

IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

가입 안내

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016



2026 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) 사전 가입 키트 목차

서문 및 연락처	2
예약 범위(SOA).....	4
자격	6
혜택 주요 내용(012, 005, 016)	7
혜택 요약(012, 005, 016).....	19
가입 방법 및 향후 진행 절차.....	40
가입 전 체크리스트	41
가입 자격 증명서	43
가입 신청서	47
SNP 평가.....	54
건강 위험 평가(HEALTH RISK ASSESSMENT, HRA)	58
저소득층 요약 보험료 표.....	63
별점 등급	64
언어 가용성 및 차별 금지	65
중요 연락처	68



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

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

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

2026년에는 종합 치과 진료, 시력, 청력, 교통, 헬스클럽 멤버십, 비처방(OTC) 의약품 및 용품, 정기 발 관리 등과 같은 많은 추가 혜택을 이용할 수 있습니다. 귀하의 혜택을 비교해 보시면 Imperial Health Plan의 선택으로 얻게 될 이점을 알게 되시리라 믿습니다.

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

감사합니다.

Paveljit S. Bindra, M.D. CEO

2026년, 저희는 다음 50개 캘리포니아 카운티에서 Imperial Health Plan 혜택과 서비스를 제공하게 된 것을 기쁘게 생각합니다.

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

중요 연락처: #s

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

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



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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



IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

예약 범위(SOA) 확인

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

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

Medicare Advantage 플랜(파트 C)	
☐	Medicare 건강 관리 기관(HMO): 모든 Original Medicare 파트 A 및 파트 B 건강 보장을 제공하고 경우에 따라 파트 D 처방약 보장을 제공하는 Medicare Advantage 플랜. 대다수 HMO에서, 가입자는 플랜 네트워크에 가입해 있는 의사 또는 병원에서만 치료 서비스를 받을 수 있습니다(응급 시 제외).
☐	Medicare 특수 요구 플랜(SNP): 특별한 건강 관리가 필요한 사람들을 위해 설계된 혜택 패키지가 있는 Medicare Advantage 플랜. 제공되는 특정 그룹의 예로는 Medicare와 Medicaid를 모두 가지고 있는 사람, 요양원에 거주하는 사람, 만성 질환을 가진 사람 등이 있습니다.

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

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

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

**예약 범위 문서는 CMS 기록 보유 요건의 적용을 받습니다. Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO)(HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 때마다 다시 심사되고 결정됩니다. Imperial Health Plan of California(HMO) (HMO SNP)는 적용되는 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 여부 또는 성별에 따라 차별하지 않습니다. 주의: 영어를 사용하는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*



IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA

자격:

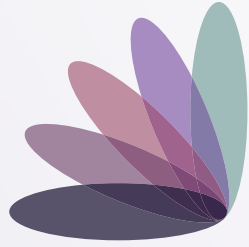
Medicare Advantage 플랜에 가입할 때는 자격 요건과 가입 지침을 이해하는 것이 중요합니다. Medicare 파트 A 자격이 있고 Medicare 파트 B에 가입되어 있는 경우 Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)와 같은 Medicare Advantage 플랜에 가입할 자격이 있을 수 있습니다. Medicare Advantage 플랜에 이미 가입되어 있는 경우 다음 연도의 보장을 10월 15일부터 12월 7일까지 변경할 수 있습니다. 다른 특별 가입 기간(SEP)은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

Imperial Health Plan의 자격 요건은 다음과 같습니다.

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

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

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



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

혜택
하이라이트

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016

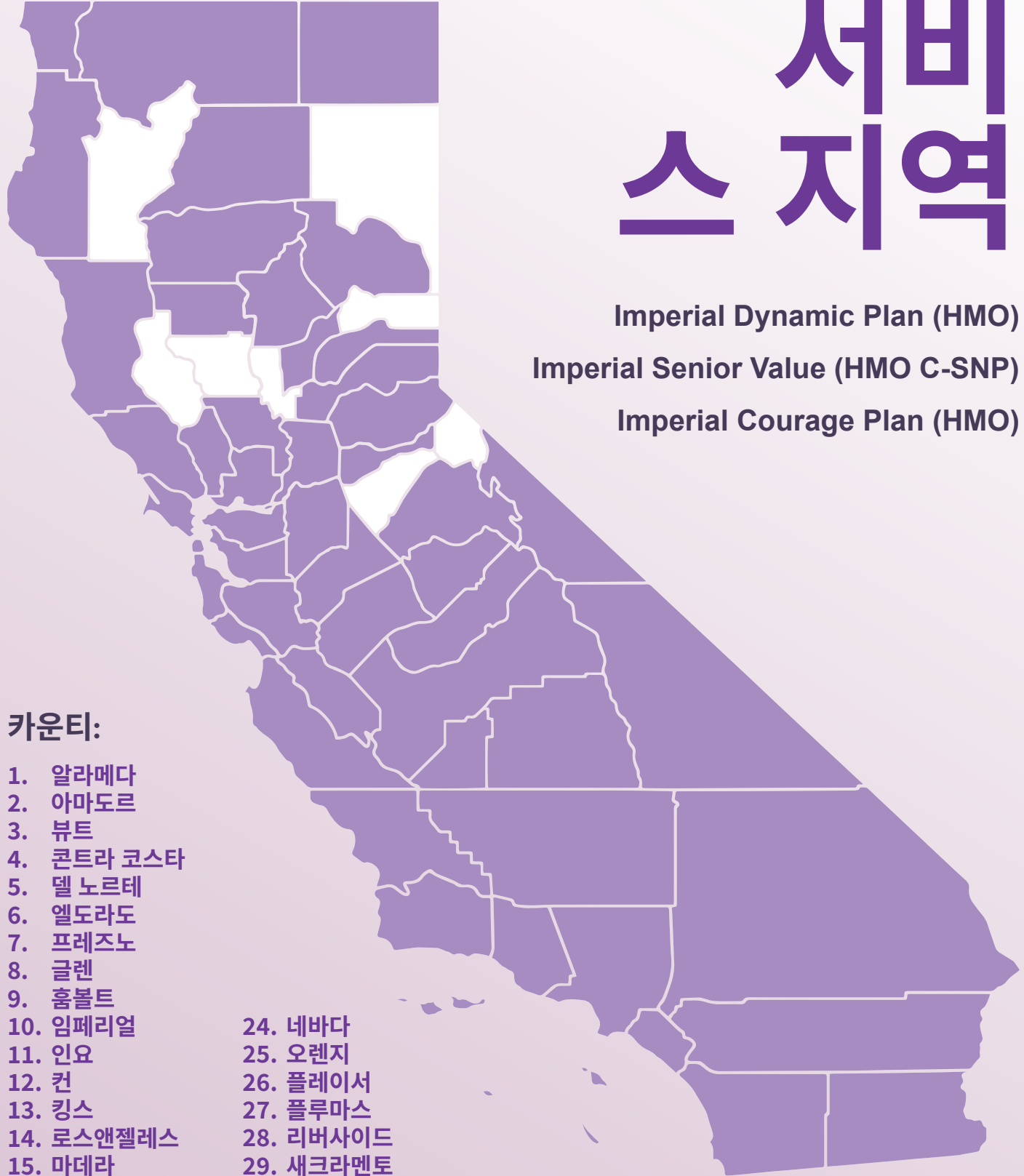
서비스 지역

Imperial Dynamic Plan (HMO)

Imperial Senior Value (HMO C-SNP)

Imperial Courage Plan (HMO)

카운티:

- 
1. 알라메다
 2. 아마도르
 3. 뷰트
 4. 콘트라 코스타
 5. 델 노르테
 6. 엘도라도
 7. 프레즈노
 8. 글렌
 9. 홀볼트
 10. 임페리얼
 11. 인요
 12. 컨
 13. 킹스
 14. 로스앤젤레스
 15. 마데라
 16. 마린
 17. 마리포사
 18. 멘도시노
 19. 머세드
 20. 모독
 21. 모노
 22. 몬터레이
 23. 나파
 24. 네바다
 25. 오렌지
 26. 플레이서
 27. 플루마스
 28. 리버사이드
 29. 새크라멘토
 30. 산 베니토
 31. 샌버나디노
 32. 샌디에이고
 33. 샌프란시스코
 34. 샌 호아킨
 35. 샌루이스오비스포
 36. 산마테오
 37. 산타바바라
 38. 산타 클라라
 39. 산타크루즈
 40. 샤스타
 41. 시스키유
 42. 솔라노
 43. 소노마
 44. 스타니슬라우스
 45. 테하마
 46. 툴레어
 47. 투올러미
 48. 벤투라
 49. 올로
 50. 유바

2026년 혜택 하이라이트
페이지 2

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
C 파트 플랜 프리미엄	\$0	\$0	\$0
Medicare 파트 B 보험료 감면	\$35 월	\$25 월	\$75 월
C 파트 연간 공제액	\$0	\$0	\$0
D 파트 약물 연간 공제액	\$0	\$0	D 파트 약물 보장 없음
연간 최대 본인 부담금 A 파트 및 B 파트 비용	\$296	\$296	\$2,999
1차 진료 의사 서비스	\$0	\$0	\$0
전문의 서비스	\$0	\$0	\$5
정신과 서비스	\$0	\$0	\$0

H5496_432 Benefit Highlights_M KO Alternate Format 09/08/25

Medicaid 전체 적용 대상자의 경우, 이 공동보험 부담금은 Medicaid나 제3자에 의해 일부 또는 전부 지불될 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

