số tiền cho năm 2024 và số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Chương trình sẽ thông báo cho quý vị sau khi Medicare thông báo số tiền này</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện ngoại trú<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> </ul>
<p><b>Trung tâm phẫu thuật cấp cứu<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% cho mỗi lần thăm khám được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Thăm khám với bác sĩ</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu để thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa<sup>1,2</sup>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> <li>Quý vị có tùy chọn nhận một số dịch vụ bằng dịch vụ thăm khám từ xa qua điện thoại hoặc video</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Giveback (HMO)
<p><b>Chăm sóc phòng ngừa<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc phòng ngừa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho dịch vụ tầm soát tăng nhãn áp, hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường, thực bari, khám trực tràng kỹ thuật số và EKG sau lần thăm khám đầu tiên</li> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ</li> </ul>
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc cấp cứu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí lên tới \$110</li> <li>Nếu quý vị nhập viện trong vòng 3 ngày, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ khẩn cấp cần thiết?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí lên tới \$45</li> <li>Nếu quý vị nhập viện trong vòng 3 ngày, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ chẩn đoán/Xét nghiệm/Chụp chụp<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ chẩn đoán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Xét nghiệm chẩn đoán</li> <li>Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI)</li> <li>Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>Các dịch vụ chụp X-quang điều trị</li> <li>Chụp X-quang</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thính giác<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thính giác hoặc Máy trợ thính?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ</li> <li>Chương trình đài thọ tối đa \$250</li> </ul> </li> <li>Trợ cấp cho máy trợ thính: Quý vị thanh toán \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ nha khoa</b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nha khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám định kỳ tại văn phòng. Các lần thăm khám tại văn phòng bao gồm khám, vệ sinh răng miệng, điều trị bằng florua và chụp X-quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$500 cho các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm</li> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật răng miệng/hàm mặt, dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$2000 mỗi năm</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Giveback (HMO)
<p><b>Dịch vụ thị lực</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thị lực? Trợ cấp kính mắt của tôi là bao nhiêu mỗi năm?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho dịch vụ thị lực được Medicare đài thọ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho chi phí khám mắt định kỳ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi năm cho:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một cặp kính mắt (mắt kính và gọng kính)</li> <li>• Một cặp kính áp tròng</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$240 mỗi năm</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám nội trú:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>• Quý vị thanh toán \$408 mỗi ngày cho ngày 61 - 90</li> <li>• Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$816 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>• Đây là số tiền cho năm 2024 và số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Chương trình sẽ thông báo cho quý vị sau khi Medicare thông báo số tiền này</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ ngoại trú: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần ngoại trú trị liệu theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho thời gian lưu trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn?</p>	<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi kỳ quyền lợi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 20</li> <li>• Quý vị thanh toán \$204 mỗi ngày cho ngày 21 - 100</li> <li>• Quý vị thanh toán 100% chi phí cho các ngày từ ngày 101 trở đi</li> <li>• Đây là số tiền cho năm 2024 và số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Chương trình sẽ thông báo cho quý vị sau khi Medicare thông báo số tiền này</li> </ul>
<p><b>Vật lý trị liệu<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Phục hồi chức năng ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ phục hồi chức năng tim</li> <li>• Thăm khám trị liệu nghề nghiệp</li> <li>• Vật lý trị liệu</li> <li>• Trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ</li> </ul> </li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Giveback (HMO)
<p><b>Xe cứu thương<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Xe cứu thương?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi chuyến đi bằng đường bộ hoặc đường hàng không</li> <li>• Cần có sự cho phép trước đối với các chuyến đi không cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Thuốc Phần B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho insulin Phần B</li> <li>• Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho tất cả các loại thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị liệu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Thuốc theo toa Phần D		Imperial Giveback (HMO)	
<b>Phí bảo hiểm Phần D</b>	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng		
<b>Giới hạn chi phí tự trả</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ phải thanh toán là bao nhiêu?	Giới hạn hàng năm của quý vị cho Phần D trong chương trình này là \$2,000		
<b>Giai đoạn khấu trừ</b>	Quý vị thanh toán \$590 cho các loại thuốc của quý vị trước khi chương trình bắt đầu thanh toán khoản chia sẻ của chương trình		
<b>Giai đoạn bảo hiểm ban đầu</b>	<b>Quý vị thanh toán các chi phí sau cho đến khi các chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000</b>		
	<b>Mua lẻ lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày</b>	<b>Đặt mua qua đường bưu điện lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày</b>	
Tất cả các loại Thuốc gốc, Thuốc biệt dược và Thuốc chuyên khoa	25%	25%	
<b>Giai đoạn bảo hiểm tai ương</b>	<b>Khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000, quý vị sẽ thanh toán \$0</b>		

**Thông báo quan trọng về số tiền quý vị cần thanh toán cho Insulin** - Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Giveback (HMO)
<b>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà</li> </ul>
<b>Dịch vụ hỗ trợ tại nhà</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 48 giờ nhận dịch vụ hỗ trợ tại nhà bao gồm trợ giúp đưa đón, mua hàng tạp hóa, nhận thuốc, nhắc nhở chăm sóc, trợ giúp làm việc lặt vặt và tập thể dục nhẹ nhàng</li> </ul>
<b>Thiết bị/vật tư y tế<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng Thiết bị y tế lâu bền (DME)<sup>1</sup>, như bình oxy hoặc xe lăn</li> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng chỉnh hình<sup>1</sup> như nẹp, tay chân giả</li> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho vật tư theo dõi bệnh tiểu đường<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám tình trạng Lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú tại một cơ sở cá nhân hoặc theo nhóm</li> </ul>
<b>Thuốc và vật tư không cần toa (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Khoản trợ cấp \$75 ba tháng một lần thông qua danh mục đặt mua qua đường bưu điện OTC của chúng tôi</li> <li>Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc phiếu chuyển tiền không được chấp nhận theo quyền lợi OTC này</li> <li>Không được luân chuyển</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

**Imperial Traditional (HMO) 007**

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Traditional (HMO)
<p><b>Phí bảo hiểm</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Phí bảo hiểm Phần D: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>• Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B</li> </ul>
<p><b>Khoản Khấu Trừ</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chương trình này không có khoản khấu trừ</li> </ul>
<p><b>Chi phí tự trả tối đa</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ thanh toán là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mức cao nhất mà quý vị sẽ phải thanh toán mỗi năm cho các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$1,499</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện nội trú<sup>1,2</sup></b> Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi thanh toán bao nhiêu tiền?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 3</li> <li>• Quý vị thanh toán \$150 cho ngày 4 - 5</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho ngày 6 - 90</li> <li>• Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện ngoại trú<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$100 mỗi lần thăm khám</li> </ul>
<p><b>Trung tâm phẫu thuật cấp cứu<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị trả \$100 cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Thăm khám với bác sĩ</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu tiền để thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa<sup>1,2</sup>: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Quý vị có tùy chọn nhận một số dịch vụ bằng dịch vụ thăm khám từ xa qua điện thoại hoặc video</li> </ul>
<p><b>Chăm sóc phòng ngừa</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc phòng ngừa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho dịch vụ tầm soát bệnh tăng nhãn áp<sup>1</sup>, hướng dẫn tự quản lý bệnh tiểu đường<sup>1</sup>, thụt bari<sup>1</sup>, khám trực tràng kỹ thuật số và EKG sau lần thăm khám đầu tiên</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Traditional (HMO)
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc cấp cứu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$125</li> <li>• Nếu quý vị nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ khẩn cấp cần thiết?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ chẩn đoán/Xét nghiệm/Chiếu chụp<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ chẩn đoán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xét nghiệm đường huyết/A1C</li> <li>• Tầm lipid</li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI, CT)</li> <li>• Chụp X-quang cho bệnh nhân ngoại trú</li> <li>• Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>• Xét nghiệm chẩn đoán</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang điều trị: Quý vị thanh toán 20%</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thính giác<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thính giác hoặc Máy trợ thính?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$250</li> </ul> </li> <li>• Trợ cấp cho máy trợ thính: Quý vị thanh toán \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ nha khoa</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nha khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám định kỳ tại văn phòng. Các lần thăm khám tại văn phòng bao gồm khám, vệ sinh răng miệng, điều trị bằng florua và chụp X-quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$500 cho các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật răng miệng/hàm mặt, dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$3000 mỗi năm</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.



Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Traditional (HMO)
<p><b>Dịch vụ thị lực</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thị lực? Trợ cấp kính mắt của tôi là bao nhiêu mỗi năm?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ thị lực được Medicare đài thọ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho chi phí khám mắt định kỳ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi năm cho:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một cặp kính mắt (mắt kính và gọng kính)</li> <li>• Hoặc một cặp kính áp tròng</li> </ul> </li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm cho kính mắt</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám nội trú:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare đài thọ cho 2 ngày đầu tiên quý vị nằm viện</li> <li>• Sau đó, quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 3</li> <li>• Quý vị thanh toán \$150 mỗi ngày cho ngày 4 - 5</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 6 - 90</li> <li>• Chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ ngoại trú: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần ngoại trú trị liệu theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ (không phải bác sĩ)</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi buổi trị liệu tâm thần theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho thời gian lưu trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn?</p>	<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi kỳ quyền lợi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 20</li> <li>• Quý vị thanh toán \$100 mỗi ngày cho ngày 21 - 50</li> <li>• Quý vị thanh toán \$200 mỗi ngày cho ngày 51 - 100</li> </ul>
<p><b>Vật lý trị liệu<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Phục hồi chức năng ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ phục hồi chức năng tim: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> <li>• Thăm khám trị liệu nghề nghiệp: Quý vị thanh toán \$10</li> <li>• Thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Traditional (HMO)
<p><b>Xe cứu thương<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Xe cứu thương?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$150 cho mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi chuyến đi bằng đường hàng không</li> <li>• Cần có sự cho phép trước đối với các chuyến đi không cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ đưa đón<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Đưa đón?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm được chương trình chấp thuận</li> </ul>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Thuốc Phần B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho insulin Phần B</li> <li>• Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho tất cả các loại thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị liệu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Thuốc theo toa Phần D		Imperial Traditional (HMO)	
<b>Phí bảo hiểm Phần D</b>	Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng		
<b>Giới hạn tự trả</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ phải thanh toán là bao nhiêu?	Giới hạn hàng năm của quý vị cho Phần D trong chương trình này là \$2,000		
<b>Giai đoạn khấu trừ</b>	Không có khoản khấu trừ (Chương trình bảo hiểm của quý vị bắt đầu vào ngày ghi danh có hiệu lực)		
<b>Giai đoạn bảo hiểm ban đầu</b>	<b>Quý vị thanh toán các chi phí sau cho đến khi các chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000</b>		
		<b>Mua lẻ lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày</b>	<b>Đặt mua qua đường bưu điện lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày</b>
Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên	\$0.00	\$0.00	
Bậc 2 - Thuốc gốc	\$10.00	\$10.00	
Bậc 3 - Thuốc biệt dược ưu tiên	\$45.00/Chọn Insulin: \$0	\$90.00/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên	\$90.00/Chọn Insulin: \$0	\$180.00/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 5 - Bậc thuốc chuyên khoa	33%	Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện không áp dụng cho các loại thuốc Bậc 5	
<b>Giai đoạn bảo hiểm tai ương</b>	<b>Khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000, quý vị sẽ thanh toán \$0</b>		

**Thông báo quan trọng về số tiền quý vị cần thanh toán cho Insulin** - Quý vị sẽ không phải thanh toán quá \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng đối với mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ, bất kể phần chia sẻ chi phí của sản phẩm đó thuộc bậc nào.

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Traditional (HMO)
<b>Bữa ăn giao đến tận nhà<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện</li> <li>• Chương trình đãi thọ tối đa \$105 cho mỗi kỳ quyền lợi</li> </ul>
<b>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$10 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà</li> </ul>
<b>Dịch vụ hỗ trợ tại nhà</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 48 giờ nhận dịch vụ hỗ trợ tại nhà bao gồm trợ giúp đưa đón, mua hàng tạp hóa, nhận thuốc, nhắc nhở chăm sóc, trợ giúp làm việc lặt vặt và tập thể dục nhẹ nhàng</li> </ul>
<b>Thiết bị/vật tư y tế<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng Thiết bị y tế lâu bền (DME)<sup>1</sup>, như bình oxy hoặc xe lăn</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng chỉnh hình<sup>1</sup> như nẹp, tay chân giả</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho vật tư theo dõi bệnh tiểu đường<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi buổi khám trong một cơ sở cá nhân hoặc theo nhóm</li> </ul>
<b>Thuốc và vật tư không cần toa (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản trợ cấp \$95 ba tháng một lần thông qua danh mục đặt mua qua đường bưu điện OTC của chúng tôi</li> <li>• Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc phiếu chuyển tiền không được chấp nhận theo quyền lợi OTC này</li> <li>• Không được luân chuyển</li> </ul>
<b>Chăm sóc bàn chân định kỳ<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 6 lần thăm khám chăm sóc bàn chân định kỳ mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<b>Chương trình sức khỏe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&amp;Fit®. Chương trình Silver&amp;Fit do American Specialty Health Fitness, Inc cung cấp. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

<b>Quyền lợi bổ sung</b>	<b>Imperial Traditional (HMO)</b>
<p><b>Bảo hiểm toàn cầu</b> Khoản bồi hoàn Bảo hiểm toàn cầu của tôi là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Khoản bồi hoàn lên đến \$100,000 cho các chi phí đủ điều kiện với \$20 tiền đồng trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và \$0 tiền đồng trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li><li>• Chỉ áp dụng cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết hoặc cấp cứu</li></ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

**Imperial Courage Plan (HMO) 016**

<b>Phí bảo hiểm và Quyền lợi</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<p><b>Phí bảo hiểm</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>Imperial Courage Plan thanh toán \$75 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục thanh toán khoản chia sẻ chi phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình</li> </ul>
<p><b>Khoản khấu trừ</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chương trình này không có khoản khấu trừ</li> </ul>
<p><b>Chi phí tự trả tối đa</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ thanh toán là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mức cao nhất mà quý vị sẽ phải thanh toán mỗi năm cho các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$2,999</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện nội trú<sup>1,2</sup></b> Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi thanh toán bao nhiêu tiền?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicare đài thọ cho 2 ngày đầu tiên quý vị nằm viện</li> <li>Sau đó, quý vị thanh toán \$150 mỗi ngày cho ngày 1 - 5</li> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 6 - 90</li> <li>Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện ngoại trú<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$200 mỗi lần nằm viện</li> </ul>
<p><b>Trung tâm phẫu thuật cấp cứu<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$200 cho mỗi lần thăm khám được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Thăm khám với bác sĩ</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu tiền để thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa<sup>1,2</sup>: Quý vị thanh toán \$5</li> <li>Quý vị có tùy chọn nhận một số dịch vụ bằng dịch vụ thăm khám từ xa qua điện thoại hoặc video</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Chăm sóc phòng ngừa</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc phòng ngừa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho dịch vụ tầm soát bệnh tăng nhãn áp<sup>1</sup>, hướng dẫn tự quản lý bệnh tiểu đường<sup>1</sup>, thụt bari<sup>1</sup>, khám trực tràng kỹ thuật số và EKG sau lần thăm khám đầu tiên</li> </ul>
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc cấp cứu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$125 mỗi lần thăm khám</li> <li>Nếu quý vị nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ khẩn cấp cần thiết?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi lần thăm khám</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ chẩn đoán/Xét nghiệm/Chụp chụp<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ chẩn đoán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Xét nghiệm đường huyết/A1C</li> <li>Tầm lipid</li> <li>Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI, CT)</li> <li>Chụp X-quang cho bệnh nhân ngoại trú</li> <li>Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>Xét nghiệm chẩn đoán</li> </ul> </li> <li>Các dịch vụ chụp X-quang điều trị: Quý vị thanh toán 20%</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thính giác<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thính giác hoặc Máy trợ thính?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 cho:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ</li> <li>Chương trình đài thọ tối đa \$250</li> </ul> </li> <li>Trợ cấp cho máy trợ thính: Quý vị thanh toán \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm dương lịch</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Dịch vụ nha khoa</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nha khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám định kỳ tại văn phòng. Các lần thăm khám tại văn phòng bao gồm khám, vệ sinh răng miệng, điều trị bằng florua và chụp X-quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$500 cho các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật răng miệng/hàm mặt, dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$1500 mỗi năm</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thị lực</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thị lực? Trợ cấp kính mắt của tôi là bao nhiêu mỗi năm?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ thị lực được Medicare đài thọ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho chi phí khám mắt định kỳ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi năm cho:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một cặp kính mắt (mắt kính và gọng kính)</li> <li>• Hoặc một cặp kính áp tròng</li> </ul> </li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$250 mỗi năm cho kính mắt</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám nội trú:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicare đài thọ cho 2 ngày đầu tiên quý vị nằm viện</li> <li>• Sau đó, quý vị thanh toán \$150 mỗi ngày cho ngày 1 - 5</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 6 - 90</li> <li>• Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$670 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ ngoại trú: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần ngoại trú trị liệu theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ (không phải bác sĩ)</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho mỗi buổi trị liệu tâm thần theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.



Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho thời gian lưu trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn?</p>	<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi kỳ quyền lợi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 20</li> <li>• Quý vị thanh toán \$200 mỗi ngày cho ngày 21 - 100</li> </ul>
<p><b>Vật lý trị liệu<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Phục hồi chức năng ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ phục hồi chức năng tim: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> <li>• Thăm khám trị liệu nghề nghiệp: Quý vị thanh toán \$10</li> <li>• Thăm khám vật lý trị liệu và trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> </ul>
<p><b>Xe cứu thương<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Xe cứu thương?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$150 cho mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi chuyến đi bằng đường hàng không</li> <li>• Cần có sự cho phép trước đối với các chuyến đi không cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ đưa đón<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Đưa đón?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm được chương trình chấp thuận</li> </ul>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Thuốc Phần B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho insulin Phần B</li> <li>• Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho tất cả các loại thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị liệu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Courage Plan (HMO)
<b>Bữa ăn giao đến tận nhà<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện</li> <li>• Chương trình đãi thọ tối đa \$105 cho mỗi kỳ quyền lợi</li> </ul>
<b>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$10 cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tại nhà</li> </ul>
<b>Thiết bị/vật tư y tế<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng Thiết bị y tế lâu bền (DME)<sup>1</sup>, như bình oxy hoặc xe lăn</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng chỉnh hình<sup>1</sup> như nẹp, tay chân giả</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho vật tư theo dõi bệnh tiểu đường<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám tình trạng Lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú tại một cơ sở cá nhân hoặc theo nhóm</li> </ul>
<b>Thuốc và vật tư không cần toa (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản trợ cấp \$75 ba tháng một lần thông qua danh mục đặt mua qua đường bưu điện OTC của chúng tôi</li> <li>• Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc phiếu chuyển tiền không được chấp nhận theo quyền lợi OTC này</li> <li>• Không được luân chuyển</li> </ul>
<b>Chăm sóc bàn chân định kỳ<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 6 lần thăm khám chăm sóc bàn chân định kỳ mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<b>Chương trình sức khỏe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&amp;Fit®. Chương trình Silver&amp;Fit do American Specialty Health Fitness, Inc cung cấp. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm toàn cầu</b></p> <p>Khoản bồi hoàn của tôi là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản bồi hoàn lên đến \$50,000 cho các chi phí đủ điều kiện với \$20 tiền đồng trả cho dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và \$0 tiền đồng trả cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> <li>• Chỉ áp dụng cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết hoặc cấp cứu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

**Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011**

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p><b>Phí bảo hiểm</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu mỗi tháng?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị thanh toán \$0 mỗi tháng</li> <li>Phí bảo hiểm Phần D: Quý vị thanh toán \$29.70 mỗi tháng</li> <li>Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B.</li> </ul>
<p><b>Khoản khấu trừ</b> Tôi cần thanh toán bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vào năm 2024, khoản khấu trừ cho chương trình này là \$240. Số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Imperial Dual Plan sẽ thông báo cho quý vị khi Medicare giải ngân số tiền khấu trừ Phần B cho năm 2025</li> <li>Khoản khấu trừ Phần D: Quý vị thanh toán \$590</li> </ul>
<p><b>Chi phí tự trả tối đa</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ thanh toán là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mức cao nhất mà quý vị sẽ phải thanh toán mỗi năm cho các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$2,999</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện nội trú<sup>1,2</sup></b> Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi thanh toán bao nhiêu tiền?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>Quý vị thanh toán \$408 mỗi ngày cho ngày 61 - 90</li> <li>Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$816 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>Đây là số tiền cho năm 2024 và số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Chương trình sẽ thông báo cho quý vị sau khi Medicare thông báo số tiền này</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm nằm viện ngoại trú<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> </ul>
<p><b>Trung tâm phẫu thuật cấp cứu<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám tại trung tâm phẫu thuật cấp cứu được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Thăm khám với bác sĩ</b> Tôi phải thanh toán bao nhiêu để thăm khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa<sup>1,2</sup>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí</li> <li>Quý vị có tùy chọn nhận một số dịch vụ bằng dịch vụ thăm khám từ xa qua điện thoại hoặc video</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p><b>Chăm sóc phòng ngừa<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc phòng ngừa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho dịch vụ tầm soát tăng nhãn áp, hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường, thực bari, khám trực tràng kỹ thuật số và EKG sau lần thăm khám đầu tiên</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phòng ngừa được đài thọ</li> </ul>
<p><b>Chăm sóc cấp cứu</b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Chăm sóc cấp cứu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí lên tới \$140</li> <li>• Nếu quý vị nhập viện trong vòng 3 ngày, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ khẩn cấp cần thiết</b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ khẩn cấp cần thiết?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí lên tới \$65</li> <li>• Nếu quý vị nhập viện trong vòng 3 ngày, quý vị không phải trả khoản chia sẻ chi phí cho dịch vụ chăm sóc cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ chẩn đoán/Xét nghiệm/Chụp chụp<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ chẩn đoán?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dịch vụ xét nghiệm</li> <li>• Xét nghiệm chẩn đoán</li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI)</li> <li>• Các dịch vụ chụp X-quang điều trị</li> <li>• Chụp X-quang</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Dịch vụ thính giác<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thính giác hoặc Máy trợ thính?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ</li> <li>• Trợ cấp cho máy trợ thính: Quý vị thanh toán \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$2,500 mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ nha khoa</b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nha khoa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị thanh toán \$0</li> <li>• Các dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị thanh toán \$0 cho các lần thăm khám định kỳ tại văn phòng. Các lần thăm khám tại văn phòng bao gồm khám, vệ sinh răng miệng, điều trị bằng florua và chụp X-quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$500 cho các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật răng miệng/hàm mặt, dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tối đa \$1500 mỗi năm</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p><b>Dịch vụ thị lực</b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Dịch vụ thị lực? Trợ cấp kính mắt của tôi là bao nhiêu mỗi năm?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho dịch vụ thị lực được Medicare đài thọ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho chi phí khám mắt định kỳ</li> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi năm cho:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một cặp kính mắt (mắt kính và gọng kính)</li> <li>• Một cặp kính áp tròng</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm cho kính mắt</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Dịch vụ sức khỏe tâm thần<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Thăm khám nội trú:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>• Quý vị thanh toán \$408 mỗi ngày cho ngày 61 - 90</li> <li>• Chương trình chúng tôi cung cấp tối đa 60 ngày Bảo lưu trọn đời. Quý vị thanh toán \$816 mỗi ngày cho ngày 1 - 60</li> <li>• Đây là số tiền cho năm 2024 và số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Chương trình sẽ thông báo cho quý vị sau khi Medicare thông báo số tiền này</li> </ul> </li> <li>• Các dịch vụ ngoại trú: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám sức khỏe tâm thần ngoại trú trị liệu theo cá nhân hoặc theo nhóm được Medicare đài thọ</li> </ul>
<p><b>Cơ sở điều dưỡng chuyên môn<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho thời gian lưu trú tại Cơ sở điều dưỡng chuyên môn?</p>	<p>Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong SNF cho mỗi kỳ quyền lợi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 mỗi ngày cho ngày 1 - 20</li> <li>• Quý vị thanh toán \$204 mỗi ngày cho ngày 21 - 100</li> <li>• Quý vị thanh toán 100% chi phí cho các ngày từ ngày 101 trở đi</li> <li>• Đây là số tiền cho năm 2024 và số tiền này có thể thay đổi vào năm 2025. Chương trình sẽ thông báo cho quý vị sau khi Medicare thông báo số tiền này</li> </ul>
<p><b>Vật lý trị liệu<sup>1,2</sup></b></p> <p>Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Phục hồi chức năng ngoại trú?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Các dịch vụ phục hồi chức năng tim</li> <li>• Thăm khám trị liệu nghề nghiệp</li> <li>• Vật lý trị liệu</li> <li>• Trị liệu ngôn ngữ và âm ngữ</li> </ul> </li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Phí bảo hiểm và Quyền lợi	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p><b>Xe cứu thương<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Xe cứu thương?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi chuyến đi bằng đường bộ hoặc đường hàng không</li> <li>• Cần có sự cho phép trước đối với các chuyến đi không cấp cứu</li> </ul>
<p><b>Dịch vụ đưa đón<sup>1,2</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho dịch vụ Đưa đón?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 100 chuyến đi một chiều đến các địa điểm được chương trình chấp thuận</li> </ul>
<p><b>Thuốc Medicare Phần B<sup>1</sup></b>                      Tôi phải thanh toán bao nhiêu cho Thuốc Phần B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho insulin Phần B</li> <li>• Quý vị phải thanh toán 20% tổng chi phí cho tất cả các loại thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị liệu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Thuốc theo toa Phần D		Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)	
<b>Phí bảo hiểm Phần D</b>	Quý vị thanh toán \$29.70		
<b>Giới hạn chi phí tự trả</b> Giới hạn về số tiền tôi sẽ phải thanh toán là bao nhiêu?	Giới hạn hàng năm của quý vị cho Phần D trong chương trình này là \$2,000		
<b>Giai đoạn khấu trừ</b>	Quý vị thanh toán \$590 cho các loại thuốc bậc 3 - 5 của quý vị trước khi chương trình bắt đầu thanh toán khoản chia sẻ của chương trình		
<b>Giai đoạn bảo hiểm ban đầu</b>	<b>Quý vị thanh toán các chi phí sau cho đến khi các chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000</b>		
	<b>Mua lẻ lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày</b>	<b>Đặt mua qua đường bưu điện lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày</b>	
Bậc 1 - Thuốc gốc ưu tiên	\$0	0%	
Bậc 2 - Thuốc gốc	\$0	0%	
Bậc 3 - Thuốc biệt dược ưu tiên	25%/Chọn Insulin: \$0	25%/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 4 - Thuốc không ưu tiên	25%/Chọn Insulin: \$0	25%/Chọn Insulin: \$0	
Bậc 5 - Bậc thuốc chuyên khoa	25%	Dịch vụ đặt mua qua đường bưu điện không áp dụng cho các loại thuốc Bậc 5	
<b>Giai đoạn bảo hiểm tai ương</b>	<b>Khi chi phí thuốc tự trả hàng năm của quý vị đạt \$2,000, quý vị sẽ thanh toán \$0</b>		

