



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026 註冊套件

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

**2026 年 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)
參保前資料包目錄**

介紹函和聯絡電話號碼	2
約談範圍.....	4
資格	6
福利亮點（012，005，016）	8
福利摘要（012，005，016）	20
如何參保以及接下來會怎樣.....	41
參保前檢查清單.....	42
參保資格證明.....	44
參保申請.....	47
SNP 評估	54
健康風險評估 (HRA)	59
低收入補貼保費表	63
星級評級.....	64
語言可用性和非歧視.....	65
重要聯絡資訊.....	68



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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

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

在 2026 年，我們將為您提供多項補充福利，例如綜合牙科護理、視力護理、聽力護理、交通服務、健康俱樂部會員資格、非處方 (OTC) 藥物和用品、常規足部護理等。在您比較了其他計劃的福利之後，我們希望您能發現選擇 Imperial Health Plan 的優勢。

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

謹致，

Paveljit S. Bindra，醫學博士、首席執行官

2026 年，我們很高興能在加州 50 個郡提供 Imperial Health Plan 福利和服務：

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

重要聯絡資訊：#s

潛在會員可致電：

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

會員服務部：

800-838-8271

Imperial 網站：

www.Imperialhealthplan.com

Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 *Imperial Health Plan* 視合約續簽情況而定。本計劃適用於同時從州和 Medicare 獲取醫療援助的任何人。*Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)* 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。

注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

約談範圍確認書 (SOA)

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

請在下方您想與代理人討論的產品類型旁簽上姓名的第一個字母。

Medicare Advantage 計劃 (C 部分)	
<input type="checkbox"/>	Medicare 健康維護組織 (HMO)： 一項 Medicare Advantage 計劃，提供 Original Medicare A 部分及 B 部分涵蓋的所有健康保險，有時還提供 D 部分處方藥保險。在大多數 HMO 中，您只能從計劃網絡內的醫生或醫院處獲得護理（緊急情況除外）。
<input type="checkbox"/>	Medicare 特殊需求計劃 (SNP)： 一項 Medicare Advantage 計劃，其中包含專為有特殊醫療保健需求的人設計的福利包。該計劃所服務的特定人群包括，同時擁有 Medicare 和 Medicaid 計劃的人士、居住在療養院的人士或患有某些慢性病的人士。

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

受益人或授權代表簽名和簽名日期	
簽名：	簽名日期：
如果您是授權代表，請在上方簽名並以正楷填寫下方欄位	
代表姓名：	與受益人的關係：

由代理人填寫	
代理人姓名：	代理人電話：
代理人簽名：	現場行銷機構 (FMO)：
受益人姓名：	受益人電話：
受益人地址：	受益人的 Medicare 受益人識別號 (MBI)：
首次聯絡方式：	
會談期間代理人所代表的計劃：	完成約談的日期：
如果適用，請說明在會談前沒有簽署 SOA 的原因：（未預約、計劃外參與者等）	

**約談範圍記錄文件受到 CMS 記錄保留規定之約束。Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*



資格：

在參保 Medicare Advantage 計劃之前，必須先瞭解資格要求和參保指南。如果您符合 Medicare A 部分的資格並已參保 Medicare B 部分，那您可能有資格參保 Medicare Advantage 計劃，如 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)。如果您已經參保 Medicare Advantage 計劃，您可以在 10 月 15 日到 12 月 7 日期間更改下一年的保險。除此期間之外還存在其他特殊參保期 (SEP)。如需瞭解更多資訊，請致電 Imperial Health Plan，電話：1-800-838-5914，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間我們的服務時間為：週一至週五，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），節假日除外。

以下是 Imperial Health Plan 的資格要求：

Imperial 計劃	Medicare A 部分和 B 部分	居住在服務區域內	條件
Imperial Dynamic Plan (HMO) - 012	是	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、	不適用
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) - 005	是	埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、莫諾郡、蒙特瑞郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖貝尼托郡、聖伯納汀諾郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔芭芭拉郡、聖塔克拉拉郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡、尤巴郡	心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病。還必須完成特殊需求計劃 (SNP) 評估
Imperial Courage Plan (HMO) - 016	是	阿拉米達郡、阿默多郡、布特郡、康特拉科斯塔郡、德爾諾特郡、埃爾多拉多郡、弗雷斯諾郡、格倫郡、洪堡郡、帝國郡、因約郡、克恩郡、金斯郡、洛杉磯郡、馬德拉郡、馬林郡、馬里波薩郡、門多西諾郡、默塞德郡、莫多克郡、莫諾郡、蒙特瑞郡、拿帕郡、內華達郡、橘郡、普萊瑟郡、普盧默斯郡、河濱郡、薩克拉門托郡、聖貝尼托郡、聖伯納汀諾郡、聖地牙哥郡、舊金山郡、聖華金郡、聖路易-奧比斯保郡、聖馬刁郡、聖塔芭芭拉郡、聖塔克拉拉郡、聖塔克魯茲郡、沙斯塔郡、錫斯基尤郡、索拉諾郡、索諾馬郡、斯坦尼斯勞斯郡、蒂黑馬郡、圖萊里郡、圖奧勒米郡、文圖拉郡、優洛郡、尤巴郡	僅限 C 部分（無 D 部分）

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

Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

福利
重點

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016

服務區域



Imperial Dynamic Plan (HMO)

Imperial Senior Value (HMO C-SNP)

Imperial Courage Plan (HMO)

縣：

1. 阿拉米達郡 (Alameda)
2. Amador
3. Butte
4. Contra Costa
5. Del Norte
6. El Dorado
7. Fresno
8. Glenn
9. Humboldt
10. Imperial
11. Inyo
12. Kern
13. 金斯郡 (Kings)
14. 洛杉磯郡 (Los Angeles)
15. 馬德拉郡 (Madera)
16. Marin
17. Mariposa
18. Mendocino
19. Merced
20. Modoc
21. Mono
22. Monterey
23. Napa
24. Nevada
25. 橘郡 (Orange)
26. 普萊瑟郡 (Placer)
27. Plumas
28. Riverside
29. Sacramento
30. San Benito
31. San Bernardino
32. San Diego
33. San Francisco
34. San Joaquin
35. San Luis Obispo
36. 聖馬刁郡 (San Mateo)
37. Santa Barbara
38. 聖塔克拉拉郡 (Santa Clara)
39. Santa Cruz
40. Shasta
41. Siskiyou
42. Solano
43. Sonoma
44. 斯坦尼斯勞斯郡 (Stanislaus)
45. Tehama
46. 圖萊里郡 (Tulare)
47. Tuolumne
48. Ventura
49. Yolo
50. Yuba

2026 年福利重點
第 2 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
C 部分計劃保費	\$0	\$0	\$0
Medicare B 部分保費抵減	\$35 每月	\$25 每月	\$75 每月
C 部分年度自付額	\$0	\$0	\$0
D 部分藥物年度自付額	\$0	\$0	無 D 部分藥物承保
年度最高自付 A 部分 和 B 部分費用	\$296	\$296	\$2,999
主治醫生服務	\$0	\$0	\$0
專科醫生服務	\$0	\$0	\$5
精神科服務	\$0	\$0	\$0

2026 年福利重點
第 3 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
物理治療和言語病理學 服務、職業治療服務	\$0	\$0	20% 物理和語言治療 \$10 職業治療
足療服務	\$0 每年最多 6 次就診	\$0 每年最多 6 次就診	\$5 每年最多 6 次就診
針灸和脊椎推拿治療	\$0 每年合計最多 35 次就診	\$0 每年合計最多 35 次就診	\$0 每年最多 20 次僅限 針灸的就診
化驗服務	\$0	\$0	\$0
門診診斷程序 X 光檢查、MRI、CT 掃描	\$0	\$0	\$0
急症治療服務	\$0	\$0	\$0
救護車服務	20% 空中救護服務 \$150 地面救護車服務 若在 48 小時內 住院則免除	20% 空中救護服務 \$150 地面救護車服務 若在 48 小時內 住院則免除	20% 空中救護服務 \$150 地面救護車服務