2026년 혜택 하이라이트
페이지 3

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
물리 치료 및 언어 치료 서비스, 작업 치료 서비스	\$0	20% 신체 및 언어 \$10 작업 요법
정형외과 서비스	\$0 연간 최대 6회 방문	\$5 연간 최대 6회 방문
침술 및 척추 지압 치료	\$0 연간 최대 35회 방문 가능	\$0 침술만 연간 최대 20회 방문 가능
실험실 서비스	\$0	\$0
외래 진단 절차 엑스레이, MRI, CT 스캔	\$0	\$0
긴급히 필요한 서비스	\$0	\$0
구급차 서비스	20% 공중 \$150 이상 48시간 내 병원 입원 시 면제	20% 공중 \$150 이상 48시간 내 병원 입원 시 면제

Medicaid 전체 적용 대상자의 경우, 이 공동보험 부담금은 Medicaid나 제3자에 의해 일부 또는 전부 지불될 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

2026년 혜택 하이라이트
페이지 4

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
응급 서비스	\$125 48시간 내 병원 입원 시 면제	\$125 48시간 내 병원 입원 시 면제	\$125 48시간 내 병원 입원 시 면제
입원 병원 - 급성	\$0	\$0	\$150 1~5일 \$0 6~90일
입원 병원 - 정신과	\$0	\$0	\$150 1~5일 \$0 6~90일
식사 혜택	\$0 최대 7회 배달 음식 퇴원 후, 연간 최대 \$105	\$0 최대 7회 배달 음식 퇴원 후, 연간 최대 \$105	\$0 최대 7회 배달 음식 퇴원 후, 연간 최대 \$105
가정 내 지원 서비스	\$0 연간 최대 60시간	\$0 연간 최대 60시간	보장되지 않음
외래 병원 서비스	\$100 방문당	\$100 방문당	\$200 방문당

Medicaid 전체 적용 대상자의 경우, 이 공동보험 부담금은 Medicaid나 제3자에 의해 일부 또는 전부 지불될 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

2026년 혜택 하이라이트
페이지 5

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
전문 간호 시설	\$0 1일당, 1~20일 \$100 1일당, 21일~50일 \$200 1일당, 51일~100일		\$0 1일당, 1~20일 \$200 1일당, 21일~100일
내구성 의료 장비(DME)	20%	20%	20%
눈 검사	\$0	\$0	\$0
안경 - 처방 렌즈	\$0	\$0	\$0
VSP 참여 공급업체의 안경테	\$500 연간 수당	\$500 연간 수당	\$250 연간 수당
청력 검사	\$0	\$0	\$0
처방 보청기	\$500 연간 수당	\$500 연간 수당	\$500 연간 수당

Medicaid 전체 적용 대상자의 경우, 이 공동보험 부담금은 Medicaid나 제3자에 의해 일부 또는 전부 지불될 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

2026년 혜택 하이라이트
페이지 6

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
전 세계 비상 상황 / 긴급 보장	\$0 연간 최대 \$100,000	\$0 연간 최대 \$100,000	\$20 연간 최대 \$50,000
피트니스 혜택 멤버십 Silver&Fit™	\$0 연간	\$0 연간	\$0 연간
교통 서비스	\$0 연간 최대 100회 편도 이동	\$0 연간 최대 100회 편도 이동	\$0 연간 최대 100회 편도 이동
포괄 치과 서비스	\$4,000 연간 수당	\$3,000 연간 수당	\$1,500 연간 수당
진단 및 예방 치과 서비스	\$500 연간 수당	\$500 연간 수당	\$500 연간 수당
일반의약품(OTC) 품목	\$140 분기당	\$130 분기당	\$75 분기당

Silver&Fit™은 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 등록 상표입니다. All rights reserved.

Medicaid 전체 적용 대상자의 경우, 이 공동보험 부담금은 Medicaid나 제3자에 의해 일부 또는 전부 지불될 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

2026년 혜택 하이라이트
페이지 7

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
실데나필 시트르산염 (일반 비아그라)	1단계 \$0 한 달에 6정	D 파트 약물 보장 없음
당뇨병 용품 및 서비스	\$0	\$0
SSBCI 인증 식품 및 농산물/식료품 ¹	\$45 분기당	보장되지 않음
¹ 다음 만성 질환 중 하나 이상을 앓고 있어야 자격이 있습니다. 만성 알코올 사용 장애 및 기타 물질 사용 장애(SUD); 자가면역 질환; 암; 심혈관 질환; 만성 심부전; 치매; 당뇨병; 과체중, 비만 및 대사 증후군; 만성 위장관 질환; 만성 신장 질환(CKD); 심각한 혈액 질환; HIV/AIDS; 만성 폐 질환; 만성 및 장애를 유발하는 정신 건강 상태; 신경계 질환; 뇌졸중; 장기 이식 후; 면역 결핍 및 면역 억제 장애; 인지 장애와 관련된 상태; 기능적 어려움이 있는 상태; 시력, 청력(청각 장애), 미각, 촉각 및 후각을 손상시키는 만성 상태; 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태		
자기부담금 비용 임계값 -D 파트 약물	이 계획의 D 파트 약물에 대한 연간 비용 한도는 \$2,100입니다	D 파트 약물 보장 없음
인슐린 처방서	\$0	D 파트 약물 보장 없음
1단계 - 특혜 일반 의약품 (30일분)	\$0	D 파트 약물 보장 없음
2단계 - 일반 (30일분)	\$6	D 파트 약물 보장 없음

일부 가입자는 약물 공제금을 지불하는 데 추가적인 도움을 받습니다. 공제금이 더 낮을 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
3단계 - 특허 브랜드 (30일분)	\$45	D 파트 약물 보장 없음
4단계 - 비특허 약물 (30일분)	\$90	D 파트 약물 보장 없음
5단계 - 특수 등급 (30일분)	33%	D 파트 약물 보장 없음
6단계 - 선별된 치료약 (30일분)	해당 없음	D 파트 약물 보장 없음
1단계 - 특허 일반(100일분)	\$0 우편 주문 \$0 소매	D 파트 약물 보장 없음
2단계 - 일반 (100일분)	\$5 우편 주문 \$5 소매	D 파트 약물 보장 없음
3단계 - 특허 브랜드 (100일분)	\$90 우편 주문 \$110 소매	D 파트 약물 보장 없음
4단계 - 비특허 약물 (100일분)	\$180 우편 주문 \$225 소매	D 파트 약물 보장 없음
5단계 - 특수 등급 (100일분)	해당 없음	D 파트 약물 보장 없음
6단계 - 선별된 치료약 (100일분)	해당 없음	D 파트 약물 보장 없음

일부 가입자는 약물 공제금을 지불하는 데 추가적인 도움을 받습니다. 공제금이 더 낮을 수 있습니다. 비용 분담은 2027년에 변경될 수 있습니다.

Imperial Health Plan은 Medicare 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan에 가입하려면 계약 갱신이 필요합니다. 이 정보는 혜택에 대한 완전한 설명이 아닙니다. 자세한 내용은 1-800-838-8271 (TTY: 711)로 전화해 주세요. 제한, 공제금 및 계약이 적용될 수 있습니다. 혜택, 보험료 및/또는 공제금/공동보험은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

주의: 영어를 구사하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 도구와 서비스도 무료로 이용할 수 있으며, 서비스 제공자에게 문의해도 됩니다. 1-800-838-8271 (TTY: 711)로 전화하거나 서비스 제공자와 상담하세요.

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)는 해당 연방 시민권법을 준수하며 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. Imperial은 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별 때문에 누구도 배제하거나 부당하게 대우하지 않습니다.

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

이용 가능한 서비스 목록을 알아보려면 1-800-838-8271(TTY: 711)로 전화하세요. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시부터 오후 8시(PST)까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지(공휴일 제외)에 이용할 수 있습니다.



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

혜택 요약서

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)

이 문서는 스페인어로 무료로 제공됩니다. 이 문서는 점자, 대형 활자체 또는 오디오와 같은 기타 형식으로 제공됩니다. 추가 정보는 1-800-838-8271(TTY 711)번으로 문의해 주세요: 10월 1일 – 3월 31일: 월요일 – 일요일, 오전 8:00 – 오후 8:00 또는 4월 1일 – 9월 30일: 월요일 – 금요일, 오전 8:00 – 오후 8:00(휴일 제외) 또는 www.imperialhealthplan.com 에 방문하여 확인해 주세요 .



누가 가입할 수 있나요?

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

- 거주지가 당사의 서비스 지역 내에 있습니다
- Medicare 파트 A 및 Medicare 파트 B를 보유해야 합니다
- 미국 시민권자인 경우

일부 플랜에는 가입을 위한 추가 요구 사항이 있습니다.

- Imperial Senior Value (HMO C-SNP)에 가입하려면 심혈관 장애, 만성 심부전 및/또는 당뇨병 진단을 받아야 합니다.

어떤 의사, 병원, 약국을 이용할 수 있나요?