**Thông báo quan trọng về số tiền quý vị cần thanh toán cho Insulin** - Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 cho lượng thuốc đủ dùng trong một tháng cho mỗi sản phẩm insulin được chương trình của chúng tôi đài thọ, bất kể bậc chia sẻ chi phí, ngay cả khi quý vị chưa thanh toán khoản khấu trừ của mình.

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi bổ sung	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<b>Trợ cấp thực phẩm và nông sản</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị nhận được khoản trợ cấp \$460 mỗi 3 tháng trên thẻ trả trước từ Imperial</li> <li>• Để đủ điều kiện, quý vị phải đáp ứng một trong các điều kiện sau: Lệ thuộc vào rượu hoặc chất gây nghiện khác mãn tính; Rối loạn tự miễn; Ung thư; Rối loạn tim mạch; Suy tim mãn tính; Chứng mất trí; Tiểu đường; Bệnh gan giai đoạn cuối; Bệnh thận giai đoạn cuối (ESRD); Rối loạn huyết học nặng; HIV/AIDS; Rối loạn phổi mãn tính; Bệnh trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và khuyết tật; Rối loạn thần kinh; hoặc Đột quy</li> </ul>
<b>Bữa ăn giao đến tận nhà<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Có \$0 tiền đồng thanh toán cho tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện</li> <li>• Chương trình đài thọ tối đa \$105 cho mỗi kỳ quyền lợi</li> </ul>
<b>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà</li> </ul>
<b>Dịch vụ hỗ trợ tại nhà</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa 60 giờ nhận dịch vụ hỗ trợ tại nhà bao gồm trợ giúp đưa đón, mua hàng tạp hóa, nhận thuốc, nhắc nhở chăm sóc, trợ giúp làm việc lặt vặt và tập thể dục nhẹ nhàng</li> </ul>
<b>Thiết bị/vật tư y tế<sup>1</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng Thiết bị y tế lâu bền (DME)<sup>1</sup>, như bình oxy hoặc xe lăn</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi vật dụng chỉnh hình<sup>1</sup> như nẹp, tay chân giả</li> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho vật tư theo dõi bệnh tiểu đường<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Điều trị tình trạng lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí cho mỗi lần thăm khám tình trạng Lạm dụng chất gây nghiện ngoại trú tại một cơ sở cá nhân hoặc theo nhóm</li> </ul>
<b>Thuốc và vật tư không cần toa (OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản trợ cấp \$140 ba tháng một lần thông qua danh mục đặt mua qua đường bưu điện OTC của chúng tôi</li> <li>• Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc phiếu chuyển tiền không được chấp nhận theo quyền lợi OTC này</li> <li>• Không được luân chuyển</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.



Quyền lợi bổ sung	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<b>Thiết bị phản ứng khẩn cấp cá nhân</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 1 thiết bị mỗi năm</li> </ul>
<b>Chăm sóc bàn chân định kỳ<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho 6 lần thăm khám chăm sóc bàn chân định kỳ mỗi năm dương lịch</li> </ul>
<b>Chương trình sức khỏe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị thanh toán \$0 cho tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&amp;Fit<sup>®</sup>. Chương trình Silver&amp;Fit do American Specialty Health Fitness, Inc cung cấp. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>
<p><b>Bảo hiểm toàn cầu</b></p> <p>Khoản bồi hoàn Bảo hiểm toàn cầu của tôi là bao nhiêu?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khoản bồi hoàn lên đến \$100,000 cho các chi phí đủ điều kiện với tiền đồng trả là \$0</li> <li>• Chỉ áp dụng cho các dịch vụ khẩn cấp cần thiết hoặc cấp cứu</li> </ul>

Các dịch vụ đánh số <sup>1</sup> có thể cần phải có sự cho phép trước. Các dịch vụ đánh số <sup>2</sup> có thể cần phải có giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

## Bản tóm tắt quyền năm 2025

---

Imperial Health liên tục xem xét cách công nghệ trong các thiết bị và dịch vụ mới có thể tăng cường cải thiện sức khỏe cho các hội viên của chúng tôi. Để biết danh sách những thiết bị được cung cấp cho quý vị, vui lòng gọi số 1-800-838-8271, (TTY: 711), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, thứ Hai đến Chủ Nhật, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương hoặc từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, thứ Hai - thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày lễ.