對於享有完全 Medicaid 福利的人士，此共同保險可能由 Medicaid 或第三方部分或全額支付。費用分攤在 2027 年可能會有變更。

2026 年福利重點
第 4 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
急診護理服務	\$125 若在 48 小時內 住院則免除	\$125 若在 48 小時內 住院則免除	\$125 若在 48 小時內 住院則免除
住院 - 急症	\$0	\$0	第 1-5 天: 每天 \$150 第 6-90 天: 每天 \$0
住院 - 精神科	\$0	\$0	第 1-5 天: 每天 \$150 第 6-90 天: 每天 \$0
膳食福利	\$0 出院後最多 7 次 送餐上門 , 每年最多 \$105	\$0 出院後最多 7 次 送餐上門 , 每年最多 \$105	\$0 出院後最多 7 次 送餐上門 , 每年最多 \$105
居家支援服務	\$0 每年最多 60 小時	\$0 每年最多 60 小時	不承保
門診醫院服務	\$100 每次就診	\$100 每次就診	\$200 每次就診

對於享有完全 Medicaid 福利的人士，此共同保險可能由 Medicaid 或第三方部分或全額支付。費用分攤在 2027 年可能會有變更。

2026 年福利重點
第 5 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
專業護理機構	第 1-20 天:每天 \$0 第 21-50 天:每天 \$100 第 51-100 天:每天 \$200		第 1-20 天:每天 \$0 第 21-100 天:每天 \$200
耐用醫療設備 (DME)	20%	20%	20%
眼科檢查	\$0	\$0	\$0
眼鏡 - 處方鏡片	\$0	\$0	\$0
VSP 參與提供者的眼鏡鏡架	\$500 年度補貼	\$500 年度補貼	\$250 年度補貼
聽力檢查	\$0	\$0	\$0
處方助聽器	\$500 年度補貼	\$500 年度補貼	\$500 年度補貼

對於享有完全 Medicaid 福利的人士，此共同保險可能由 Medicaid 或第三方部分或全額支付。費用分攤在 2027 年可能會有變更。

2026 年福利重點
第 6 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
全球急診 /緊急護理承保	\$0 每年最多 \$100,000	\$0 每年最多 \$100,000	\$20 每年最多 \$50,000
Silver&Fit™ 的健身福利會員 資格	\$0 每年一次	\$0 每年一次	\$0 每年一次
運送服務	\$0 每年最多 100 次單程載送服 務	\$0 每年最多 100 次單程載送服 務	\$0 每年最多 100 次單程載送服 務
綜合 牙科服務	\$4,000 年度補貼	\$3,000 年度補貼	\$1,500 年度補貼
診斷和預防性 牙科服務	\$500 年度補貼	\$500 年度補貼	\$500 年度補貼
非處方(OTC)用品	\$140 每季度	\$130 每季度	\$75 每季度

Silver&Fit™ 是 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的註冊商標。保留所有權利。

對於享有完全 Medicaid 福利的人士，此共同保險可能由 Medicaid 或第三方部分或全額支付。費用分攤在 2027 年可能會有變更。

2026 年福利重點
第 7 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Sildenafil Citrate (Viagra 副廠藥)	第 1 級 \$0 每月 6 片	第 1 級 \$0 每月 6 片	無 D 部分藥物承保
糖尿病用品 及服務	\$0	\$0	\$0
符合 SSBCI 資格的食物 和農產品/食品雜貨 ¹	\$45 每季度	\$20 每季度	不承保
<p>¹ 您必須患有以下一種或多種慢性疾病才符合資格： 慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙 (SUD); 自體免疫性疾病; 癌症; 心血管疾病; 慢性心力衰竭; 失智症; 糖尿 病; 超重、肥胖和代謝綜合症; 慢性腸胃疾病; 慢性腎臟病 (CKD); 嚴重血友病; HIV/AIDS; 慢性肺病; 慢性和致殘性 精神健康狀況; 神經系統疾病; 中風; 器官移植後護理; 免疫缺陷和免疫抑制性疾病; 與認知障礙相關的疾病; 功 能障礙疾病; 損害視力、聽力 (耳聾)、味覺、觸覺和嗅覺的慢性疾病; 需要持續治療服務才能使個人維持或保留功 能的病症</p>			
D 部分藥物的自付 費用門檻	您在本計劃中對於 D 部分藥物的年度費用限額為 \$2,100		
處方集胰島素	\$0	\$0	無 D 部分藥物承保
第 1 級 - 首選副廠藥 (30 天 的份量)	\$0	\$0	無 D 部分藥物承保
第 2 級 - 副廠藥 (30 天的份量)	\$6	\$6	無 D 部分藥物承保

有些人會獲得支付藥物共付額的額外補助。共付額可能會降低。費用分攤在 2027 年可能有變更。

2026 年福利重點
第 8 頁

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
第 3 級 - 首選原廠藥 (30 天的份量)	\$45	\$45	無 D 部分藥物承保
第 4 級 - 非首選藥物 (30 天的份量)	\$90	\$90	無 D 部分藥物承保
第 5 級 - 特殊層級 (30 天的份量)	33%	33%	無 D 部分藥物承保
第 6 級 - 特選護理藥物 (30 天的份量)	不適用	\$3	無 D 部分藥物承保
第 1 級 - 首選副廠藥 (100 天的份量)	\$0 郵購 \$0 零售	\$0 郵購 \$0 零售	無 D 部分藥物承保
第 2 級 - 副廠藥 (100 天的份量)	\$5 郵購 \$5 零售	\$5 郵購 \$5 零售	無 D 部分藥物承保
第 3 級 - 首選原廠藥 (100 天的份量)	\$90 郵購 \$110 零售	\$90 郵購 \$110 零售	無 D 部分藥物承保
第 4 級 - 非首選藥物 (100 天的份量)	\$180 郵購 \$225 零售	\$180 郵購 \$225 零售	無 D 部分藥物承保
第 5 級 - 特殊層級 (100 天的份量)	不適用	不適用	無 D 部分藥物承保
第 6 級 - 特選護理藥物 (100 天的份量)	不適用	\$0 郵購 \$0 零售	無 D 部分藥物承保

有些人會獲得支付藥物共付額的額外補助。共付額可能會降低。費用分攤在 2027 年可能有變更。

Imperial Health Plan 是一項簽有 Medicare 合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 取決於合約續簽情況。本資訊並非完整的福利說明。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711) 瞭解更多資訊。相關限定、共付額及限制可能適用。每年的 1 月 1 日，福利、保費和/或共付額/共同保險可能會有所調整。

ATTENTION: 如果您說英語，我們可以為您提供免費的語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊，或與您的醫療服務提供者交談。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711) 或與您的醫療服務提供者交談。

ATENCIÓN: Si habla Spanish, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles, sin costo alguno, las ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar la información en formatos accesibles, o puede hablar con su proveedor. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。Imperial 不因種族、膚色、國籍、年齡、殘障或性別而排斥或不公平對待他人。

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. Imperial no excluye a nadie ni lo trata injustamente por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

1100 E. Green Street, Pasadena, CA 91106
ImperialHealthPlan.com

如需瞭解您可享有的福利的清單，請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00 (太平洋標準時間)，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外。



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

福利摘要

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016



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

本文件可免費以西班牙語提供。本文件可能會提供其他格式版本，例如：盲文、大字印刷或音訊。如需更多資訊，請聯絡我們，電話：1-800-838-8271 (TTY 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外；您還可以瀏覽我們的網站，網址：www.imperialhealthplan.com。



誰可以參加？

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

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

我們的某些計劃有額外的參保要求。

- 要參保 Imperial Senior Value (HMO C-SNP)，您必須被診斷出患有心血管疾病、慢性心臟衰竭和/或糖尿病。

我可以使用哪些醫生、醫院和藥房？

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

作，協調您的醫療和專科護理。如果您使用我們網絡外的任何提供者，本計劃可能不會支付這些服務的費用（緊急情況除外）。您可以在我們的網站上檢視我們的目錄：

www.imperialhealthplan.com。

我如何確定我的 D 部分處方藥費用？

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

如何取得更多資訊？

我們的會員服務部工作人員可以回答有關資格和福利的任何問題。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711) 諮詢，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外。