Imperial Health Plan에는 의사, 병원, 약국 및 기타 의료 제공자로 구성된 네트워크가 있어 가입자에게 의료 및 보조 혜택 관리를 제공할 수 있습니다. 건강 플랜에 가입하실 때, 귀하는

반드시 일차 진료의(PCP)를 선택해야 합니다. 귀하가 다른 의료 제공자를 만나야 할 경우 담당 PCP는 당사와 협력하여 귀하의 의료 및 전문의 진료를 조정합니다. 당사의 네트워크에 속하지 않은 의료 제공자를 이용하시는 경우, 플랜은 응급 상황을 제외하고 이러한 서비스에 대한 비용을 지불하지 않을 수 있습니다. 저희 웹사이트에서 목록을 확인하실 수 있습니다:

www.imperialhealthplan.com.

파트 D 처방약 비용은 어떻게 결정하나요?

당사가 보장하는 파트 D 의약품은 가입자가 가입한 플랜 혜택 패키지에 따라 5단계 및 6단계로 분류됩니다. 귀하의 의약품이 어느 단계에 속하는지 확인하려면 의약품 목록 또는 "처방전"의 사본이 필요합니다. 지불하지는 금액은 의약품의 단계, 일일 공급분 수, 도달한 혜택 단계, 네트워크 약국 이용 여부, 이용하는 약국 유형(예: 소매, 우편 주문, 장기치료, 가정 주입 등)에 따라 다릅니다.

자세한 정보는 어디서 찾을 수 있나요?

가입자 서비스부 직원이 자격 요건 및 혜택에 관한 질문에 답변해 드립니다. 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일-일요일 오전 8:00-오후 8:00, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일-금요일 오전 8:00-오후 8:00(휴일 제외)에 전화해 주세요.

본 혜택 요약서는 당사가 보장하는 범위와 가입자가 지불하는 금액을 요약한 것입니다. 당사가 보장하는 모든 서비스를 열거하거나 모든 제한 또는 예외를 나열하지는 않습니다. 당사가 보장하는 서비스의 전체 목록을 보려면 "보장

증거"를 참조하세요. 이 책은 당사 웹사이트 www.Imperialhealthplan.com 가입자 혜택 아래에 나와 있습니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알고 싶으시면 "Medicare & You" 핸드북을 참조하세요. 이 핸드북은 www.Medicare.gov 에서 찾거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해서 확인하실 수 있습니다. TTY 번호는 1-877-486-2048번입니다.

Imperial Health Plan 서비스 지역

플랜	서비스를 제공하는 카운티
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005	알라메다, 아마도르, 뷰트, 콘트라 코스타, 델 노르테, 엘도라도, 프레스노, 글렌, 험볼트, 임페리얼, 인요, 켄, 킹스, 로스앤젤레스, 마데라, 마린, 마리포사, 멘도치노, 메세드, 모독, 몬터레이, 모노, 나파, 네바다, 오렌지, 플레이서, 플루마스, 리버사이드, 사크라멘토, 산타 바바라, 샌 버나디노, 산 베니토, 산타 클라라, 샌디에이고, 샌프란시스코, 산 호아킨, 산 루이 오비스포, 산 마테오, 산타 크루즈, 샤스타, 시스키유, 솔라노, 소노마, 스타니슬라우스, 테하마, 툴레어, 투올로미, 율로, 유바
Imperial Dynamic Plan (HMO) 012	
Imperial Courage Plan (HMO) 016	

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
보험료 매달 얼마를 지불해야 하나요?	- 파트 C 보험료: 월 \$0 지불 - 파트 D 보험료: 월 \$0 지불 - Imperial Dynamic Plan은 파트 B 보험료의 \$35를 지불합니다. 귀하는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다
공제 플랜에서 지불하기 전에 얼마를 지불해야 하나요?	이 플랜에는 파트 C 또는 D 혜택에 대한 공제액이 없습니다
최대 본인 부담금 비용 제가 지불해야 하는 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜에서 파트 C 서비스에 대해 매년 지불하는 최대 금액은 \$296입니다
입원 – 급성 ^{1,2} 제 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 하나요?	1 – 90일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 - 가입자는 각 Lifetime Reserve Day에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다.
외래 환자 병원 서비스 ^{1,2}	방문당 \$100를 지불합니다
외래 수술 센터 ^{1,2}	가입자는 Medicare 보장 외래 외과 센터를 방문할 때마다 \$100를 지불합니다
진찰 주치의나 전문의를 방문하려면 얼마를 내야 하나요?	- 일차 진료의 진찰: 가입자 부담금: \$0 - 전문의 진찰^{1,2}: 가입자 부담금: \$0 - 전화 또는 비디오를 사용하여 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있습니다
예방적 서비스 예방 진료에 대해 얼마를 지불합니까?	가입자는 환영 방문 후 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 디지털 직장 검사 및 심전도 검사 비용을 \$0로 지불합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
응급 서비스 응급 진료 비용은 얼마인가요?	• 방문당 \$125를 지불합니다 • 48시간 이내에 병원에 입원하면 응급 진료에 대한 비용 중 가입자의 몫을 지불하지 않아도 됩니다
긴급히 필요한 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?	• 가입자 부담금: \$0
진단 서비스 / 실험실 / 촬영^{1,2} 진단 서비스에 대해 얼마를 지불해야 합니까?	• 다음에 대해 \$0를 지불합니다. • 실험실 서비스 • 진단 테스트 • 진단 방사선과 서비스(예: MRI) • 엑스레이 • 치료 방사선 서비스에 대한 총 비용의 20%를 가입자가 부담합니다.
외래환자 약물 남용^{1,2}	• 가입자는 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 남용 방문에 대해 총 비용의 20%를 부담합니다
	• 각 가정 건강 방문에 대해 \$0를 지불합니다
정신 건강 전문 서비스^{1,2} 입원환자 또는 외래환자 서비스에 대해 얼마를 지불해야 하나요?	• 입원환자 입원: • 1 – 90일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 • 가입자는 각 Lifetime Reserve Day에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다. • 외래환자 서비스: 가입자는 Medicare 보장 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(비의사)에 대해 \$0를 지불합니다 • 가입자는 Medicare 보장 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 \$0를 지불합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
전문 간호 시설^{1,2} 전문 간호 시설 입원 비용은 얼마인가요?	혜택 기간당 SNF에서 최대 100일을 보장합니다. • 1 – 20일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 • 21 – 50일차에 대해 일일 \$100를 지불합니다 • 51 – 100일차에 대해 일일 \$200를 지불합니다
심장 재활 서비스 / 작업 / 물리 / 음성 / 언어 치료² 외래환자 재활 및 치료 비용은 얼마인가요?	• 다음에 대해 \$0를 지불합니다. • 심기능(심장) 재활 서비스 • 작업 치료 • 물리 치료 • 언어 치료
구급차 서비스¹ 구급차 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?	• 지상 편도 요금은 \$150입니다 • 공중 이동 시 총 비용의 20%를 부담합니다 • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다. • 48시간 이내에 병원에 입원하면 응급 진료에 대한 비용 중 가입자의 몫을 지불하지 않아도 됩니다
내구성 의료 장비(DME) / 보철물 / 당뇨병 용품¹	• 가입자는 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대해 품목당 총 비용의 20%를 부담합니다 • 가입자는 보조기, 의수족과 같은 보철물¹에 품목당 총 비용의 20%를 부담합니다 • 당뇨병 모니터링 용품¹에 대해 \$0를 지불합니다
Medicare 파트 B Rx 의약품 및 가정 주입 약물¹ 파트 B 의약품에 대해 얼마를 지불합니까?	• 파트 B 인슐린에 대해 \$0를 부담합니다 • 가입자는 화학요법 의약품을 포함한 기타 모든 파트 B 의약품에 대해 총 비용의 20%를 부담합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Dynamic Plan (HMO)	
파트 D 보험료	월 \$0 지불		
본인 부담금 비용 임계값 제가 지불해야 하는 금액의 한도는 얼마인가요?	이 플랜에서 파트 D에 대한 연간 한도는 \$2,100입니다		
공제액 단계	공제액 없음 (귀하의 보장은 가입 발효일부터 시작됩니다)		
초기 보장 단계	가입자는 연간 본인 부담금 약 비용이 \$2,100에 도달할때까지 다음 비용을 지불합니다		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
1단계 – 혜택 일반	\$ 0.00	\$ 0.00	
2단계 – 일반	\$ 6.00	\$ 5.00	
3단계 – 혜택 브랜드	\$45.00/ 특별 인슐린: \$0	\$90.00/ 특별 인슐린: \$0	
4단계 – 비혜택	\$90.00/ 특별 인슐린: \$0	\$180.00/ 특별 인슐린: \$0	
5단계 – 특수 단계	33%	5단계에는 우편 주문 공급이 제공되지 않습니다.	
재해 보장 단계:	연간 본인 부담금 의약품 비용이 \$2,100에 도달한 후. 가입자는 플랜 연도의 남은 기간 동안 보장 처방약에 대해 \$0를 지불합니다.		

인슐린 비용 지불에 대한 중요 메시지 – 당사 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월 치에 대해 제품의 비용 분담 단계에 상관없이 귀하는 \$35가 넘는 금액을 지불하지 않습니다.