Imperial Health Plan of California, Inc. là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Thông tin trong tài liệu này không mô tả đầy đủ về các phúc lợi. Hãy gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711) để biết thêm thông tin về các giới hạn, tiền đồng thanh toán và hạn chế có thể được áp dụng. Các quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc tiền đồng thanh toán/tiền đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 hàng năm.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

**VUI LÒNG CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số 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

## Cách Ghi danh và Điều gì Xảy ra Sau khi Ghi danh

Ghi danh vào một trong các chương trình của Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) Các chương trình MAPD rất dễ dàng. Vui lòng sử dụng một trong các phương thức ghi danh dưới đây:

- 1. Điện thoại** Hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-838-5914 và chúng tôi sẽ hoàn tất đơn đăng ký với quý vị qua điện thoại
- 2. On-line** Truy cập [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com) hoặc [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) để biết các tùy chọn ghi danh trực tuyến
- 3. Fax** Hoàn tất đơn ghi danh và fax đến số 1-626-380-9066
- 4. Email** Hoàn tất đơn ghi danh và gửi email tới địa chỉ [enrollmentunit@imperialhealthplan.com](mailto:enrollmentunit@imperialhealthplan.com)
- 5. Bưu điện** Hoàn tất đơn ghi danh và gửi qua đường bưu điện:  
Imperial Health Plan of California  
Attention: Phòng Hội viên  
PO Box 60874  
Pasadena, CA 91106

## Điều gì sẽ xảy ra sau khi hoàn thành đơn đăng ký ghi danh?

Sau khi quý vị đã hoàn tất và nộp đơn ghi danh cho Imperial, điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

- 1. Xác nhận Ghi danh:** Chúng tôi sẽ xác nhận việc ghi danh của quý vị dựa trên các tiêu chí ghi danh
- 2. Thư Công Nhận/Xác Nhận, Chứng Từ Bảo Hiểm (EOC), Thẻ Hội Viên, Danh Bạ Nhà Cung Cấp/Nhà Thuốc & Danh Mục Thuốc:** Khi việc ghi danh được xác nhận, chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thư Công nhận/Xác nhận để xác nhận việc ghi danh của quý vị. Thư này sẽ bao gồm chương trình mà quý vị đã chọn và số ID Hội viên của quý vị. Nếu vì bất kỳ lý do gì mà đơn đăng ký của quý vị không được chấp nhận, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị, bao gồm cả (các) lý do. EOC sẽ bao gồm Thẻ Hội viên chương trình của quý vị, Danh bạ Nhà cung cấp/Nhà thuốc và Danh mục Thuốc. Những cuốn sách này có tất cả những thông tin cần thiết cho việc sử dụng các phúc lợi chương trình của quý vị. Vui lòng luôn mang theo Thẻ ID Hội Viên. Thẻ ID Hội Viên của quý vị được sử dụng cho tất cả các dịch vụ y tế bao gồm thăm khám bác sĩ, nằm viện, cấp cứu và nhà thuốc.
- 3. Gọi điện thoại:** Đại diện của Imperial sẽ gọi cho quý vị trong vòng 7 đến 10 ngày làm việc kể từ khi việc ghi danh của quý vị được xác nhận. Người đại diện của Imperial sẽ thông báo cho quý vị biết rằng quý vị có thể bắt đầu nhận các dịch vụ và họ sẽ sẵn lòng giúp quý vị sắp xếp buổi thăm khám đầu tiên của quý vị với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP), cũng như giải đáp bất kỳ thắc mắc nào mà quý vị có thể có.



## **Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP) Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh**

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hoàn toàn hiểu rõ các quyền lợi và quy định của chúng tôi. Nếu có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi điện và nói chuyện với đại diện Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-838-8271 (Người dùng TTY xin gọi 711).

### **Hiểu rõ quyền lợi**

- Xem lại danh sách đầy đủ các quyền lợi trong Chứng từ bảo hiểm (EOC), đặc biệt là đối với những dịch vụ yêu cầu quý vị thường xuyên đến gặp bác sĩ. Truy cập [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com) hoặc gọi 1-800-838-8271 để xem bản sao của EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo các bác sĩ mà quý vị hiện đang thăm khám đều nằm trong mạng lưới. Nếu các bác sĩ này không có tên trong danh sách, điều đó có nghĩa là quý vị sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- Xem lại danh mục nhà thuốc để đảm bảo nhà thuốc mà quý vị sử dụng để mua thuốc kê toa bắt kỳ có nằm trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không có tên trong danh sách, quý vị có thể phải chọn một nhà thuốc mới để mua thuốc kê toa.

### **Hiểu rõ các quy định quan trọng**

- Ngoài phí bảo hiểm hàng tháng, quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Phần B. Phí bảo hiểm này thường được khấu trừ từ séc An sinh xã hội của quý vị vào mỗi tháng.
- Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc tiền đồng trả/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 Tháng Một, 2025.
- Ngoại trừ các trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi không đòi hỏi cho các dịch vụ của nhà cung cấp dịch vụ ngoài mạng lưới (các bác sĩ không được liệt kê trong danh mục nhà cung cấp).
- Đây là chương trình đáp ứng nhu cầu đặc biệt cho người mắc bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên kết quả xác minh rằng quý vị đang mắc một bệnh trạng mạn tính nghiêm trọng hoặc tình trạng khuyết tật cụ thể đủ điều kiện.
- Chương trình này là chương trình đáp ứng nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên kết quả xác minh rằng quý vị được hưởng cả trợ cấp y tế và Medicare từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid.



- **Ảnh hưởng đến phạm vi bảo hiểm hiện tại.** Nếu quý vị hiện đang ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage, bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicare Advantage hiện tại của quý vị sẽ kết thúc sau khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Nếu quý vị đã có Tricare, bảo hiểm của quý vị có thể bị ảnh hưởng khi bảo hiểm Medicare Advantage mới của quý vị bắt đầu. Vui lòng liên hệ Tricare để biết thêm thông tin. Sau khi bảo hiểm Medicare Advantage của quý vị bắt đầu, nếu quý vị đã tham gia chương trình Medigap, quý vị có thể muốn hủy hợp đồng Medigap của mình vì quý vị sẽ phải thanh toán cho khoản bảo hiểm mà quý vị không thể sử dụng.



## Xác nhận tình trạng đủ điều kiện hưởng một giai đoạn ghi danh

**Thông thường, quý vị chỉ được ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm.** Có những trường hợp ngoại lệ cho phép quý vị được ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này.

Xin đọc cẩn thận những câu sau đây rồi đánh dấu vào ô nếu câu đó phù hợp với quý vị. Bằng việc chọn bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo tất cả những gì quý vị biết, quý vị đủ điều kiện để được hưởng một Giai đoạn ghi danh. Nếu sau này chúng tôi biết được rằng thông tin đó không chính xác, quý vị có thể sẽ bị hủy ghi danh.

- Tôi là hội viên mới của Medicare.
- Tôi ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Khoảng thời gian ghi danh mở vào Medicare Advantage (MA OEP)
- Gần đây, tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình tôi đang tham gia hoặc gần đây tôi đã chuyển nhà và chương trình này là một lựa chọn mới của tôi. Tôi đã chuyển nhà vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Gần đây tôi đã được thả ra sau khi bị giam giữ. Tôi đã được thả vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi mới trở về Hoa Kỳ sau một thời gian sống lâu bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi mới được nhận tình trạng hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi đã có được tình trạng này vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi mới có thay đổi về Medicaid (mới nhận Medicaid, đã thay đổi mức hỗ trợ của Medicaid hoặc mất Medicaid) vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi mới có thay đổi về Trợ cấp đặc biệt thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare (mới nhận Trợ cấp đặc biệt, đã thay đổi mức Trợ cấp đặc biệt hoặc mất Trợ cấp đặc biệt) vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare cho tôi) hoặc tôi nhận Trợ cấp đặc biệt thanh toán bảo hiểm thuốc kê toa Medicare của tôi, nhưng tôi vẫn chưa có thay đổi gì.
- Tôi chuyển vào, sống ở hoặc gần đây đã dọn ra khỏi Cơ sở chăm sóc dài hạn (ví dụ như viện điều dưỡng hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Gần đây, tôi đã rời khỏi một chương trình chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi (PACE) vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Gần đây, tôi đã vô tình để mất bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy (bảo hiểm tốt ngang với bảo hiểm của Medicare) của tôi. Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi đã rút khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn của mình vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi thuộc chương trình trợ cấp tiền thuốc do tiểu bang của tôi cung cấp.
- Chương trình của tôi sẽ kết thúc hợp đồng với Medicare hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi.
- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh chương trình đó vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi được ghi danh vào một Chương trình nhu cầu đặc biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn đáp ứng tiêu chuẩn về nhu cầu đặc biệt mà chương trình đó đòi hỏi nữa. Tôi bị hủy ghi danh khỏi SNP vào (ghi ngày) \_\_\_\_\_.
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi trường hợp khẩn cấp hoặc thiên tai nghiêm trọng liên quan đến thời tiết (theo tuyên bố của Cơ quan Quản lý Tình trạng Khẩn cấp Liên bang (FEMA)). Một trong những câu khác bên trên áp dụng với tôi, nhưng tôi đã không thể ghi danh vì thiên tai.