本福利摘要概要說明了我們的承保範圍和您需支付的費用。本文件並未羅列出我們承保的所有服務，亦未列舉每種限制或排除在外的項目。如需

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

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

Imperial Health Plan 服務區域

計劃	服務的縣
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005	Alameda、Amador、Butte、Contra Costa、Del Norte、El Dorado、Fresno、Glenn、Humboldt、Imperial、Inyo、Kern、Kings、Los Angeles、Madera、Marin、Mariposa、Mendocino、Merced、Modoc、Monterey、Mono、Napa、Nevada、Orange、Placer、Plumas、Riverside、Sacramento、Santa Barbara、San Bernardino、San Benito、Santa Clara、San Diego、San Francisco、San Joaquin、San Luis Obispo、San Mateo、Santa Cruz、Shasta、Siskiyou、Solano、Sonoma、Stanislaus、Tehama、Tulare、Tuolumne、Ventura、Yolo 和 Yuba
Imperial Dynamic Plan (HMO) 012	
Imperial Courage Plan (HMO) 016	

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

保費和福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>保費</p> <p>我每月需要繳納多少保費？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您每月需繳納 \$0 • D 部分保費：您每月需繳納 \$0 • Imperial Dynamic Plan 將為您的 B 部分保費繳納 \$35。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費
<p>自付扣除金</p> <p>在計劃支付之前，我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃 C 部分或 D 部分福利沒有自付額
<p>最高自付費用</p> <p>我需要支付的費用限額是多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$296
<p>住院 – 急症^{1,2}</p> <p>我的計劃將承保多長的住院時間？ 我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 您每個終生儲備日的共付額為 \$0。
<p>門診醫院服務^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$100
<p>非住院手術中心^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於 Medicare 承保的門診手術中心就診，您每次支付 \$100
<p>醫生就診</p> <p>我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師就診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$0 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
<p>預防性服務</p> <p>我需要為預防保健支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理訓練¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0

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

保費和福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>急診護理服務</p> <p>我需要為緊急醫療護理支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
<p>急症治療服務</p> <p>我需要為急症治療服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付 \$0
<p>診斷服務/化驗/影像^{1,2}</p> <p>我需要為診斷服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0: <ul style="list-style-type: none"> • 化驗服務 • 診斷檢測 • 放射線診斷服務（如 MRI） • X 光 • 對於放射線治療服務，您需支付總費用的 20%
<p>門診藥物濫用戒除服務^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為每次居家保健就診支付 \$0
<p>精神健康專科服務^{1,2}</p> <p>我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 您每個終生儲備日的共付額為 \$0。 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付 \$0 • 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0

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

保費和福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？	每個福利期，我們承保最長 100 天的 SNF 住院： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 50 天，您每天需支付 \$100 • 第 51 – 100 天，您每天需支付 \$200
心臟復健服務/職業/物理/言語/語言治療² 我需要為門診康復和治療支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務 • 職業治療 • 物理治療 • 言語和語言治療
救護車服務¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 • 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
耐用醫療器材 (DME)/義肢/糖尿病用品¹	<ul style="list-style-type: none"> • 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% • 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% • 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
Medicare B 部分處方藥和居家輸注型藥物¹ 我需要為 B 部分藥物支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部分胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部分藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

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

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

關於您須為胰島素支付的費用的重要資訊 – 無論承保的費用分攤層級如何，您每個月的被我們計劃承保的胰島素產品每份供藥的費用不會超過 \$35。

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

補充福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>牙科服務 我需要為牙科服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$4000
<p>視力服務 我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡津貼有多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$500
<p>聽力服務^{1,2} 我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器津貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
<p>交通接送服務^{1,2} 我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>膳食福利¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 • 每個福利期，本計劃最多承保 \$105。
<p>符合 SSBCI 資格的食物和農產品/食品雜貨 *您必須患有本文件最後一頁列出的一種或多種慢性疾病才有資格。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每季度 \$45

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

補充福利	Imperial Dynamic Plan (HMO)
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 60 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
脊椎推拿和針灸治療	<ul style="list-style-type: none"> 對於 35 次就診，您每年支付 \$0（包括針灸治療）。
非處方 (OTC)	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$140 的津貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉
足療服務 ²	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次常規足部護理就診 您需支付 \$0
健身福利	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness) 提供，其為 American Specialty Health Incorporated (ASH) 子公司。
全球急診/緊急護理承保	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$100,000，共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

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

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

保費和福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>保費</p> <p>我每月需要繳納多少保費？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分和 D 部分保費：您每月需繳納 \$0 • Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 將為您的 B 部分保費支付 \$25。您必須繼續繳納您的 Medicare B 部分保費
<p>自付扣除金</p> <p>在計劃支付之前，我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃 C 部分或 D 部分福利沒有自付額
<p>最高自付費用</p> <p>我需要支付的費用限額是多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$296
<p>住院 – 急症^{1,2}</p> <p>我的計劃將承保多長的住院時間？我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 您每個終生儲備日的共付額為 \$0。
<p>門診醫院服務^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為醫院門診服務支付 \$100
<p>非住院手術中心^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於 Medicare 承保的門診手術中心就診，您每次支付 \$100
<p>醫生就診</p> <p>我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師就診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$0 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
<p>預防性服務</p> <p>我需要為預防保健支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理訓練¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0

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

保費和福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
急診護理服務 我需要為緊急醫療護理支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 每次緊急就診，您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
急症治療服務 我需要為急症治療服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需支付 \$0
診斷服務/化驗/影像^{1,2} 我需要為診斷服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 放射線診斷服務（如 MRI、CT） • 門診 X 光檢查 • 化驗服務 • 診斷檢測 • 放射線治療服務：您需支付 20%
門診藥物濫用戒除服務^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
居家保健服務^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為每次居家保健就診支付 \$0
精神健康專科服務^{1,2} 我需要為住院或門診服務支付多少費用？	<ul style="list-style-type: none"> • 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 90 天，您需支付 \$0 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付總費用的 \$0 • 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0
專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？	每個福利期，我們承保最長 100 天的 SNF 住院： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 50 天，您每天需支付 \$100 • 第 51 – 100 天，您每天需支付 \$200

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

保費和福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>心臟復健服務/職業/物理/言語/語言治療² 我需要為門診康復和治療支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務：您需支付 \$0 • 職業治療就診：您需支付 \$0 • 物理治療和語言治療就診：您需支付 \$0
<p>救護車服務¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 • 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用
<p>耐用醫療器材 (DME)/義肢/糖尿病用品¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% • 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% • 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
<p>Medicare B 部分處方藥和居家輸注型藥物¹ 我需要為 B 部分藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部分胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部分藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

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

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

關於您須為胰島素支付的費用的重要資訊 – 無論承保的費用分攤層級如何，您每個月的被我們計劃承保的胰島素產品每份供藥的費用不會超過 \$35。

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

補充福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>牙科服務</p> <p>我需要為牙科服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$3,000
<p>視力服務</p> <p>我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡津貼有多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$500
<p>聽力服務^{1,2}</p> <p>我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器津貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
<p>交通服務^{1,2}</p> <p>我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>膳食福利¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 • 每個福利期，本計劃最多承保 \$105。
<p>符合 SSBCI 資格的食物和農產品/食品雜貨</p> <p>*您必須患有本文件最後一頁列出的一種或多種慢性疾病才有資格。</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每季度 \$20