보조 혜택	Imperial Dynamic Plan (HMO)
치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마인가요?	• Medicare 보장 치과 서비스: 가입자 부담금: \$0 • 예방 치과 서비스: 정기 진료소 방문에 대해 \$0를 부담합니다. 진료소 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과가 포함됩니다 엑스레이. 귀하의 플랜은 연간 최대 \$500의 정기 치과 서비스를 보장합니다 • 가입자는 수복 서비스에 대해 \$0를 부담합니다: 보철, 기타 구강악안면외과 수술, 기타 서비스. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$4000를 보장합니다
안과 서비스 안과 서비스에 대해 얼마를 지불합니까? 연간 안경 수당은 얼마입니까?	• 가입자는 Medicare 보장 안과 서비스에 대해 \$0를 지불합니다 • 정기 눈 검사 비용은 \$0입니다 • 다음 중 하나에 대해 매년 \$0를 지불합니다. • 안경 한 쌍(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 한 쌍 • 이 플랜은 안경에 대해 매년 최대 \$500를 보장합니다
청각 서비스^{1,2} 청각 서비스 또는 보청기에 대해 얼마를 지불합니까?	• 다음에 대해 \$0를 지불합니다. • 보장 진단 및 정기 검사 • 플랜은 최대 \$250를 보장합니다 • 보청기 보조금: 가입자는 \$0를 지불합니다. 이 플랜은 연간 최대 \$500까지 보장합니다
교통 서비스^{1,2} 교통편 서비스에 대해 얼마를 지불해야 합니까?	• 가입자는 플랜이 승인한 장소까지 100회 편도 이동에 대해 \$0를 지불합니다
식사 혜택¹	• 수술 또는 병원 입원 후 최대 7회의 배달 식사에 대한 본인 부담금은 \$0입니다. • 플랜은 혜택 기간당 최대 \$105를 보장합니다.

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

SSBCI 인증 식품 및 농산물/식료품 *본 문서의 마지막 페이지에 나열된 만성 질환 중 하나 이상을 가지고 있어야 자격이 갖추어집니다.	• 분기당 \$45
재택 지원 서비스	• 가입자는 교통편, 식료품 쇼핑, 약 픽업, 진료 알림, 간단한 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 60시간의 재택 지원 서비스에 대해 \$0를 지불합니다.
카이로프랙틱 및 침술 치료	• 가입자는 매년 35회 방문(침술 치료와 합산)에 대해 \$0의 본인 부담금을 지불합니다.
일반의약품(OTC)	• \$140 보조금은 OTC 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 제공됩니다 • 현금, 수표, 신용카드 또는 우편환은 이 OTC 혜택에 따라 허용되지 않습니다 • 롤오버 없음
발 질환 서비스²	• 연당 6회의 정기 발 관리 방문에 대해 \$0를 지불합니다
피트니스 혜택	• 가입자는 Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대해 \$0를 지불합니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness)에서 제공하며 이는 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사입니다.
전 세계 응급/긴급 보장	• 적격 비용에 대해 최대 \$100,000 환급, 본인 부담금 \$0 • 긴급 또는 응급 서비스만 해당

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
보험료 매달 얼마를 지불해야 하나요?	- 파트 C 및 D 보험료: 월 \$0 지불 - Imperial Senior Value (HMO C-SNP)는 파트 B 보험료의 \$25 를 지불합니다. 귀하는 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다
공제 플랜에서 지불하기 전에 얼마를 지불해야 하나요?	이 플랜에는 파트 C 또는 D 혜택에 대한 공제액이 없습니다
최대 본인 부담금 비용 제가 지불해야 하는 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜에서 파트 C 서비스에 대해 매년지불하는 최대 금액은 \$296입니다
입원 – 급성^{1,2} 제 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 하나요?	1 – 90일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 - 가입자는 각 Lifetime Reserve Day에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다.
외래 환자 병원 서비스^{1,2}	가입자는 외래 병원 서비스에 대해 \$100를 부담합니다
외래 수술 센터^{1,2}	가입자는 Medicare 보장 외래 외과 센터를 방문할 때마다 \$100를 지불합니다
진찰 주치의나 전문의를 방문하려면 얼마를 내야 하나요?	- 일차 진료의 진찰: 가입자 부담금: \$0 - 전문의 진찰^{1,2}: 가입자 부담금: \$0 - 전화 또는 비디오를 사용하여 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있습니다
예방적 서비스 예방 진료에 대해 얼마를 지불합니까?	가입자는 환영 방문 후 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 디지털 직장 검사 및 심전도 검사 비용을 \$0로 지불합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
응급 서비스 응급 진료 비용은 얼마인가요?	• 각 응급 방문에 대해 \$125를 지불합니다 • 48시간 이내에 병원에 입원하면 응급 진료에 대한 비용 중 가입자의 몫을 지불하지 않아도 됩니다
긴급히 필요한 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?	• 가입자 부담금: \$0
진단 서비스 / 실험실 / 촬영^{1,2} 진단 서비스에 대해 얼마를 지불해야 합니까?	• 다음에 대해 \$0를 지불합니다. • 진단 방사선과 서비스(예, MRI, CT) • 외래 환자 엑스레이 • 실험실 서비스 • 진단 테스트 • 치료 방사선 서비스: 가입자는 20%를 지불합니다
외래환자 약물 납용^{1,2}	• 가입자는 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 납용 방문에 대해 총 비용의 20%를 부담합니다
가정 건강 관리 서비스^{1,2}	• 각 가정 건강 방문에 대해 \$0를 지불합니다
정신 건강 전문 서비스^{1,2} 입원환자 또는 외래환자 서비스에 대해 얼마를 지불해야 하나요?	• 입원환자 방문: • 1 – 90일차에 대해 \$0를 지불합니다 • 외래환자 서비스: 가입자는 Medicare 보장 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(의사 제외) 각각에 대해 총 비용을 \$0로 지불합니다 • 가입자는 Medicare 보장 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 \$0를 지불합니다
전문 간호 시설^{1,2} 전문 간호 시설 입원 비용은 얼마인가요?	혜택 기간당 SNF에서 최대 100일을 보장합니다. • 1 – 20일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 • 21 – 50일차에 대해 일일 \$100를 지불합니다 • 51 – 100일차에 대해 일일 \$200를 지불합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
심장 재활 서비스 / 작업 / 물리 / 음성 / 언어 치료² 외래환자 재활 및 치료 비용은 얼마인가요?	• 심기능(심장) 재활 서비스: 가입자 부담금: \$0 • 작업 치료 방문: 가입자 부담금: \$0 • 물리 치료와 언어 치료 방문: 가입자 부담금: \$0
구급차 서비스¹ 구급차 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?	• 지상 편도 요금은 \$150입니다 • 공중 이동 시 총 비용의 20%를 부담합니다 • 비응급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다. • 48시간 이내에 병원에 입원하면 응급 진료에 대한 비용 중 가입자의 몫을 지불하지 않아도 됩니다
내구성 의료 장비(DME) / 보철물 / 당뇨병 용품¹	• 가입자는 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대해 품목당 총 비용의 20%를 부담합니다 • 가입자는 보조기, 의수족과 같은 보철물¹에 품목당 총 비용의 20%를 부담합니다 • 당뇨병 모니터링 용품¹에 대해 \$0 를 지불합니다
Medicare 파트 B Rx 의약품 및 가정 주입 약물¹ 파트 B 의약품에 대해 얼마를 지불합니까?	• 파트 B 인슐린에 대해 \$0를 부담합니다 • 가입자는 화학요법 의약품을 포함한 기타 모든 파트 B 의약품에 대해 총 비용의 20%를 부담합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

파트 D 처방약		Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	
파트 D 보험료	월 \$0 지불		
본인 부담금 비용 임계값 제가 지불해야 하는 금액의 한도는 얼마인가요?	이 플랜에서 파트 D 약물의 연간 한도는 \$2,100입니다		
공제액 단계	공제액 없음 (귀하의 보장은 가입 발효일부터 시작됩니다)		
초기 보장 단계	가입자는 연간 본인 부담금 약 비용이 \$2,100에 도달할때까지 다음 비용을 지불합니다		
	소매 30일분	우편 주문 100일분	
1단계 – 혜택 일반	\$ 0.00	\$ 0.00	
2단계 – 일반 약물	\$ 6.00	\$ 5.00	
3단계 – 혜택 브랜드	\$45.00/ 특별 인슐린: \$0	\$90.00/ 특별 인슐린: \$0	
4단계 – 비혜택	\$90.00/ 특별 인슐린: \$0	\$180.00/ 특별 인슐린: \$0	
5단계 – 특수 단계	33%	5단계에는 우편 주문 공급이 제공되지 않습니다.	
6단계 – 선별된 치료약	\$ 3.00	\$ 0	
재해 보장 단계:	연간 본인 부담금 의약품 비용이 \$2,100에 도달한 후. 가입자는 플랜 연도의 남은 기간 동안 보장 처방약에 대해 \$0를 지불합니다.		

인슐린 비용 지불에 대한 중요 메시지 – 당사 플랜이 보장하는 각 인슐린 제품의 1개월 치에 대해 제품의 비용 분담 단계에 상관없이 귀하는 \$35가 넘는 금액을 지불하지 않습니다.