Nếu không có câu nào trong số này phù hợp với quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) theo số 1-800-838-5914, TTY:711, để xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh không. Chúng tôi mở cửa từ ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3: Thứ Hai – Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương và ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9: Thứ Hai – Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương, trừ ngày lễ.



### **Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?**

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

#### **Để tham gia chương trình, quý vị phải:**

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

**Quan trọng:** Để tham gia Chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả hai:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm y tế)

### **Khi nào tôi sử dụng mẫu đơn này?**

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Trong khoảng thời gian từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm (để bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu nhận Medicare
- Trong một số trường hợp khi quý vị được phép tham gia hoặc đổi chương trình

Vui lòng truy cập trang Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký chương trình.

### **Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?**

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh dương)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị

**Lưu ý:** Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là không bắt buộc – quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm chỉ vì không điền vào.

### **Nhắc nhở:**

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn tính phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc quyền lợi An sinh xã hội (hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt) hàng tháng của quý vị.

### **Điều gì sẽ xảy ra kế tiếp?**

Gửi mẫu đơn đã điền và ký của quý vị đến:

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

Attention: Enrollment

PO Box 60874

Pasadena, CA 91116

Email: [Enrollmentunit@imperialhealthplan.com](mailto:Enrollmentunit@imperialhealthplan.com)

Sau khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên lạc với quý vị.

### **Làm cách nào để nhận trợ giúp về mẫu đơn này?**

Vui lòng gọi cho Imperial Health Plan theo số 1-800-838-5197. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

Hoặc gọi Medicare tại 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 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.

### **Các cá nhân gặp phải tình trạng vô gia cư**

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú thì Hòm thư bưu điện, địa chỉ nơi tạm trú hoặc phòng khám hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (như séc an sinh xã hội) có thể được cân nhắc làm địa chỉ thường trú của quý vị.

### **QUAN TRỌNG**

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Thẩm duyệt Báo cáo theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ (PRA). Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện mẫu đơn này hoặc gánh nặng thu thập (nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Những mục đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem “Điều gì sẽ xảy ra kế tiếp?” trên trang này để gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị cho chương trình.

**Phần 1 – Tất cả các trường trên trang này là bắt buộc phải điền vào (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)**

**Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:**

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



TÊN: \_\_\_\_\_ HỌ: \_\_\_\_\_ Không bắt buộc: Tên đệm viết tắt: \_\_\_\_\_  
 Ngày sinh: (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ Giới tính: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_)  Nam  Nữ ( )

Địa chỉ đường phố của nơi Thường trú (Không nhập địa chỉ Hòm thư bưu điện. Lưu ý: Đối với những người vô gia cư, Hòm thư bưu điện có thể được coi là địa chỉ thường trú.):

Thành phố: \_\_\_\_\_ Không bắt buộc: Quận: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã ZIP: \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư, nếu khác địa chỉ thường trú của quý vị (Cho phép sử dụng Hòm thư bưu điện):

Địa chỉ đường phố: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã ZIP: \_\_\_\_\_

**Thông tin về Medicare của quý vị:**

Số Medicare: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Trả lời các câu hỏi quan trọng sau đây:**

Quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa khác (như VA, TRICARE) ngoài bảo hiểm Imperial Health Plan không?

- Có  Không

Tên của bảo hiểm khác: \_\_\_\_\_ Mã số hội viên trong bảo hiểm này: \_\_\_\_\_ Mã số nhóm trong bảo hiểm này \_\_\_\_\_

Quý vị có bị Rối loạn tim mạch, Suy tim mạn tính và/hoặc Tiểu đường không? .....  Có  Không

**QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên xuống bên dưới:**

- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia Imperial Health Plan.
- Bằng cách tham gia chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng Imperial Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán và cho các mục đích khác được phép theo luật Liên bang (luật cho phép thu thập thông tin này) (xem Tuyên bố về Đạo luật Bảo vệ Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị cho mẫu đơn này dựa trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng mỗi lần tôi chỉ được ghi danh vào một chương trình MA – và việc ghi danh tham gia chương trình này sẽ tự động chấm dứt quyền ghi danh tham gia chương trình MA khác của tôi (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).

- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Imperial Health Plan của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc kê toa của mình từ Imperial Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Imperial Health Plan cung cấp và được đề cập trong tài liệu “Chứng từ bảo hiểm” Imperial Health Plan của tôi (hay còn được gọi là hợp đồng của hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Imperial Health Plan đều không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin ghi trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo tất cả những gì tôi biết. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch vào mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu có chữ ký của người đại diện được ủy quyền (như đã mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
  - 1) Người này được ủy quyền theo luật pháp Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh này và
  - 2) Tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

**Chữ ký:**

**Hôm nay là ngày:**

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên vào phần bên trên và điền vào các ô trống sau:

Họ tên:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Mối quan hệ với người ghi danh:

## **Phần 2 – Tất cả các trường trong phần này là không bắt buộc**

**Trả lời các câu hỏi này hay không là tùy thuộc vào quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền vào.**

Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc có gốc là quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp.

- |                                                                                                                            |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Không, tôi không phải người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc có gốc là quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, tôi là người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano |
| <input type="checkbox"/> Có, tôi là người Puerto Rica                                                                      | <input type="checkbox"/> Có, tôi là người Cuba                                       |
| <input type="checkbox"/> Có, tôi là người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha khác                 |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Tôi không muốn trả lời</b>                                                                     |                                                                                      |

Quý vị thuộc chủng tộc nào? Chọn tất cả các lựa chọn phù hợp.

Người Mỹ bản địa hoặc Người Alaska Bản xứ:

Người châu Á:

- Người Ấn gốc Á
- Người Trung Quốc
- Người Philipines
- Người Nhật
- Người Hàn
- Người Việt
- Người Châu Á Khác

Người Mỹ da đen hoặc người Mỹ gốc Phi Người Hawaii bản xứ và Người dân Đảo Thái Bình Dương:

- Người dân Đảo Guam hoặc Chamorro
- Người Hawaii bản xứ
- Người Samoan
- Người dân Đảo Thái Bình Dương khác
- Người da trắng
- Tôi không muốn trả lời**

Giới tính của quý vị là gì? Vui lòng chọn một.

Nữ

Nam

Phi nhị nguyên giới

Tôi sử dụng thuật ngữ khác:

**Tôi không muốn trả lời**

Câu nào sau đây miêu tả đúng nhất cách quý vị nghĩ về bản thân? Vui lòng chọn một.

Đồng tính nữ hoặc đồng tính nam

Thăng, nghĩa là không phải đồng tính nam hay đồng tính nữ

Lưỡng tính

Tôi sử dụng thuật ngữ khác:

Tôi không biết

**Tôi không muốn trả lời**

Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Tiếng Tây Ban Nha

Khác: \_\_\_\_\_

Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng định dạng dễ sử dụng.

Chữ nổi Braille

Bản in khổ chữ lớn

CD âm thanh

CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Imperial Health Plan theo số 1-800-838-8271 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ sử dụng khác với những định dạng được liệt kê bên trên. Giờ làm việc của chúng tôi bắt đầu từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai – Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: Thứ Hai – Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, trừ ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi số 711.

Quý vị có việc làm không?  Có  Không Vợ/chồng của quý vị có việc làm không?  Có  Không

Liệt kê Bác sĩ chăm sóc chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị:

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email. Chọn một hoặc nhiều lựa chọn.

Có, tôi muốn nhận Bộ tài liệu ghi danh cho hội viên mới – Chứng từ bảo hiểm (EOC), Danh mục thuốc toàn diện và Danh bạ nhà cung cấp/nhà thuốc qua Cổng thông tin hội viên trực tuyến.