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

補充福利	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
居家支援服務	<ul style="list-style-type: none"> 對於不超過 60 小時的居家支援服務，包括交通服務、雜貨店購物、取藥、護理提醒、輕便家務幫助和輕度運動，您需支付 \$0。
脊椎推拿和針灸治療	<ul style="list-style-type: none"> 對於 35 次就診，您每年支付 \$0（包括針灸治療）。
非處方 (OTC)	<ul style="list-style-type: none"> 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$130 的津貼 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 不可結轉
足療服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> 每個日曆年內，6 次足療服務就診您需支付 \$0
健身福利	<ul style="list-style-type: none"> 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness) 提供，其為 American Specialty Health Incorporated (ASH) 子公司。
全球急診/緊急護理承保	<ul style="list-style-type: none"> 對於符合條件的費用，最高報銷 \$100,000，共付額為 \$0 僅急症治療或緊急醫療服務

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

Imperial Courage Plan (HMO) 016

保費和福利	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>保費</p> <p>我每月需要繳納多少保費？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • C 部分保費：您每月需繳納 \$0 • Imperial Courage Plan 將為您的 B 部分保費繳納 \$75。您必須繼續繳納您的那一部分 Medicare B 部分保費
<p>自付扣除金</p> <p>在計劃支付之前，我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 本計劃沒有自付額
<p>最高自付費用</p> <p>我需要支付的費用限額是多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您每年為本計劃 C 部分服務支付的最高費用為 \$2,999
<p>住院 – 急症^{1,2}</p> <p>我的計劃將承保多長的住院時間？我需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 5 天，您每天需支付 \$150 • 第 6 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 您每個終生儲備日的共付額為 \$0。
<p>門診醫院服務^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次住院，您需支付 \$200
<p>非住院手術中心^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於每次 Medicare 承保的就診，您需支付 \$200
<p>醫生就診</p> <p>我找主治醫生或專科醫生看診需要支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 主治醫師就診：您需支付 \$0 • 專科醫生看診^{1,2}：您需支付 \$5 • 您可以選擇使用電話或視訊進行遠程醫療以獲取某些服務
<p>預防性服務</p> <p>我需要為預防保健支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於首次參保就診之後的青光眼篩檢¹、糖尿病自我管理訓練¹、直腸指檢和心電圖 (EKG)，您需支付 \$0
<p>急診護理服務</p> <p>我需要為緊急醫療護理支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$125 • 若您在 48 小時之內住院，您無需支付您的那一部分緊急醫療護理費用

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

保費和福利	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>急症治療服務</p> <p>我需要為急症治療服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 每次就診，您需支付 \$0
<p>診斷服務/化驗/影像^{1,2}</p> <p>我需要為診斷服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 放射線診斷服務（如 MRI、CT） • 門診 X 光檢查 • 化驗服務 • 診斷檢測 • 放射線治療服務：您需支付 20%
<p>門診藥物濫用戒除服務^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於個人或團體的每次門診藥物濫用戒除就診，您需支付總費用的 20%
<p>居家保健服務^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為每次居家保健就診支付 \$10
<p>精神健康專科服務^{1,2}</p> <p>我需要為住院或門診服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 住院就診： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 5 天，您每天需支付 \$150 • 第 6 – 90 天，您每天需支付 \$0 • 您每個終生儲備日的共付額為 \$0。 • 門診服務：對於每次 Medicare 承保的個人或團體治療門診精神健康就診（非醫生），您需支付總費用的 20% • 對於每次 Medicare 承保的精神科個人或團體治療，您需支付 \$0

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

保費和福利	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>專業護理機構^{1,2} 我需要為專業護理機構住院支付多少費用？</p>	<p>每個福利期，我們承保最長 100 天的 SNF 住院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 – 20 天，您每天需支付 \$0 • 第 21 – 50 天，您每天需支付 \$200 • 第 51 – 100 天，您每天需支付 \$200
<p>心臟復健服務/職業/物理/言語/語言治療² 我需要為門診康復和治療支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 心臟康復服務：您需支付總費用的 20% • 職業治療就診：您需支付 \$10 • 物理治療和語言治療就診：您需支付總費用的 20%
<p>救護車¹ 我需要為救護車服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於地面載送，每次單程您需支付 \$150 • 對於空中載送，每次您需支付總費用的 20% • 非緊急載送需獲得事先授權
<p>耐用醫療器材 (DME)/義肢/糖尿病用品¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於耐用醫療設備 (DME)¹（例如氧氣機或輪椅），每件物品您需支付總費用的 20% • 對於假體¹（例如支架、假肢），每件物品您需支付總費用的 20% • 對於糖尿病監測用品¹，您需支付 \$0
<p>Medicare B 部分處方藥和居家輸注型藥物¹ 我需要為 B 部分藥物支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 B 部分胰島素支付 \$0 • 對於所有其他 B 部分藥物（包括化療藥物），您需支付總費用的 20%

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

補充福利	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>牙科服務</p> <p>我需要為牙科服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare 承保的牙科服務：您需支付 \$0 • 預防性牙科服務：您需為常規診室就診支付 \$0。診室就診包括檢查、洗牙、氟化物治療和牙科 X 光檢查。您的計劃每年為常規牙科服務最多承保 \$500 • 您需為以下服務支付 \$0：修復服務；假牙修復、其他口腔/上頷面手術、其他服務。您的計劃每年最多承保 \$1500
<p>視力服務</p> <p>我需要為視力服務支付多少費用？我每年的眼鏡津貼有多少？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為 Medicare 承保的視力服務支付 \$0 • 您需為常規眼部檢查支付 \$0 • 對於以下任一服務，您每年需支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 一副眼鏡（鏡片和鏡框） • 一副隱形眼鏡 • 本計劃每年為眼鏡最多承保 \$250
<p>聽力服務^{1,2}</p> <p>我需要為聽力服務或助聽器支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 您需為以下服務支付 \$0： <ul style="list-style-type: none"> • 承保的診斷和常規檢查 • 本計劃最多承保 \$250 • 助聽器津貼：您需支付 \$0。本計劃每個日曆年最多承保 \$500
<p>交通服務^{1,2}</p> <p>我需要為交通服務支付多少費用？</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於前往計劃批准地點的單程交通服務，100 次以內您需支付 \$0
<p>膳食福利¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 手術或住院後，對於 7 餐以內的送餐服務，共付額為 \$0。 • 每個福利期，本計劃最多承保 \$105。
<p>脊椎推拿和針灸治療</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 對於 20 次就診，您每年支付 \$0（包括針灸治療）。

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

補充福利	Imperial Courage Plan (HMO)
非處方 (OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • 購買我們的 OTC 郵購目錄上的藥物時，每三個月可獲得 \$75 的津貼 • 此 OTC 福利不接受現金、支票、信用卡或匯票 • 不可結轉
足療服務 ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • 每個日曆年內，6 次足療服務就診您需支付 \$5
健身福利	<ul style="list-style-type: none"> • 透過 Silver&Fit[®] 計劃每年獲得不超過一套居家健身器材時，您需支付 \$0。Silver&Fit 計劃由 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness) 提供，其為 American Specialty Health Incorporated (ASH) 子公司。
全球急診/緊急護理承保 我的報銷金額是多少？	<ul style="list-style-type: none"> • 對於符合條件的費用，最高報銷 \$50,000，其中急症護理的共付額為 \$20，緊急醫療護理的共付額為 \$20 • 僅急症治療或緊急醫療服務

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

2026 年福利摘要

Imperial Health 將不斷審查如何將科技與新裝置和服務結合以改善我們會員的健康。如需瞭解您可享有的福利的清單，請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外。

*慢性酒精使用障礙和其他物質使用障礙 (SUD)；自體免疫性疾病；癌症；心血管疾病；慢性心力衰竭；失智症；糖尿病；超重、肥胖和代謝綜合征；慢性腸胃疾病；慢性腎臟病 (CKD)；嚴重血友病；HIV/AIDS；慢性肺病；慢性和致殘性精神健康狀況；神經系統疾病；中風；器官移植後護理；免疫缺陷和免疫抑制性疾病；與認知障礙相關的疾病；功能障礙疾病；損害視力、聽力（耳聾）、味覺、觸覺和嗅覺的慢性疾病；需要持續治療服務才能使個人維持或保留功能的病症。

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

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

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. 請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