보조 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마인가요?	• Medicare 보장 치과 서비스: 가입자 부담금: \$0 • 예방 치과 서비스: 정기 진료소 방문에 대해 \$0를 부담합니다. 진료소 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과가 포함됩니다 엑스레이. 귀하의 플랜은 연간 최대 \$500의 정기 치과 서비스를 보장합니다 • 가입자는 수복 서비스에 대해 \$0를 부담합니다: 보철, 기타 구강악안면외과 수술, 기타 서비스. 귀하의 플랜은 연간 최대 \$3,000를 보장합니다
안과 서비스 안과 서비스에 대해 얼마를 지불합니까? 연간 안경 수당은 얼마입니까?	• 가입자는 Medicare 보장 안과 서비스에 대해 \$0를 지불합니다 • 정기 눈 검사 비용은 \$0입니다 • 다음 중 하나에 대해 매년 \$0를 지불합니다. • 안경 한 쌍(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 한 쌍 • 이 플랜은 안경에 대해 연간 최대 \$500까지 보장합니다
청각 서비스^{1,2} 청각 서비스 또는 보청기에 대해 얼마를 지불합니까?	• 다음에 대해 \$0를 지불합니다. • 보장 진단 및 정기 검사 • 플랜은 최대 \$250를 보장합니다 • 보청기 보조금: 가입자는 \$0를 지불합니다. 이 플랜은 연간 최대 \$500까지 보장합니다
교통편^{1,2} 교통편 서비스에 대해 얼마를 지불해야 합니까?	• 가입자는 플랜이 승인한 장소까지 100회 편도 이동에 대해 \$0를 지불합니다
식사 혜택¹	• 수술 또는 병원 입원 후 최대 7회의 배달 식사에 대한 본인 부담금은 \$0입니다. • 플랜은 혜택 기간당 최대 \$105를 보장합니다.
SSBCI 인증 식품 및 농산물/식료품 *본 문서의 마지막 페이지에 나열된 만성 질환 중 하나 이상을 가지고 있어야 자격이 갖추어집니다.	• 분기당 \$20

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보조 혜택	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
재택 지원 서비스	가입자는 교통편, 식료품 쇼핑, 약 픽업, 진료 알림, 간단한 집안 도움 및 가벼운 운동을 포함한 최대 60시간의 재택 지원 서비스에 대해 \$0를 지불합니다.
카이로프랙틱 및 침술 치료	가입자는 매년 35회 방문(침술 치료와 합산)에 대해 \$0의 본인 부담금을 지불합니다.
일반의약품(OTC)	\$130 보조금은 OTC 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 제공됩니다 - 현금, 수표, 신용카드 또는 우편환은 이 OTC 혜택에 따라 허용되지 않습니다 - 롤오버 없음
발 질환 서비스 ^{1,2}	연당 6회의 발 질환 방문에 대해 \$0를 지불합니다
피트니스 혜택	가입자는 Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대해 \$0를 지불합니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness)에서 제공하며 이는 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사입니다.
전 세계 응급/긴급 보장	- 적격 비용에 대해 최대 \$100,000 환급, 본인 부담금 \$0 - 긴급 또는 응급 서비스만 해당

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

Imperial Courage Plan (HMO) 0163

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
보험료 매달 얼마를 지불해야 합니까?	- 파트 C 보험료: 월 \$0 지불 - Imperial Courage Plan은 파트 B 보험료의 \$75를 지불합니다. 가입자는 Medicare 파트 B 보험료에서 가입자의 몫을 계속 납부해야 합니다
공제 플랜에서 지불하기 전에 얼마를 지불해야 합니까?	이 플랜에는 공제액이 없습니다
최대 본인 부담금 비용 제가 지불해야 하는 금액의 한도는 얼마입니까?	이 플랜에서 파트 C 서비스에 대해 매년지불하는 최대 금액은 \$2,999입니다
입원 – 급성^{1,2} 제 플랜은 얼마 동안 보장됩니까? 얼마를 지불해야 하나요?	1 – 5일차에 대해 일일 \$150를 지불합니다 6 – 90일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 • 가입자는 각 Lifetime Reserve Day에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다.
외래 환자 병원 서비스^{1,2}	숙박당 \$200 를 지불합니다.
외래 수술 센터^{1,2}	가입자는 Medicare 보장 방문 1회당 \$200를 지불합니다
진찰 주치의나 전문의를 방문하려면 얼마를 내야 하나요?	- 일차 진료의 진찰: 가입자 부담금: \$0 - 전문의 진찰^{1,2}: 가입자 부담금: \$5 - 전화 또는 비디오를 사용하여 원격 의료를 통해 특정 서비스를 받을 수 있습니다
예방적 서비스 예방 진료에 대해 얼마를 지불합니까?	가입자는 환영 방문 후 녹내장 검사¹, 당뇨병 자가 관리 교육¹, 디지털 직장 검사 및 심전도 검사 비용을 \$0로 지불합니다
응급 서비스 응급 진료 비용은 얼마인가요?	- 방문당 \$125를 지불합니다 48시간 이내에 병원에 입원하면 응급 진료에 대한 비용 중 가입자의 몫을 지불하지 않아도 됩니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
긴급히 필요한 서비스 긴급 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?	방문당 \$0를 지불합니다
진단 서비스 / 실험실 / 촬영^{1,2} 진단 서비스에 대해 얼마를 지불해야 합니까?	- 다음에 대해 \$0를 지불합니다. - 진단 방사선과 서비스(예, MRI, CT) - 외래 환자 엑스레이 - 실험실 서비스 - 진단 테스트 - 치료 방사선 서비스: 가입자는 20%를 지불합니다
외래환자 약물 납용^{1,2}	가입자는 개인 또는 그룹 환경에서 각 외래환자 약물 납용 방문에 대해 총 비용의 20%를 부담합니다
가정 건강 관리 서비스^{1,2}	각 가정 건강 방문에 대해 \$10를 지불합니다
정신 건강 전문 서비스^{1,2} 입원환자 또는 외래환자 서비스에 대해 얼마를 지불해야 하나요?	- 입원환자 방문: 1 – 5일차에 대해 일일 \$150를 지불합니다 6 – 90일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 - 가입자는 각 Lifetime Reserve Day에 대해 \$0의 자기부담금을 지불합니다. - 외래환자 서비스: 가입자는 Medicare 보장 개인 또는 그룹 치료 외래환자 정신 건강 방문(의사 제외) 각각에 대해 총 비용의 20%를 지불합니다 - 가입자는 Medicare 보장 각 정신과 개인 또는 그룹 치료 세션에 대해 \$0를 지불합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보험료 및 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
전문 간호 시설^{1,2} 전문 간호 시설 입원 비용은 얼마인가요?	혜택 기간당 SNF에서 최대 100일을 보장합니다. • 1 – 20일차에 대해 일일 \$0를 지불합니다 • 21 – 50일차에 대해 일일 \$200를 지불합니다 • 51 – 100일차에 대해 일일 \$200를 지불합니다
심장 재활 서비스 / 작업 / 물리 / 음성 / 언어 치료² 외래환자 재활 및 치료 비용은 얼마인가요?	• 심기능(심장) 재활 서비스: 가입자는 총 비용의 20%를 부담합니다 • 작업 치료 방문: 가입자 부담금: \$10 • 물리 치료와 언어 치료 방문: 가입자는 총 비용의 20%를 부담합니다
구급차¹ 구급차 서비스에 대해 얼마를 지불합니까?	• 지상 편도 요금은 \$150입니다 • 공중 이동 시 총 비용의 20%를 부담합니다 • 비용급 이동의 경우 사전 허가가 필요합니다.
내구성 의료 장비(DME) / 보철물 / 당뇨병 용품¹	• 가입자는 산소 또는 휠체어와 같은 내구성 의료 장비(DME)¹에 대해 품목당 총 비용의 20%를 부담합니다 • 가입자는 보조기, 의수족과 같은 보철물¹에 품목당 총 비용의 20%를 부담합니다 • 당뇨병 모니터링 용품¹에 대해 \$0 를 지불합니다
Medicare 파트 B Rx 의약품 및 가정 주입 약물¹ 파트 B 의약품에 대해 얼마를 지불합니까?	• 파트 B 인슐린에 대해 \$0를 부담합니다 • 가입자는 화학요법 의약품을 포함한 기타 모든 파트 B 의약품에 대해 총 비용의 20% 를 부담합니다

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

보조 혜택	Imperial Courage Plan (HMO)
치과 서비스 치과 서비스 비용은 얼마인가요?	• Medicare 보장 치과 서비스: 가입자 부담금: \$0 • 예방 치과 서비스: 정기 진료소 방문에 대해 \$0를 부담합니다. 진료소 방문에는 검사, 청소, 불소 처리 및 치과가 포함됩니다. 귀하의 플랜은 연간 최대 \$500의 정기 치과 서비스를 보장합니다 • 가입자는 수복 서비스에 대해 \$0를 부담합니다: 보철, 기타 구강악안면외과 수술, 기타 서비스. 귀하의 플랜은 매년 최대 \$1500를 보장합니다
안과 서비스 안과 서비스에 대해 얼마를 지불합니까? 연간 안경 수당은 얼마입니까?	• 가입자는 Medicare 보장 안과 서비스에 대해 \$0를 지불합니다 • 정기 눈 검사 비용은 \$0입니다 • 다음 중 하나에 대해 연간 \$0를 지불합니다. • 안경 한 쌍(렌즈 및 안경테) • 콘택트렌즈 한 쌍 • 이 플랜은 안경에 대해 연간 최대 \$250까지 보장합니다
청각 서비스^{1,2} 청각 서비스 또는 보청기에 대해 얼마를 지불합니까?	• 다음에 대해 \$0를 지불합니다. • 보장 진단 및 정기 검사 • 플랜은 최대 \$250를 보장합니다 • 보청기 보조금: 가입자는 \$0를 지불합니다. 이 플랜은 연간 최대 \$500까지 보장합니다
교통편^{1,2} 교통편 서비스에 대해 얼마를 지불해야 합니까?	• 가입자는 플랜이 승인한 장소까지 100회 편도 이동에 대해 \$0를 지불합니다
식사 혜택¹	• 수술 또는 병원 입원 후 최대 7회의 배달 식사에 대한 본인 부담금은 \$0입니다. • 플랜은 혜택 기간당 최대 \$105를 보장합니다.
카이로프랙틱 및 침술 치료	• 가입자는 매년 20회 방문(침술 치료와