Địa chỉ email: \_\_\_\_\_

## ĐÓNG PHÍ BẢO HIỂM CHƯƠNG TRÌNH

Quý vị có thể đóng phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm tiền phạt do ghi danh muộn mà quý vị đang hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn đóng phí bảo hiểm bằng cách tự động trừ tiền từ quyền lợi An sinh xã hội hoặc Ban Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB) vào mỗi tháng.**

## Phần chỉ dành cho những cá nhân giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này

Vui lòng hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (ví dụ như đại lý bảo hiểm, người môi giới, nhân viên tư vấn của Chương trình hỗ trợ bảo hiểm y tế của tiểu bang [SHIP], thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào mẫu đơn này.

Họ tên:

Mối quan hệ với người ghi danh:

Chữ ký:

Mã số nhà sản xuất quốc gia (chỉ dành cho Đại lý bảo hiểm/Nhà môi giới):

## TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng ghi danh vào Medicare Advantage (MA) Plan, cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các quyền lợi Medicare. Phần 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội, cũng như 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (SORN) “Thuốc kê toa Medicare Advantage (MARx)”, Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị cho mẫu đơn này dựa trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải hồi đáp việc thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ đối với việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian dự kiến cần để hoàn thành mẫu thông tin này là trung bình 20 phút cho mỗi hồi đáp, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu sẵn có và thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về độ chính xác của (các) khoảng thời gian dự kiến hay các gợi ý để cải thiện mẫu đơn này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. **VUI LÒNG CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 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).



## Công cụ đánh giá tính đủ tiêu chuẩn trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

Quý vị phải nộp mẫu đơn này cùng với đơn ghi danh cho chương trình Senior Value 005 của Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP).

Phần điền của người nộp đơn		
Tên:	Tên đệm viết tắt:	Họ:
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày sinh:	Số điện thoại:

Địa chỉ:

Thành phố:

Tiểu bang:

Mã Zip

### Câu hỏi đánh giá tư cách đủ tiêu chuẩn về mặt lâm sàng

Nếu mắc bất kỳ bệnh nào sau đây, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình 005 của IHP. Trước khi kết thúc tháng đầu tiên trong giai đoạn ghi danh, IHP sẽ xác nhận với bác sĩ hành nghề được cấp phép được chỉ định cho quý vị rằng quý vị mắc tình trạng đủ tiêu chuẩn cần thiết để ghi danh vào chương trình SNP dành cho người mắc bệnh mạn tính của IHP 005. Nếu vào bất kỳ lúc nào hoặc vào một thời điểm nào đó về sau, quý vị được xác định là không mắc tình trạng đủ tiêu chuẩn, quý vị sẽ không còn đủ điều kiện tham gia chương trình SNP dành cho người mắc bệnh mạn tính 005 của IHP nữa và IHP sẽ được yêu cầu hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình 005.

Vui lòng đánh dấu vào ô trống để cho biết các tình trạng mà bác sĩ của quý vị đã nói rằng quý vị có thể mắc:

- Tiểu đường** (lượng đường trong máu cao)
- Suy tim mạn tính**
  - Tăng huyết áp (huyết áp cao)
- Rối loạn tim mạch**
  - Rối loạn nhịp tim (đánh trống ngực, nhát đập ngoại lai, rung nhĩ, cuồng động nhĩ, nhịp tim nhanh hoặc chậm, máy tạo nhịp tim, máy khử rung tim, ngắt xiu)
  - Bệnh động mạch vành (đau tim, đặt stent, phẫu thuật tim)
  - Bệnh mạch máu ngoại biên (tuần hoàn kém)
  - Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính (cục máu đông)
  - Tiền sử đột quỵ
  - Máu nhiễm mỡ (Nồng độ cholesterol cao)

### Câu hỏi về thuốc

1. Quý vị hiện có đang dùng hoặc đã từng dùng thuốc điều trị một căn bệnh được liệt kê ở trên không?  Có  Không
2. Quý vị có từng được tiêm insulin không?  Có  Không
3. Quý vị có từng dùng Metformin không?  Có  Không
4. Quý vị hiện đang dùng những loại thuốc nào?

Tên bác sĩ:

Số điện thoại:

Số fax:

Địa chỉ bác sĩ:





## Công cụ đánh giá tính đủ tiêu chuẩn trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

### Quyết định cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của người nộp đơn

Tôi cho phép nhà cung cấp có tên nêu trên tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho IHP để xác minh rằng tôi đã được chẩn đoán mắc bệnh mạn tính đủ tiêu chuẩn để tôi ghi danh vào IHP. Quyết định cho phép này áp dụng đối với tất cả mọi thông tin sức khỏe được nhà cung cấp lưu trữ liên quan đến tiền sử bệnh của tôi về (các) bệnh mạn tính được liệt kê bên trên.

Tên viết in hoa của người nộp đơn

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

### Thông tin người nộp đơn

Tên:

Họ:

Ngày sinh:

### Phần điền của bác sĩ hành nghề được cấp phép

Tên bác sĩ:

Số điện thoại:

Số fax:

Địa chỉ bác sĩ:

Theo đây, tôi xin xác nhận rằng người nộp đơn bên trên có (các) bệnh mạn tính đủ tiêu chuẩn sau đây.

Người nộp đơn mắc bệnh:

**Tiểu đường** (lượng đường trong máu cao)

**Suy tim mạn tính**

- Tăng huyết áp (huyết áp cao)

**Rối loạn tim mạch**

- Rối loạn nhịp tim (đánh trống ngực, nhát đập ngoại lai, rung nhĩ, cuồng động nhĩ, nhịp tim nhanh hoặc chậm, máy tạo nhịp tim, máy khử rung tim, ngắt xiu)
- Bệnh động mạch vành (đau tim, đặt stent, phẫu thuật tim)
- Bệnh mạch máu ngoại biên (tuần hoàn kém)
- Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính (cục máu đông)
- Tiền sử đột quỵ
- Máu nhiễm mỡ (Nồng độ cholesterol cao)

Tên viết in hoa của bác sĩ

Chữ ký:

Ngày thăm khám cho người nộp đơn:

***Gửi Công cụ đánh giá tới Phòng Hội viên của IHP theo số 1-626-380-9066***

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-838-8271, TTY: 711, ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3: Thứ Hai – Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương và ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9: Thứ Hai – Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương, Thứ Bảy – Chủ Nhật, từ 10 giờ sáng đến 2 giờ chiều theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương, trừ ngày lễ.

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.







## **Công cụ đánh giá tính đủ tiêu chuẩn trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California (HMO SNP)**

**VUI LÒNG CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 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)。





Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ quý vị được cấp.

### Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)

Ngày:		Mã hội viên:		Ngày có hiệu lực của chương trình:	
Tên:		Họ:		Ngày sinh:	
Giới tính:		Số điện thoại nhà:		Số điện thoại khác:	
<b>Phần 1 Đặc điểm cá nhân</b>					
1	Quý vị có phải là người Tây Ban Nha hoặc người Latinh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này	2	Quý vị thuộc (các) chủng tộc nào? Đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp. <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản xứ <input type="checkbox"/> Người dân Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người da đen/Người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người da trắng <input type="checkbox"/> Người Mỹ bản địa/Người Alaska Bản xứ <input type="checkbox"/> Khác (vui lòng viết rõ): <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này		
<b>Phần 2 Câu hỏi về sức khỏe</b>					
3	Quý vị hiện mắc hoặc đã từng mắc những bệnh lý nào? (Vui lòng cho biết tất cả các lựa chọn phù hợp.) <input type="checkbox"/> Hen suyễn <input type="checkbox"/> Tiểu đường <input type="checkbox"/> Đột quỵ <input type="checkbox"/> Lưỡng cực <input type="checkbox"/> Vấn đề về thính giác <input type="checkbox"/> Vấn đề về thị lực <input type="checkbox"/> Ung thư <input type="checkbox"/> Suy tim <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD)/Khí thũng <input type="checkbox"/> Tăng huyết áp <input type="checkbox"/> Bệnh động mạch vành <input type="checkbox"/> Chứng mất trí				
<b>Phần 3 Câu hỏi về sức khỏe khác</b>					
4	Nhìn chung, quý vị đánh giá sức khỏe của mình như thế nào? <input type="checkbox"/> Xuất sắc <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Kém	5	(Chỉ dành cho nữ) Quý vị hiện có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
6	Thị lực của quý vị thế nào? <input type="checkbox"/> Xuất sắc <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Kém	7	Quý vị có tiêm bất kỳ loại vắc-xin nào sau đây trong năm nay không? <b>Cúm</b> <b>Viêm phổi</b> <b>COVID (Nhà sản xuất: ____)</b> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không		
8	Quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	9	Quý vị dùng bao nhiêu loại thuốc theo toa? <input type="checkbox"/> 1-2 loại <input type="checkbox"/> 2-3 loại <input type="checkbox"/> 4 loại trở lên		
10	Quý vị có bị đau không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có Vị trí đau: _____	11	Quý vị đã từng nhập viện: <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Một lần <input type="checkbox"/> Hai lần trở lên ____  Quý vị đã từng được đưa đến phòng cấp cứu chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		