如何參保以及參保後會怎樣

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

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

填寫參保申請後會怎樣？

在您填寫並提交 Imperial 的參保申請後，接下來會怎樣？

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

Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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

瞭解各種福利

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

瞭解重要規則

- 除月繳計劃保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。該保費通常每月從您的社會保障支票中扣除。
- 自 2026 年 1 月 1 日起，福利、保費和/或共付額/共同保險可能會有所調整。
- 除了緊急醫療護理或急症護理，我們不會承保由網絡外醫療服務提供者（不在醫療服務提供者目錄中的醫生）提供的服務。
- 本計劃是一項慢性疾病特殊需求計劃 (C-SNP)。您必須確認患有符合條件的特定嚴重或致殘慢性疾病才能參保。



參保期資格合格證明

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

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

<input type="checkbox"/>	我是初次投保 Medicare。	
<input type="checkbox"/>	我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計劃。	
<input type="checkbox"/>	我最近搬到了當前計劃的服務區域之外，或者我最近搬到了並且有新的選擇可供我使用。我繼續前進（插入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我最近剛被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我最近獲得美國的合法居留身份。我獲得此身份的日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	最近我的 Medicaid 狀態有所改變（新近加入 Medicaid、Medicaid 補助等級有所變更或退出 Medicaid），日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	最近我的 Medicare 處方藥保險額外補助狀態有所改變（新近獲得額外補助、額外補助等級有所變更、或是失去額外補助），日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我有醫療保險並獲得全額醫療補助福利。我想加入或切換到協調我的 Medicare 和 Medicaid 管理式醫療計劃之間承保範圍的計劃（稱為綜合雙重合格特殊需求計劃（D-SNP））。	
<input type="checkbox"/>	我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或我所在的州政府幫助支付我的 Medicare 保費），或者我享有額外補助以支付 Medicare 處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。	日期
<input type="checkbox"/>	我最近退出了老年人全面護理計劃 (PACE)，退出日期是（填入日期）	日期

<input type="checkbox"/>	我最近非自願性地喪失了有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 同等級的保險）。我喪失藥物保險的日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我將要退出僱主或工會保險，退出日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我參加了合格的州藥品援助計劃，或者我正在失去州藥品援助計劃的幫助。	
<input type="checkbox"/>	我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。	
<input type="checkbox"/>	我透過 Medicare（或我所在的州）參保了一項計劃，但我想選擇另一種不同的計劃。我參保該計劃的生效日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我曾參保特殊需求計劃 (SNP)，但現已失去了參保該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是（填入日期）	日期
<input type="checkbox"/>	我曾受到與氣候相關的緊急狀況或重大災害（由聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 發佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於自然災害，我無法參保。	
<input type="checkbox"/>	我將在 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度註冊期（AEP）期間註冊。	
<input type="checkbox"/>	（僅限 C-SNP）我患有符合條件的慢性病，使我有資格參加慢性病特殊需求計劃。	
<p>若以上聲明皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請致電 Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)，電話：1-800-838-5914 (TTY: 711)，以瞭解您是否符合參保資格。10 月 1 日至 3 月 31 日期間我們的服務時間為：週一至週日，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），4 月 1 日至 9 月 30 日期間我們的服務時間為：週一至週五，上午 8 點（太平洋標準時間）至晚上 8 點（太平洋標準時間），節假日除外。</p>		

誰可以使用此表格？

擁有 Medicare 並想要加入 Medicare Advantage 計劃的人士

要加入計劃，您必須：

- 是美國公民或美國的合法居留者
- 住在計劃的服務區域內

重要提示：要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須有以下二者：

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

重要提示：要加入 Medicare 處方藥計劃，您還必須有以下項目之一或兩者：

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

我何時使用此表格？

您可以加入計劃：

- 在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期間 (適用於從 1 月 1 日開始生效的承保)
- 首次獲取 Medicare 後 3 個月內
- 在某些允許您加入或切換計劃的情況下

瀏覽 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) 以瞭解您何時可以註冊計劃。

我需要什麼來填寫此表格？

- 您的 Medicare 編號 (位於您的紅色、白色和藍色 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久地址及電話號碼

註：您必須填寫第 1 部分中的所有項目。第 2 部分中的項目為選填項目 - 您不會因為沒有填寫而被拒絕承保。

提醒：

- 如果您想在秋季開放投保期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 內加入計劃，計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填寫完成的表格。
- 您的計劃將向您寄送一份計劃保費帳單。您可以選擇註冊以從銀行帳戶或每月的社會保障 (或鐵路退休委員會) 福利中扣除保費。

接下來該怎麼做？

將填妥並簽名的表格郵寄至：**Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)**

Attention: Enrollment
P.O. Box 60874
Pasadena, CA 91116

一旦處理您的加入請求，他們會與您聯絡。

我如何取得協助來填寫此表格？致電

1-800-838-5197 聯絡 Imperial Health Plan。
TTY 使用者請致電 711。

或者致電 Medicare 聯邦醫療保險專線
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。

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

無家可歸者

- 如果您希望加入計劃但沒有永久居留權，則郵政信箱、庇護所或診所的地址、或接收信函 (例如社會保障支票) 的郵寄地址可能被視為您的永久居住地址。

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

重要說明

請勿將此表格或任何包含您的個人資訊的項目 (例如理賠、付款、病歷等) 傳送給 PRA Reports Clearance Office。我們收到的任何與如何改進此表格或其收集工作無關的專案 (在 OMB 0938-1378 中概述) 都將被銷毀。它不會被保留、審查或轉寄給計劃。請參閱此頁面上的「接下來會發生什麼？」，將已填妥的表格傳送給計劃。

第 1 部分 - 此部分的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填）

選擇要加入的計劃：

- Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 - \$0 C/D 部分
- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 - \$0 C/D 部分
- Imperial Courage Plan (僅限 HMO MA) 016 - \$0 僅限 C 部分

名字：	姓氏：	中間名縮寫：（選填）
出生日期（月/日/年）：	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話號碼：
電子郵件地址（選填）：	手機（選填）：	

永久居住地街道地址（請勿輸入郵政信箱。註：對於無家可歸的個人，郵政信箱可能被視為您的永久居住地址。）：

城市：	縣：（選填）	州：	郵遞區號：
-----	--------	----	-------

郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）（可填寫郵政信箱號）：

街道地址：	城市：	州：	郵遞區號：
緊急聯絡人（選填）：	關係：	電話號碼：	

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼：

_____ - _____ - _____

回答這些重要問題：

除了 Imperial Health Plan 之外，您是否還有其他處方藥承保（例如 VA、TRICARE）？

是 否

其他保險的名稱	該承保的會員編號：	該承保的團體編號：
---------	-----------	-----------

您是否患有心血管疾病，慢性心力衰竭和/或糖尿病？

是 否

您是否已參保州 Medi-Cal (Medicaid) 計劃？

是 否

如「是」，請提供您的 Medi-Cal (Medicaid) 編號：_____

重要提示：請閱讀以下內容並簽名：

- 我必須保留醫院（A 部分）和醫療（B 部分）才能留在 Imperial Health Plan。
- 加入此 Medicare Advantage 或 Medicare 處方藥計劃，即表明我確認 Imperial Health Plan 將與 Medicare 分享我的資訊，後者可以使用它來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集該資訊的聯邦法律允許的其他目的（請參閱下面的隱私法案聲明）。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。
- 我瞭解，我一次僅能註冊一個 MA 或 D 部分計劃，並且註冊該計劃將自動結束我註冊另一個 MA 或 D 部分計劃（MA PFFS 和 MA MSA 計劃除外）。
- 我明白，當我的 Imperial Health Plan 承保開始時，我必須從 Imperial Health Plan 獲得我的所有醫療和處方藥福利。由 Imperial Health Plan 提供且包含於我的 Imperial Health Plan 「承保證書」文件（亦稱會員合約或保戶協議）的福利和服務將獲得承保。Medicare 和 Imperial Health Plan 均不對不承保的福利或服務付費。
- 就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我理解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被從計劃中除名。
- 我瞭解，我（或取得合法授權的代表人）在此申請表上簽名即表示我已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署（如上所述），此簽名確認：
 - 1) 此人經過州法律授權，可代為填寫本註冊，且
 - 2) 在 Medicare 要求時可提供相關證明文件。