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

	합산)에 대해 \$0의 본인 부담금을 지불합니다.
일반의약품(OTC)	• \$75 보조금은 OTC 우편 주문 카탈로그를 통해 3개월마다 제공됩니다 • 현금, 수표, 신용카드 또는 우편환은 이 OTC 혜택에 따라 허용되지 않습니다 • 롤오버 없음
발 질환 서비스 ^{1,2}	• 연당 6회의 발 질환 방문에 대해 \$5를 지불합니다
피트니스 혜택	• 가입자는 Silver&Fit® 프로그램을 통해 연간 최대 1개의 홈 피트니스 키트에 대해 \$0를 지불합니다. Silver&Fit 프로그램은 American Specialty Health Fitness, Inc.(ASH Fitness)에서 제공하며 이는 American Specialty Health Incorporated(ASH)의 자회사입니다.
전 세계 응급/긴급 보장 환급액은 얼마인가요?	• 적격 비용에 대해 최대 \$50,000 환급, 긴급 진료에 대해 \$20 본인 부담금 및 응급 진료에 대해 \$20 본인 부담금 • 긴급 또는 응급 서비스만 해당

¹가 붙은 서비스는 사전 허가가 필요할 수도 있습니다. ²가 붙은 서비스는 의사의 진료 추천이 필요할 수도 있습니다.

Imperial Health는 새로운 기기 및 서비스의 기술이 어떻게 가입자의 건강 개선을 향상시킬 수 있는지 지속적으로 검토하고 있습니다. 이용 가능한 서비스 목록을 알아보려면 1-800-838-8271(TTY: 711)로 전화하세요. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시부터 오후 8시(PST)까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지(공휴일 제외)에 이용할 수 있습니다.

*만성 알코올 사용 장애 및 기타 물질 사용 장애(SUD); 자가면역 질환; 암; 심혈관 질환; 만성 심부전; 치매; 당뇨병; 과체중, 비만 및 대사 증후군; 만성 위장관 질환; 만성 신장 질환(CKD); 심각한 혈액 질환; HIV/AIDS; 만성 폐 질환; 만성 및 장애를 유발하는 정신 건강 상태; 신경계 질환; 뇌졸중; 장기 이식 후; 면역 결핍 및 면역 억제 장애; 인지 장애와 관련된 상태; 기능적 어려움이 있는 상태; 시력, 청력(청각 장애), 미각, 촉각 및 후각을 손상시키는 만성 상태; 개인이 기능을 유지하거나 유지하기 위해 지속적인 치료 서비스가 필요한 상태

Imperial Health Plan of California, Inc.는 Medicare 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)에 가입하려면 계약 갱신이 필요합니다.

이 정보는 혜택에 대한 완전한 설명이 아닙니다. 추가 정보는 1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 제한, 본인 부담금 및 제한사항이 적용될 수 있습니다. 혜택, 보험료 및/또는 공제금/공동보험은 매년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.

Imperial Health Plan of California(HMO)(HMO SNP)는 해당 연방 시민권법을 준수하며 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다.

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

주의: 영어를 사용할 경우 언어 지원 서비스를 무료 이용할 수 있습니다. 1-800-838-8271 (TTY: 711)번으로 전화해 주세요.

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



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

가입 방법 및 가입 후 진행 절차

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

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

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

가입 신청이 완료되면 어떻게 됩니까?

Imperial 가입 신청서를 작성하고 제출하면 그 다음은 어떻게 진행됩니까?

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

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

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

혜택에 대한 이해

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

중요 규칙에 대한 이해

- ☐ 가입자는 월 플랜 보험료 외에도 Medicare 파트 B 보험료를 계속 납부해야 합니다. 이 보험료는 보통은 귀하의 사회보장 연금에서 매월 공제될 것입니다.
- ☐ 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험액은 2026년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- ☐ 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고는, 네트워크 외부 서비스 제공자(서비스 제공자 명부에 수록되어 있지 않은 의사)가 제공하는 서비스는 저희 플랜에서 보장되지 않습니다.
- ☐ 이 플랜은 만성 질환 특수 요구 플랜(C-SNP)입니다. 플랜 가입 자격은 해당하는 중증 또는 장애성 만성 질환을 가지고 있다는 증명을 기준으로 합니다.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

가입 기간 동안의 자격 증명서

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

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

☐	본인은 Medicare 신규 가입자입니다.	
☐	저는 메디케어 어드밴티지 플랜에 등록되어 있으며 메디케어 어드밴티지 공개 등록 기간(MA OEP) 동안 변경하고 싶습니다.	
☐	최근에 현재 계획의 서비스 지역 밖으로 이사했거나 최근에 이사하여 새로운 옵션을 사용할 수 있습니다. 나는 계속 이동했습니다 (날짜 삽입)	Date
☐	본인은 최근 감옥에서 석방되었습니다. 석방 날짜: (날짜 기재)	Date
☐	본인은 미국 외 국가에서 거주하다가 최근 미국으로 귀국했습니다. 미국 귀국일: (날짜 기재)	Date
☐	본인은 최근 미국에서 합법적 체류 신분을 획득했습니다. 신분 획득일: (날짜 기재)	Date
☐	본인의 Medicaid 자격에 최근 변동 사항이 있었습니다(Medicaid에 신규로 가입했거나 Medicaid 지원 레벨이 변경되었거나 Medicaid를 상실함). 변경 사항 발생일: (날짜 기재)	Date
☐	Medicare 처방약 비용을 보장해주는 본인의 추가 지원(Extra Help)에 최근 변동 사항이 있었습니다(새로 추가 지원을 받게 되었거나 추가 지원 레벨이 변경되었거나 추가 지원 자격을 상실함). 변경 사항 발생일: (날짜 기재)	Date
☐	저는 메디케어에 가입되어 있고 메디케이드 혜택 전액을 받고 있습니다. Medicare와 Medicaid 관리 의료 플랜 간의 보장을 조정하는 플랜(통합 이중 적격 특별 지원 플랜(D-SNP)이라고 함)에 가입하거나 전환하고 싶습니다.	

☐	본인은 장기(Long-Term) 진료 시설(예: 요양원 또는 장기 진료 시설)로 이사할 예정이거나 현재 거주하고 있거나 최근에 나왔습니다. 장기 진료 시설로 입주한 날짜 또는 입주 예정일 또는 퇴소 예정일: (날짜 기재)	Date
☐	최근에 PACE 프로그램을 떠났습니다(날짜 삽입).	Date
☐	저는 최근에 비자발적으로 신뢰할 수 있는 처방약 보장(Medicare만큼 좋은 보장)을 잃었습니다. (날짜 삽입)에 약품 보장을 상실했습니다.	Date
☐	고용주 또는 노동조합 보장을 (날짜 기재) _____에 탈퇴합니다.	Date
☐	저는 자격을 갖춘 주 의약품 지원 프로그램에 참여하고 있거나 주 의약품 지원 프로그램의 도움을 받지 못하고 있습니다.	
☐	본인의 플랜에서 Medicare 계약을 종료하거나 Medicare가 본인의 플랜과의 계약을 종료합니다.	
☐	본인은 Medicare(또는 주 정부) 플랜에 가입되어 있는데 다른 플랜으로 바꾸고 싶습니다. 해당 플랜의 가입 개시일: (날짜 기재)	Date
☐	본인은 특수 요구 플랜(SNP)에 가입했으나 해당 플랜에서 요구하는 자격 조건을 상실했습니다. SNP 가입 해지일: (날짜 기재)	Date
☐	본인은 기상 관련 비상 사태 또는 주요 재해(연방재난관리국(FEMA)에서 선포한 재난)의 영향을 받았습니다. 여기에 나와 있는 기타 진술 중 하나가 본인에게 적용되었지만 자연 재해 피해로 인해 등록할 수 없었습니다.	
☐	저는 10월 15일부터 12월 7일까지의 연간 등록 기간(AEP) 동안 등록합니다.	
☐	(C-SNP만 해당) 저는 만성 질환 특별 지원 플랜에 등록할 자격이 있는 적격 만성 질환이 있습니다.	
이러한 진술문이 귀하에게 해당되지 않거나 확실치 않다면, Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)에 1-800-838-5914, TTY:711번으로 연락하여 가입 자격이 있는지 확인하십시오. 영업 시간은 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST), 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시(PST)~오후 8시(PST)입니다. 공휴일은 제외입니다.		

본 양식 작성자는?

Medicare Advantage Plan에 가입하려는 Medicare 가입자

플랜 가입용 필수 양식:

- 미국 시민이거나 합법적으로 미국에 거주하고 계셔야 합니다.
- 해당 플랜의 서비스 지역 내에 거주하고 계셔야 합니다.

중요한 사항: Medicare Advantage Plan에 가입하시려면, 또한 다음 두 가지 보험에 반드시 가입되어 있어야 합니다.

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

중요한 사항: Medicare Prescription Drug Plan에 가입하시려면, 또한 다음 중 한 가지 보험이나 두 가지 보험에 반드시 가입되어 있어야 합니다.