12	<p>Quý vị có hay té ngã không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
13	<p>Quý vị có người thân hoặc người khác sẵn sàng và có thể giúp đỡ quý vị khi cần không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
14	<p>Quý vị có từng nghĩ rằng người chăm sóc của mình gặp khó khăn trong hỗ trợ nhu cầu của quý vị không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

**Phần 4 Nhà ở**

15	<p>Tình trạng nhà ở hiện nay của quý vị như thế nào?</p> <input type="checkbox"/> Tôi không có nhà ở (tôi đang ở với người khác, trong khách sạn, trong nơi tạm trú, sống ngoài đường, trên bãi biển, trong xe hơi, tòa nhà bỏ hoang, xe buýt hoặc ga xe lửa hoặc trong công viên) <input type="checkbox"/> Hiện tôi có nhà ở nhưng tôi lo lắng sẽ mất nhà ở trong tương lai <input type="checkbox"/> Tôi có nhà ở	16	<p>Quý vị sống ở:</p> <input type="checkbox"/> Một nhà chung cư độc lập, căn hộ hoặc nhà di động <input type="checkbox"/> Căn hộ hoặc nhà trọ tập thể có dịch vụ hỗ trợ sinh hoạt và cơ sở chăm sóc <input type="checkbox"/> Viện dưỡng lão <input type="checkbox"/> Khác: _____
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Phần 5 Thực phẩm**

17	<p>Trong 12 tháng qua, quý vị lo lắng rằng thực phẩm sẽ hết trước khi có tiền để mua thêm.</p> <input type="checkbox"/> Thường xuyên <input type="checkbox"/> Đôi khi <input type="checkbox"/> Không bao giờ
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Phần 6 Dịch vụ tiện ích**

18	<p>Trong 12 tháng qua, các công ty điện, ga, dầu hoặc nước có cảnh báo ngừng cung cấp dịch vụ cho nhà quý vị không?</p> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Đã ngừng
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Phần 7 Di chuyển**

19	<p>Trong 12 tháng qua, quý vị có gặp tình huống không thể đến các cuộc hẹn y tế, cuộc họp, nơi làm việc hoặc không thể mua được những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày do thiếu phương tiện di chuyển hay không? (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)</p> <input type="checkbox"/> Có, việc đó đã khiến tôi không thể đến các cuộc hẹn y tế hoặc đi mua thuốc <input type="checkbox"/> Có, việc đó đã khiến tôi không thể đến các cuộc gặp mặt không liên quan đến thăm khám, cuộc hẹn, nơi làm việc hoặc không mua được những thứ tôi cần <input type="checkbox"/> Không
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ quý vị được cấp.

Phần 8 Sức khỏe xã hội và cảm xúc	
20	Quý vị có cảm thấy an toàn về mặt thể chất và tinh thần tại nơi mình đang sống không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không chắc <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này
21	Quý vị có thường xuyên gặp hoặc nói chuyện với những người mình quan tâm và cảm thấy gần gũi không? (Ví dụ: nói chuyện với bạn bè qua điện thoại, đến thăm bạn bè hoặc gia đình, đi nhà thờ hoặc họp mặt câu lạc bộ). <input type="checkbox"/> Dưới một lần một tuần <input type="checkbox"/> 1 đến 2 lần một tuần <input type="checkbox"/> 3 đến 5 lần một tuần <input type="checkbox"/> Hơn 6 lần mỗi tuần <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời câu hỏi này
22	Tần suất quý vị cảm thấy buồn trong 2 tuần qua: <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Đôi khi <input type="checkbox"/> Nhiều ngày <input type="checkbox"/> Hơn nửa số ngày <input type="checkbox"/> Gần như mỗi ngày

Vui lòng gửi lại HRA này trong phong bì tự ghi địa chỉ quý vị được cấp.





IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

**Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)**  
**Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình cho người nhận trợ giúp bổ sung từ Medicare**  
**để thanh toán chi phí thuốc kê toa**

Nếu quý vị nhận trợ giúp bổ sung từ Medicare để thanh toán các chi phí chương trình thuốc kê toa Medicare, phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình của quý vị sẽ thấp hơn so với mức khi quý vị không nhận trợ giúp bổ sung từ Medicare.

Nếu quý vị nhận trợ giúp bổ sung, phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình của quý vị sẽ là \$0 cho tất cả (các) chương trình dưới đây. (Không bao gồm bất kỳ phí khoản phí bảo hiểm Medicare Phần B nào mà quý vị có thể phải chi trả.)

Mức trợ giúp bổ sung của quý vị	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Imperial Traditional (HMO) PBP 007	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) PBP 011	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Imperial Giveback (HMO) PBP 014
100%	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
75%	\$0	\$7,43	\$0	\$0	\$0
50%	\$0	\$14,85	\$0	\$0	\$0
25%	\$0	\$22,28	\$0	\$0	\$0

Phí bảo hiểm Imperial Health Plan of California bao gồm bảo hiểm cho cả dịch vụ y tế và bảo hiểm thuốc kê toa.

Nếu quý vị không nhận trợ giúp bổ sung, quý vị có thể xem mình có đủ điều kiện hay không bằng cách gọi:

- 1-800-Medicare hoặc 1-877-486-2048 nếu là người dùng TTY (24 giờ một ngày/7 ngày một tuần),
- Văn phòng Medicaid tại Tiểu bang của quý vị, hoặc
- Cơ quan An sinh Xã hội theo số 1-800-772-1213. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-325-0778 từ 7 giờ sáng đến 7 giờ tối, từ thứ Hai đến thứ Sáu.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi Dịch vụ hội viên theo số 1-800-838-8271, Người dùng TTY xin gọi TTY: 711 từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến Chủ Nhật, ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3 (trừ ngày lễ) và ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến thứ Sáu (trừ ngày lễ).

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 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



## Số điện thoại liên lạc quan trọng

Trang web của Imperial Health Plan of California:	<a href="http://www.ImperialHealthPlan.com">www.ImperialHealthPlan.com</a>
Ban Dịch vụ Hội viên của Imperial Health Plan:	1-800-838-8271
VSP Vision Care: <a href="http://www.vsp.com/advantageonly">www.vsp.com/advantageonly</a>	1-855-492-9028 hoặc
Quyền thành viên phòng tập do Silver & Fit cung cấp: <a href="http://www.SilverandFit.com">www.SilverandFit.com</a>	1-877-427-4788 hoặc
Giải pháp chăm sóc thính lực:	1-866-344-7756
Dịch vụ hỗ trợ tại nhà do Papa Pals cung cấp	1-833-200-6924 hoặc <a href="http://www.Papa.com">www.Papa.com</a>
Dịch vụ đưa đón của Imperial Health Plan	1-800-838-8271
Dịch vụ bữa ăn	1-800-838-8271
Sản phẩm không cần toa	1-855-263-6673 or <a href="http://AndMoreHealth.com">AndMoreHealth.com</a>
Hệ thống ứng cứu cá nhân khẩn cấp do ADT cung cấp	1-800-288-3880
Chuyên viên quản lý quyền lợi nhà thuốc (PBM) của MedImpact <a href="http://www.Medimpact.com">www.Medimpact.com</a>	1-877-391-1105 hoặc
Teladoc Telehealth	1-800-835-2362 hoặc <a href="http://www.Teladoc.com">www.Teladoc.com</a>
Ban Dịch vụ của Delta Dental:	1-888-643-3239
Trang tra cứu mạng lưới nhà cung cấp của Delta Dental: <a href="https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html">https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html</a>	