簽名：	今天的日期：
如果您是授權代表，您必須在上面簽名並填寫以下欄位：	
姓名：	地址：
電話號碼：	與投保人的關係：

第 2 部分 - 此部分的所有欄位均為選填欄位

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕參保。

若您希望我們以英文以外的語言給您傳送資訊，請選擇一個方塊。

西班牙語 中文 韓語 越南語 其他 _____

如果您希望我們在向您發送資訊時使用易於閱讀的格式，請選擇一種。

點字 大字體 音頻 CD 數據 CD

若您需要以上所列之外的其他無障礙格式的資訊，請致電 1-800-838-8271 聯絡 Imperial Health Plan。我們的辦公時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日，週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；4 月 1 日至 9 月 30 日，週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外。TTY 使用者請致電 711。

您是否在工作？ 是 否

您的配偶是否在工作？ 是 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

PCP 姓名：_____

PCP ID 號碼：_____

醫療集團或 IPA：_____

您是否為該 PCP 的現有病人？ 是 否

我希望透過電子郵件獲得以下資料。選擇一項或多項。

是，我希望收到我的新會員參保資料包 - EOC、綜合處方藥一覽表以及醫療服務提供者/藥房目錄。

電子郵件地址：_____

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄來支付您的每月計劃保費（包含您目前應付或可能積欠的所有逾期參保罰金）。您也可以選擇每月從您的社會保障或鐵路退休委員會 (RRB) 福利金中自動扣繳保費。請選擇一項保費付款方式。如果您未做出選擇，您將收到帳單。

領帳單。

每月自動從您的社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。社會安全局/RRB 的扣款可能至少需要兩個月才能在獲得社會安全局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 批准後開始生效。在社會安全局批准扣款之前，您將繼續收到紙本帳單。

如果您須支付 D 部分-與收入相關的每月調整金額 (D 部分-IRMAA)，則除了計劃保費之外，您必須支付此額外金額。請勿向 Imperial Health Plan 支付 D 部分 IRMAA 費用。

僅適用於協助登記者填寫此表格的個人

如果您是協助登記者填寫此表格的個人（即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方），請填寫此部分。

姓名：

與投保人的關係：

簽名：

全國生產商號碼 (NPN)：

隱私法案聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃中收集資訊，以追蹤加入 Medicare Advantage (MA) 計劃的受益人，改善護理以及支付 Medicare 福利。《社會保障法》(Social Security Act) 第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權收集這些資訊。CMS 可以按照記錄系統 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。本表為自願填寫。但若不填寫，可能會影響到計劃的參保。

Imperial Health Plan 是一項簽有 Medicare 合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 取決於合約續簽情況。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. 請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 為患有慢性疾病的人士提供特殊需求計劃 (SNP)。如果您對以下任何問題的回答為「是」，您可能有資格加入 Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 的慢性病特殊需求計劃。

請填寫本表格並將其與您的參保申請表一起寄回給我們。Imperial 將在參保生效日後 30 天內與您的醫生確認您的慢性病狀況。如果我們無法驗證您的慢性病狀況，我們會將您從該計劃退保。

受益人資訊		
姓氏	姓名	初始
出生日期	Medicare 受益人識別號	
(月/日/年)	電話號碼 1	電話號碼 2
判斷慢性病是否符合資格的臨床問題		
糖尿病		
您的醫生或其他持證醫療保健專業人員是否已診斷您患有糖尿病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否曾經出現過口渴加劇、尿頻、極度飢餓、不明原因的體重減輕、潰瘍癒合緩慢或頻繁感染？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否有高血糖問題？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否正在服用藥物和/或採用特殊飲食來控制血糖？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
慢性心臟衰竭		
您的醫生或其他持證醫療保健專業人員是否已診斷您患有慢性或充血性心力衰竭？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否因心臟問題而出現肺部液體滯留或腿部腫脹的問題？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否正在服用藥物來預防腿部或手部腫脹？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您在行走或進行體能活動時是否感到疲倦？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您走路時是否需要停下來休息？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
心血管疾病		
您是否曾被醫生或持證醫療保健專業人員診斷出患有心血管疾病，例如心律不整、冠狀動脈疾病（包括心絞痛）、血栓或影響腿部的血管疾病（例如周邊動脈疾病或深部靜脈栓塞）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否出現心悸、胸痛或胸悶，或呼吸困難—尤其是在體力活動或休息時？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否曾經中風、心臟病發作（心肌梗塞），或被告知膽固醇水平升高（LDL 超過 100 或總膽固醇超過 200）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
您是否被診斷出患有與任何與心血管疾病風險增加相關的代謝性疾病，例如高血壓、糖尿病或腹部脂肪過多？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

參保前 SNP 資格評估工具

可以驗證您病情的醫療保健服務提供者		
醫師姓名	專科	城市
醫師電話號碼	醫師傳真號碼	他/她是否在您知道的任何醫院工作?
醫師姓名	專科	城市
醫師電話號碼	醫師傳真號碼	他/她是否在您知道的任何醫院工作?

授權披露健康資訊以驗證慢性疾病
我特此授權上述服務提供者向 Imperial Health Plan 披露我的受保護健康資訊，以驗證我是否被診斷出患有慢性疾病，使我有資格參保 Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 的慢性病特殊需求計劃。此授權適用於醫療服務提供者保存的有關我上述慢性病病史的所有健康資訊。
受益人簽名：
日期：

服務提供者證明	
我特此證明，上述患者患有以下一種或多種病症：	
慢性心力衰竭	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
心血管疾病 (CVD)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
提供者名稱	醫療服務提供者簽名
今天的日期：	醫療護理提供者地址

如果您有任何疑問，請聯絡我們的會員服務部，電話：1-800-838-8271，TTY：711，10月1日至3月31日週一至週日，上午8:00（太平洋標準時間）至晚上8:00（太平洋標準時間），4月1日至9月30日期間我們的服務時間為：週一至週五上午8:00（太平洋標準時間）至晚上8:00（太平洋標準時間），節假日除外。Imperial Health Plan 是一項簽有 Medicare 合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 取決於合約續簽情況。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. 請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-708-5976 (TTY: 711)。



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

健康風險評估 (HRA)