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

본 양식 사용 시기는?

플랜 가입 시기:

- 매년 10월 15일~12월 7일(1월 1일부터 보장 개시)
- Medicare 가입 후 3개월 이내
- 특정한 경우에 플랜 가입이나 변경이 허용됩니다.

플랜 가입 시기에 관한 추가 정보를 원하시면, **Medicare.gov** 웹사이트를 참조하시기 바랍니다.

본 양식 작성에 필요한 사항은?

- Medicare 번호(빨간색, 흰색, 파란색 Medicare 카드에 기재된 번호)
- 영구 주소 및 전화번호

주의 사항: 섹션 1의 모든 항목은 반드시 작성하셔야 합니다. 섹션 2의 항목은 선택 사항입니다. 작성하지 않았다는 이유로 보장을 거부할 수는 없습니다.

알림:

- 가을 공개 가입 기간(10월 15일~12월 7일)에 플랜에 가입하시려면, 작성하신 양식이 12월 7일까지 해당 플랜에 반드시 접수되어야 합니다.
- 귀하의 플랜에서 귀하께 플랜에 대한 청구서를 보내 드립니다. 보험료. 보험료가 은행 계좌에서 공제되거나, 매월 사회보장국(또는 철도퇴직위원회) 혜택 보조금에서 공제되도록 가입 시 선택하실 수 있습니다.

다음 단계는?

작성하신 양식에 서명하신 후 다음 주소로 보내시기 바랍니다. **Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)**

Attention: Enrollment

P.O. Box 60874

Pasadena, CA 91116

귀하의 가입 신청이 처리되면, 플랜에서 연락을 드리게 됩니다.

본 양식 작성 시 도움을 받는 방법은?

1-800-838-5197번으로 Imperial Health Plan에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하실 수 있습니다.

또는 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 번으로 Medicare에 문의하시기 바랍니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하실 수 있습니다.

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.

노숙자

- 플랜에 가입하고 싶지만 영구 거주지가 없는 경우, 우편 사서함, 보호소나 클리닉 주소, 우편물(예: 사회 보장 수표)을 받는 주소가 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.

1995년에 제정된 서류감축법에 따라, 유효한 OMB 관리 번호를 표시하는 경우가 아니라면 정보 수집에 응답하실 필요가 없습니다. 본 정보 수집의 유효한 OMB 관리 번호는 0938-1378입니다. 본 정보 수집을 완료하는 데 필요한 시간은 지침을 검토하고, 기존 데이터 리소스를 검색하며, 필요한 데이터를 수집하고, 정보 수집을 완료하며, 검토하는 시간을 합산하여 응답별로 평균 20분이 걸릴 것으로 추정됩니다. 추정 시간의 정확성에 관한 의견이나 본 양식을 개선하기 위한 제안 사항이 있으면, 다음 주소로 서신을 보내기 바랍니다. CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

중요한 사항

본 양식이나 개인 정보가 포함된 서류(예: 클레임, 지불, 의료 기록 등)를 PRA 보고서 정리 사무소(Reports Clearance Office)로 보내시면 안 됩니다. 본 양식이나 정수 부담(OMB 0938-1378에 설명됨)을 개선하는 방법에 관련되지 않은 모든 서류는 폐기됩니다. 해당 서류는 보관하거나 검토하거나 플랜에 전달하지 않습니다. 작성하신 양식을 플랜에 보내시려면, 이 페이지의 '다음 단계는?'을 참조하시기 바랍니다.

섹션 1 - 이 섹션의 모든 필드는 필수 사항(선택 사항으로 표시되지 않은 경우)입니다.

가입하시려는 플랜 선택:

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

이름:	성:	미들네임 이니셜(선택 사항):
생년월일(월월/일일/년년년년):	성별: ☐ 남성 ☐ 여성	전화번호:
이메일 주소(선택 사항):		휴대폰(선택 사항):
영구 거주지 도로명 주소(사서함 기재 금지 주의 사항: 노숙자의 경우, 사서함이 영구 거주지 주소로 간주될 수 있습니다.):		

시:	카운티(선택 사항):	주:	우편번호:
----	-------------	----	-------

우편 주소(영구 주소와 다른 경우, 사서함 허용):

도로명 주소:	시:	주:	우편번호:
비상 연락처(선택 사항):	관계:	전화번호:	

귀하의 Medicare 정보:

Medicare 번호:

다음 중요한 질문에 답해 주세요

Imperial Health Plan 외에 다른 처방약 보장(예: VA, TRICARE)에 가입할 예정이신가요?

☐ 예 ☐ 아니요

다른 보장의 이름:	해당 보장용 가입자 번호:	해당 보장용 그룹 번호:
------------	----------------	---------------

심혈관 질환, 만성 심부전, 당뇨병이 있으신가요?

☐ 예 ☐ 아니요

거주하시는 주의 Medi-Cal (Medicaid) 프로그램에 가입되어 있으신가요?

☐ 예 ☐ 아니요

'예'로 답한 경우, Medi-Cal (Medicaid) 번호를 기재해 주세요 _____

중요한 사항: 아래를 읽고 서명해 주세요.

- 본인은 Imperial Health Plan 가입을 계속 유지하기 위해 병원 보험(파트 A)과 의료 보험(파트 B)을 모두 반드시 유지해야 합니다.
- 본 Medicare Advantage Plan이나 Medicare Prescription Drug Plan에 가입함으로써, 본인은 Imperial Health Plan에서 Medicare와 본인의 정보를 공유하고, Medicare에서 본인의 정보를 이용하여 본인의 가입을 추적하고 비용을 지불하며 해당 정보의 수집을 승인하는 연방법에서 허용하는 기타 목적(아래 개인정보 보호법 내용 참조)에 맞게 사용하는 데 동의합니다. 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적인 응답입니다. 하지만 응답하지 않으면, 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.
- 본인은 한 번에 하나의 MA 또는 파트 D 플랜에만 가입할 수 있으며, 이 플랜에 가입하면 다른 MA 또는 파트 D 플랜 가입이 자동으로 종료된다는 점(MA PFFS, MA MSA 플랜에는 예외가 적용됨)을 이해합니다.
- 본인은 Imperial Health Plan 보장이 시작되면, 모든 의료 혜택과 처방약 혜택을 반드시 Imperial Health Plan에서 받아야 한다는 점을 이해합니다. Imperial Health Plan에서 제공하고 본인의 Imperial Health Plan '보장 증명서' 문서(가입자 계약이나 구독자 계약이라고도 함)에 포함된 혜택 및 서비스가 보장됩니다. Medicare나 Imperial Health Plan은 보장되지 않는 혜택이나 서비스에 대해서는 비용을 지불하지 않습니다.
- 본 가입 양식의 정보는 본인이 아는 선에서 정확한 내용입니다. 본인은 본 양식에 고의로 허위 정보를 기재할 경우, 플랜에서 제외될 수 있음을 이해합니다.
- 본 신청서에 서명함으로써, 본인(또는 본인을 대리하여 법적으로 행동할 권한을 가진 사람)은 본 신청서의 내용을 읽고 이해했음을 의미합니다. (위에 명시된 바와 같이) 공인 대리인이 서명한 경우, 해당 서명은 다음을 증명합니다.
 - 1) 주법에 따라 이 가입을 완료할 권한이 해당 인물에게 있음.
 - 2) Medicare에서 요청할 시 이 권한에 대한 문서를 제공해야 함.

서명:	오늘 날짜:
귀하가 공인 대리인인 경우, 위에 서명한 후에 다음 필드를 작성해 주세요.	
이름:	주소:
전화번호:	가입자와의 관계:

섹션 2 - 이 섹션의 모든 필드는 선택 사항입니다.

이 질문에 답하는 것은 본인 선택입니다. 작성하지 않으셔도 보장은 거부되지 않습니다.

영어가 아닌 다른 언어로 된 정보를 원하시면, 다음 중 하나를 선택해 주세요.

☐ 스페인어 ☐ 중국어 ☐ 한국어 ☐ 베트남어 ☐ 기타 언어 _____

대체 형식으로 된 정보를 원하시면, 다음 중 하나를 선택해 주세요.

☐ 점자 ☐ 큰 활자 ☐ 오디오 CD ☐ 테이퍼 CD

위에 명시된 형식이 아닌 대체 형식으로 된 정보가 필요하시면, 1-800-838-8271번으로 Imperial Health Plan에 문의하시기 바랍니다. 운영 일시(공휴일 제외)는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일부터 일요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시에서 오후 8시 사이입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하실 수 있습니다.

귀하는 일을 하시나요? ☐ 예 ☐ 아니요	귀하의 배우자는 일을 하시나요? ☐ 예 ☐ 아니요
--	---

일차 진료의(PCP), 클리닉, 건강 센터를 기재해 주세요.

PCP 이름: _____

PCP ID 번호: _____

의료 그룹 또는 IPA: _____

귀하는 이 PCP의 기존 환자이신가요? ☐ 예 ☐ 아니요

다음 자료를 이메일로 받길 원합니다. 하나 이상을 선택해 주세요.

☐ 예, 신규 가입자 가입 키트(EOC, 종합 의약품 처방집, 의료 제공자/약국 명부)를 받길 원합니다.