日期:		會員 ID:		計劃開始日期:																															
名:		姓氏:		出生日期:																															
性別:		電話號碼:		電子郵件:																															
第 1 部分：關於您 (個人特徵)																																			
1	<p>您是什麼種族和/或民族？選取所有適用項，並在提供的空白處輸入詳細資訊。</p> <p><input type="checkbox"/> 美國印第安人/阿拉斯加原住民 (例如，納瓦荷族、諾姆愛斯基摩人社區等)</p> <p><input type="checkbox"/> 亞裔 (例如，華裔、菲律賓裔、印度裔、越南裔等)</p> <p><input type="checkbox"/> 黑人/非裔美國人 (例如，非裔美國人、海地裔、衣索比亞裔等)</p> <p><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 (例如，墨西哥裔、薩爾瓦多人、波多黎各裔、古巴裔等)</p> <p><input type="checkbox"/> 中東或北非人 (例如，黎巴嫩人、伊朗人、埃及人、敘利亞人等)</p> <p><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民/太平洋島民 (例如，夏威夷原住民、薩摩亞人、斐濟人等)</p> <p><input type="checkbox"/> 白人 (例如，英國人、德國人、愛爾蘭人、義大利人、波蘭人等)</p> <p><input type="checkbox"/> 其他族裔，請填寫：</p>																																		
第 2 部分：健康狀況																																			
2	<p>您是否曾患有以下健康問題？(勾選所有適用選項)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 哮喘</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 中風 (包括腦出血)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 憂鬱症、躁鬱症或精神分裂症</td> <td><input type="checkbox"/> 膀胱或腸道問題</td> <td><input type="checkbox"/> 視力或眼睛問題</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 癌症 (包括白血病)</td> <td><input type="checkbox"/> 聽力喪失</td> <td><input type="checkbox"/> 癲癇發作</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> COPD 或肺部疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 嚴重肥胖</td> <td><input type="checkbox"/> 血管疾病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肺炎或其他肺部感染</td> <td><input type="checkbox"/> 高血壓</td> <td><input type="checkbox"/> 藥物或酒精問題</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 失智症或記憶衰退</td> <td><input type="checkbox"/> 足部問題</td> <td><input type="checkbox"/> 先前器官移植狀況：</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝病 (末期)</td> <td><input type="checkbox"/> 腎臟疾病 (第 5 期)</td> <td>哪個器官？ _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎，關節問題</td> <td><input type="checkbox"/> 愛滋病毒或愛滋病</td> <td>移植日期： _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 癱瘓 (四肢癱瘓)</td> <td><input type="checkbox"/> 心臟病、心力衰竭</td> <td><input type="checkbox"/> 其他： _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 身體一側活動困難</td> <td><input type="checkbox"/> 心律不整</td> <td><input type="checkbox"/> 無</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 中風 (包括腦出血)	<input type="checkbox"/> 憂鬱症、躁鬱症或精神分裂症	<input type="checkbox"/> 膀胱或腸道問題	<input type="checkbox"/> 視力或眼睛問題	<input type="checkbox"/> 癌症 (包括白血病)	<input type="checkbox"/> 聽力喪失	<input type="checkbox"/> 癲癇發作	<input type="checkbox"/> COPD 或肺部疾病	<input type="checkbox"/> 嚴重肥胖	<input type="checkbox"/> 血管疾病	<input type="checkbox"/> 肺炎或其他肺部感染	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 藥物或酒精問題	<input type="checkbox"/> 失智症或記憶衰退	<input type="checkbox"/> 足部問題	<input type="checkbox"/> 先前器官移植狀況：	<input type="checkbox"/> 肝病 (末期)	<input type="checkbox"/> 腎臟疾病 (第 5 期)	哪個器官？ _____	<input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎，關節問題	<input type="checkbox"/> 愛滋病毒或愛滋病	移植日期： _____	<input type="checkbox"/> 癱瘓 (四肢癱瘓)	<input type="checkbox"/> 心臟病、心力衰竭	<input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 身體一側活動困難	<input type="checkbox"/> 心律不整	<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 中風 (包括腦出血)																																	
<input type="checkbox"/> 憂鬱症、躁鬱症或精神分裂症	<input type="checkbox"/> 膀胱或腸道問題	<input type="checkbox"/> 視力或眼睛問題																																	
<input type="checkbox"/> 癌症 (包括白血病)	<input type="checkbox"/> 聽力喪失	<input type="checkbox"/> 癲癇發作																																	
<input type="checkbox"/> COPD 或肺部疾病	<input type="checkbox"/> 嚴重肥胖	<input type="checkbox"/> 血管疾病																																	
<input type="checkbox"/> 肺炎或其他肺部感染	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 藥物或酒精問題																																	
<input type="checkbox"/> 失智症或記憶衰退	<input type="checkbox"/> 足部問題	<input type="checkbox"/> 先前器官移植狀況：																																	
<input type="checkbox"/> 肝病 (末期)	<input type="checkbox"/> 腎臟疾病 (第 5 期)	哪個器官？ _____																																	
<input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎，關節問題	<input type="checkbox"/> 愛滋病毒或愛滋病	移植日期： _____																																	
<input type="checkbox"/> 癱瘓 (四肢癱瘓)	<input type="checkbox"/> 心臟病、心力衰竭	<input type="checkbox"/> 其他： _____																																	
<input type="checkbox"/> 身體一側活動困難	<input type="checkbox"/> 心律不整	<input type="checkbox"/> 無																																	
第 3 部分：您的健康狀況和就診記錄 (預防護理)																																			
3	<p>您如何評價您目前的健康狀況？</p> <p><input type="checkbox"/> 極好 <input type="checkbox"/> 一般</p> <p><input type="checkbox"/> 非常好 <input type="checkbox"/> 很差</p> <p><input type="checkbox"/> 好</p>		4	<p>您是否使用煙草製品？</p> <p><input type="checkbox"/> 是，香菸或雪茄</p> <p><input type="checkbox"/> 是，電子煙</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>																															
5	<p>您上次體檢是什麼時候？</p>		6	<p>您上次乳房 X 光檢查是什麼時候？</p>																															
7	<p>您上次驗血是什麼時候？</p>		8	<p>您上次大腸癌篩檢是什麼時候？</p>																															
9	<p>您是否經常進行任何形式的體力活動或運動？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>		10	<p>您是否曾被安排接受姑息治療就診以幫助管理慢性疾病？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>																															
11	<p>整體而言，您在進行這些日常生活活動時感覺如何？</p>																																		



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

進食 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助	梳頭、刷牙、剃鬚、剪指甲等？ <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助												
穿衣和脫衣 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助	上下床和自由活動？ <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助												
如廁 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助	徹底洗澡或淋浴 <input type="checkbox"/> 可以獨立完成 <input type="checkbox"/> 需要協助												
12 如果您患有糖尿病或心臟病，您是否正在服用他汀類藥物（降膽固醇藥物）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	13 您上一次散瞳視網膜（眼科）檢查是什麼時候？ 檢查日期：_____ 地點：_____ 是否發現視網膜病變？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
14 您上次驗血的 A1c 水準是多少？ 檢測日期：_____ 水準：_____	15 您上次腎臟（尿液或 eGFR）檢測是什麼時候？ 檢測日期：_____ 結果（如果已知）：_____												
16 您上次測量血壓是什麼時候？ 測量日期：_____ 血壓水準：____/____ 測量地點： <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 醫生診所	17 您今年是否接種過以下任何疫苗？ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">流感</td> <td style="text-align: center;">肺炎</td> <td style="text-align: center;">COVID</td> <td style="text-align: center;">其他</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 是</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 否</td> </tr> </table>	流感	肺炎	COVID	其他	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否
流感	肺炎	COVID	其他										
<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是										
<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否										
18 如果您沒有定期接種疫苗，原因是什麼？	19 如果您今年接種了其他疫苗，您接種了哪些疫苗？												
20 您如何描述自己的飲食習慣？ <input type="checkbox"/> 健康均衡 <input type="checkbox"/> 比較健康 <input type="checkbox"/> 飲食不健康或不規律	21 您目前是否飲酒或使用娛樂性藥物或物質？ <input type="checkbox"/> 是，定期 <input type="checkbox"/> 是，偶爾 <input type="checkbox"/> 否或不想說												
22 您在過去 12 個月內住過幾次院？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 5 次以上	23 您在過去 12 個月內去過幾次急診室 (ER)？ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> 7 次以上												
24 您在過去 12 個月內是否曾入住過專業護理機構 (SNF) 或急性復健機構？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否													
第 4 部分：移動與平衡（跌倒的風險）													
25 您去年是否曾跌倒？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	26 您走路或站立時是否感到不穩定？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
27 您是否需要幫助行走或站立？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	28 您的醫師是否進行過持續 12 秒或更長時間的定時步行測試？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
29 您是否難以看清？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	30 您在過去一年內是否進行過視力測試？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否												
第 5 節：藥物、過敏和疼痛													
31 您是否服用處方藥？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，有多少種？ _____ 列出所有已知藥物： _____													
32 是否有任何藥物會讓您頭暈、困倦或意識混亂？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	33 您目前是否有疼痛或不適？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是，在哪裡？ _____ 疼痛程度從 0 到 10 是多少？ _____ (0 = 無疼痛, 10 = 最糟) _____												



請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。

IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

34	您是否有任何已知的過敏？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，請列出過敏原：_____	35	您是否從 Medicare 獲得額外補助來支付藥費？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
第 6 節：支援與社交生活					
36	您在家是否感到安全？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	37	您現在是否有護理人員照顧您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，每週多少天？_____		
38	當您需要幫助的時候，您是否有家人或其他人願意並能夠幫助您？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
39	您是否覺得您的護理員很難為您提供所需的幫助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
40	您多久與親密的朋友/家人交談或見面一次？ <input type="checkbox"/> 每週 1 次以下 <input type="checkbox"/> 每週 1-2 次 <input type="checkbox"/> 每週 3-5 次 <input type="checkbox"/> 每週超過 5 次				
第 7 節：住房與交通載送					
41	您如今的住房狀況如何？ <input type="checkbox"/> 我有穩定的住所 <input type="checkbox"/> 我目前有住處，但我擔心未來會失去 <input type="checkbox"/> 我沒有穩定住處（我跟別人住在一起、住在飯店、住在收容所、住在街道、海灘、汽車、廢棄建築物、公車或火車站，或公園）				
42	在過去 12 個月內，您是否因為交通不便而無法赴約就診、會面、工作或獲得日常生活所需的物品？（勾選所有適用項） <input type="checkbox"/> 是，交通不便讓我無法赴約就診或獲得藥物 <input type="checkbox"/> 是，交通不便讓我無法完成非醫療會面、赴約、工作或獲得我所需的物品 <input type="checkbox"/> 否				
第 8 節：食物和公用事業					
43	在過去 12 個月內，您擔心食物吃完後沒有錢繼續購買。 <input type="checkbox"/> 經常這樣 <input type="checkbox"/> 有時這樣 <input type="checkbox"/> 從沒這樣過				
44	在過去 12 個月內，供電、供氣、供油或供水公司是否威脅要對您的家裡斷供？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已經斷供				
第 9 節：情緒與情感健康					
45	在過去兩週內，您受到以下任何問題困擾的頻率如何？				
請為每個陳述勾選一個方塊：		完全沒 有	幾天	超過 一半的日子	幾乎 每天
對事物失去興趣或樂趣		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
感覺心情低落、沮喪或絕望：		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

請將此 HRA 放入已印好地址的隨附信封寄回。



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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

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

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

您的額外補助等級	Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005 的月繳保費	Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012 的月繳保費
100%	\$0	\$0
75%	\$0	\$0
50%	\$0	\$0
25%	\$0	\$0

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

如果您未領取額外補助，您可以查詢您是否符合資格，請致電：

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

如果您有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-800-838-8271，TTY 使用者可致電 TTY 專線：711，10 月 1 日至 3 月 31 日（節假日除外）期間的服務時間為：週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點，4 月 1 日至 9 月 30 日期間（節假日除外）的服務時間為：週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。

Imperial Health Plan 是一項與 Medicare 簽訂合約的 (HMO) (HMO SNP)。能否參保 Imperial Health Plan 視合約續簽情況而定。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守適用的聯邦民權法，不會因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或性別而歧視他人。注意：如果您說中文，我們將提供免費的語言援助服務。請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

重要資訊：

2025 年 Medicare 星級評級

Official U.S.
Government
Medicare
Information



Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496

2025 年，Medicare 對 Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496 的星級評級如下：

總體星級評級：★★★★☆
醫療服務評級：★★★★☆
藥品服務評級：★★★★☆

Medicare 每年都會採用五星評級系統來評估各項計劃。

為什麼星級評級很重要

Medicare 會對各項計劃的醫療和藥品服務進行評級。

這能讓您根據品質和表現輕鬆對比計劃。

星級評級基於以下因素：

- 會員對計劃服務和護理的反饋意見
- 退出或繼續享有計劃的會員人數
- Medicare 收到的有關計劃的投訴量
- 與計劃合作的醫生和醫院提供的資料

得星越多，表示計劃越優秀。也就是說，會員可以獲得更好的護理以及更優質、快捷的客戶服務。

線上獲取有關星級評級的更多資訊

線上比較此計劃及其他計劃的星級評級，網址：[Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)。

對本計劃有疑問？

請撥打 800-838-5914 (免費) 或 711 (TTY) 聯絡 Imperial Health Plan of California, Inc.，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00 (太平洋時間)。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一到週五，上午 8:00 至晚上 8:00 (太平洋時間)。現有會員請撥打 800-838-8271 (免費) 或 711 (TTY)。

得星數表示計劃的表現情況。

- ★★★★★ 優秀
- ★★★★☆ 高於平均水平
- ★★★☆☆ 平均
- ★★☆☆☆ 低於平均水平
- ★☆☆☆☆ 較差

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711) or speak to your provider.”

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles, sin costo alguno, las ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar la información en formatos accesibles. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-838-8271 (TTY : 711) 或與您的提供者討論。」

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-838-8271 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-838-8271 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

العربية

كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تنبيه: (أو تحدث إلى مقدم الخدمة" 711 (1-800-838-8271 اتصل على الرقم بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا.

ՀԱՅԵՐԵՆ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մասշեղի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-xxx-xxx-xxxx հեռախոսահամարով (711՝ 1-800-838-8271) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

বাংলা

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-800-838-8271 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।”

فارسي

همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی اگر [وارد کردن زبان] صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. توجه: تماس (1-800-838-8271 (تله‌تایپ: 711 با شماره مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. بگیرد یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी

प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-838-8271 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।”

日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-838-8271（TTY：711）までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ

ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-838-8271 (TTY: 711)

ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។”

ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-838-8271 (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

РУССКИЙ

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-838-8271 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-838-8271 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้

ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-838-8271 (TTY: 711)

หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

українська мова

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-838-8271 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

اردو

قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ توجہ دیں: (پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات 1-800-838-8271 (TTY: 711) کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ کریں۔”

Notice of Non-Discrimination

Unlawful Discrimination

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (as defined in 45 CFR § 92.101(a)(2)) (or sex, gender identity, including transgender expressions; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and gender stereotypes). Imperial Health Plan does not exclude anyone or treat them unfairly because of race, color, national origin, age, disability, or sex

Imperial Health Plan:

Allows people with disabilities to make reasonable accommodations, free of charge, to communicate effectively with us, such as:

- Quality sign language interpretation
 - Providing information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language assistance services to people whose first language is not English, which may include:
- Quality interpretation
 - Information written in other languages.

If you need reasonable accommodations, basic service assistance, or language assistance, please contact Erica Ruiz.

If you believe that Imperial Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can raise your concern with: Erica Ruiz Compliance Officer, Compliance FWA, PO Box 60874 Pasadena, CA 91116, 1-888-708-5377, 711, 1-626-380-9054, complianceFWA@imperialhealthplan.com. You can raise your concern in person or by mail, fax, or email. If you need assistance raising your concern, Erica Ruiz Compliance Officer is available to help you.

You may also file a human rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Human Rights, electronically through the Human Rights Complaint Portal <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (Disabled)
Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

重要聯絡資訊

計劃網站	Imperial Health Plan	www.ImperialHealthPlan.com
會員服務部	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
運輸	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
膳食	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
視力/眼鏡	VSP Vision Care	1-855-492-9028 www.vsp.com/advantageonly
健身房/ 健身會員資格	Silver & Fit	1-877-427-4788 www.SilverandFit.com
聽力	TruHearing	1-866-335-9267
居家支援	Papa Pals	1-833-200-6924 www.Papa.com
非處方 (OTC)	AndMore	1-855-263-6673 www.AndMoreHealth.com
藥房福利	MedImpact	1-877-391-1105 www.Medimpact.com
遠程醫療	Teladoc	1-800-835-2362 www.Teladoc.com
行為健康	Lucet	1-816-237-2362
脊椎推拿和針灸	American Specialty Health	1-800-678-9133 www.ASHLink.com/ash/IHPM
牙科服務	Delta Dental	1-888-643-3239 線上尋找牙醫 https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

1100 E. Green Street, Pasadena, CA 91106
ImperialHealthPlan.com

如需瞭解您可享有的福利的清單，請致電 1-800-838-8271 (TTY: 711)，10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為：週一至週日，上午 8:00 至晚上 8:00 (太平洋標準時間)，4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為：週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00，節假日除外。