이메일 주소: _____

플랜 보험료 지불

매월 우편으로 플랜 월 보험료(현재 지불해야 하거나 지불해야 할 자연 가입 벌금 포함)를 지불하실 수 있습니다. 매월 사회보장국이나 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 보조금에서 보험료가 자동으로 공제되도록 선택하실 수도 있습니다. 보험료 지불 옵션을 선택해 주세요. 선택하지 않으면 청구서를 받으시게 됩니다.

☐ 청구서 받음.

☐ 매월 사회보장국 수표나 철도퇴직위원회(RRB) 혜택 수표에서 자동으로 공제됨. 사회보장국이나 철도퇴직위원회(RRB)의 승인 후에 사회보장국/RRB 공제가 시작되기까지는 최소 2개월이 걸릴 수 있습니다. 사회보장국에서 공제를 승인할 때까지 계속 종이 명세서를 받으시게 됩니다.

파트 D-소득 관련 월별 조정액(파트 D-IRMAA)을 지불하셔야 하는 경우, 플랜 보험료 외에 이 추가 금액을 반드시 지불하셔야 합니다. 파트 D-IRMAA를 Imperial Health Plan에 지불하시면 안 됩니다.

본 양식 작성 시 가입을 돕는 개인에게만 해당

귀하께서 가입자의 본 양식 작성을 돕는 개인(예: 에이전트, 브로커, SHIP 상담사, 가족 구성원, 기타 제삼자)이신 경우, 이 섹션을 작성하시기 바랍니다.

이름: _____

가입자와의 관계: _____

서명: _____

국가 생산자 번호(NPN): _____

개인정보 보호법 성명

Medicare Advantage (MA) Plan의 수혜자 가입을 추적하고 케어를 개선하며 Medicare 혜택 비용을 지불하기 위해, Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(CMS)에서 Medicare 플랜으로부터 정보를 수집합니다. 사회보장법 섹션 1851과 1860D-1 및 42 CFR §§ 422.50과 422.60에 따라, 해당 정보의 수집을 허가합니다. CMS는 시스템 기록 통지(SORN) 'Medicare Advantage 처방약 (MARx)' 시스템 번호 09-70-0588에 명시된 대로 Medicare 수혜자의 가입 데이터를 이용, 공개, 교환할 수 있습니다. 본 양식에 대한 귀하의 응답은 자발적인 응답입니다. 하지만 응답하지 않으면, 플랜 가입에 영향을 미칠 수 있습니다.

Imperial Health Plan은 Medicare 계약을 맺은 (HMO) (HMO SNP)입니다. Imperial Health Plan 가입 상태는 계약 갱신 여부에 따라 달라집니다. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP)는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애, 성별을 근거로 차별하지 않습니다. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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)는 만성 질환이 있는 분들을 위한 특별 요구 플랜(SNP)을 제공합니다. 아래 질문 중 하나라도 "예"라고 답할 수 있는 경우 만성 질환에 대한 Imperial Senior Value(HMO C-SNP)의 특수 요구 플랜에 가입할 수 있습니다.

이 양식을 작성하여 가입 신청서와 함께 제출해 주십시오. Imperial은 가입 발효일로부터 30일 이내에 담당 의사와 함께 귀하의 만성 질환을 확인할 것입니다. 저희가 귀하의 만성 질환을 확인할 수 없는 경우, 이 플랜에서 귀하의 가입을 취소해야 합니다.

수혜자 정보		
성	이름	이니셜
생년월일	Medicare 수혜자 ID	
(월/일/년)	전화번호 #1	전화번호 #2
만성 질환을 검증하기 위한 임상 질문		
진성 당뇨병		
의사나 다른 면허가 있는 의료 전문가로부터 당뇨병 진단을 받으셨습니까?	☐ 예	☐ 아니요
갈증 증가, 잦은 배뇨, 극심한 배고픔, 설명할 수 없는 체중 감소, 상처가 느리게 낫는 증상 또는 잦은 감염 증상이 나타났습니까?	☐ 예	☐ 아니요
고혈당으로 문제가 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니요
혈당을 조절하기 위해 약을 복용하거나 특별한 식단을 섭취한 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니요
만성 심부전		
의사나 다른 면허가 있는 의료 전문가로부터 만성 또는 울혈성 심부전 진단을 받았습니까?	☐ 예	☐ 아니요
심장 문제로 인해 폐의 체액 저류나 다리 부종에 문제가 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니요
다리나 손의 붓기를 예방하기 위해 약을 복용하십니까?	☐ 예	☐ 아니요
걸거나 신체 활동을 할 때 피로를 느끼십니까?	☐ 예	☐ 아니요
걸을 때 멈추고 쉬어야 합니까?	☐ 예	☐ 아니요
심혈관 장애		
심장 부정맥, 관상동맥질환(협심증 포함), 혈전 또는 다리에 영향을 미치는 혈관 질환(예: 말초 동맥 질환 또는 심부정맥혈전증)과 같은 심혈관 약제 의사나 면허가 있는 의료 전문가로부터 진단을 받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니요
심계항진, 흉통 또는 압박감, 호흡 곤란을 경험하십니까—특히 신체 활동이나 휴식 중에 그럴습니까?	☐ 예	☐ 아니요
뇌졸중, 심장마비(심장경색)를 겪거나 콜레스테롤 수치(LDL 100 이상 또는 총 콜레스테롤 200 이상)가 높다는 조언을 받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니요
심혈관 질환의 위험 증가와 관련된 고혈압, 당뇨병 또는 과도한 복부 지방과 같은 대사 질환 진단을 받은 적이 있습니까?	☐ 예	☐ 아니요

사전 가입 SNP 자격 평가 도구

귀하의 상태를 확인할 수 있는 의료 서비스 제공자		
의사 이름	전문 분야	시
의사 전화번호	의사 팩스번호	의사는 귀하가 알고 있는 병원에서 일하고 있습니까?
의사 이름	전문 분야	시
의사 전화번호	의사 팩스번호	의사는 귀하가 알고 있는 병원에서 일하고 있습니까?

만성 질환 확인을 위한 건강 정보 공개 승인
본인은 본인이 Imperial Senior Value(HMO C-SNP)의 만성 특수 요구 플랜에 가입할 수 있는 만성 질환 진단을 받았음을 확인하기 위해 위에 나열된 제공자가 본인의 보호된 건강 정보를 Imperial Health Plan에 공개할 수 있는 권한을 부여합니다. 이 승인은 위에 표시된 만성 질환에 대한 내 병력과 관련하여 의료 제공자가 유지관리하는 모든 건강 정보에 적용됩니다.
수혜자 서명:
날짜:

의료 제공자 증명		
본인은 위에 나열된 환자가 다음 조건 중 하나 이상을 가지고 있음을 증명합니다.		
만성 심부전	☐ 예	☐ 아니요
심혈관 장애(CVD)	☐ 예	☐ 아니요
진성 당뇨병	☐ 예	☐ 아니요
의료 제공자 이름	의료 제공자 서명	
오늘 날짜:	의료 제공자 주소	

질문이 있으면 가입자 서비스부에 1-800-838-8271번으로 문의하십시오. TTY: 711,
 10월 1일 ~ 3월 31일: 월요일 ~ 일요일 오전 8:00 PST. ~ 오후 8:00 PST 및 4월 1일 ~ 9월 30일: 월요일
 ~ 금요일 오전 8:00 PST ~ 오후 8:00 PST., 공휴일 제외. Imperial Health Plan은 Medicare와 계약을 맺은 (HMO)(HMO SNP)입니다.
 Imperial Health Plan 가입은 계약 갱신 여부에 따라 다릅니다. Imperial Health Plan of California(HMO)(HMO SNP)는 해당 연방
 시민권법을 준수하며 인종, 피부색, 국적, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. ATTENTION: If you speak English,
 language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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).



건강 위험 평가(HRA)

날짜:		가입자 ID:		플랜 시작일:	
이름:		성:		생년월일:	
성별:		전화번호:		이메일:	

섹션 1: 본인 소개(개인 특성)

1 귀하의 인종 및/또는 민족은 무엇입니까? 해당하는 항목을 모두 선택하고 제공된 공간에 세부 정보를 입력하십시오.

☐ 아메리칸 인디언/알래스카 원주민(예: 나바호 네이션, 놉 에스키모 커뮤니티 등)

☐ 동양인(예: 중국인, 필리핀인, 인도인, 베트남인 등)

☐ 흑인/아프리카계 미국인(예: 아프리카계 미국인, 아이티인, 에티오피아인 등)

☐ 히스패닉 또는 라틴계(예: 멕시코, 엘살바도르, 푸에르토리코, 쿠바 등)

☐ 중동 또는 북아프리카(예: 레바논, 이란, 이집트, 시리아 등)

☐ 하와이 원주민/태평양 섬 주민(예: 하와이 원주민, 사모아, 피지 등)

☐ 백인(예: 영국인, 독일인, 아일랜드인, 이탈리아인, 폴란드인 등)

☐ 기타 그룹, 상세 기재:

섹션 2: 건강 상태

2 이런 건강 문제를 겪어본 적이 있습니까? (해당란에 모두 표시하십시오)

☐ 천식	☐ 당뇨병	☐ 뇌졸중(뇌출혈 포함)
☐ 우울증, 양극성 장애 또는 정신 분열증	☐ 방광 또는 장 문제	☐ 시력 또는 눈 문제
☐ 암(백혈병 포함)	☐ 청력 상실	☐ 발작
☐ COPD 또는 폐 질환	☐ 중증 비만	☐ 혈관 질환
☐ 폐렴 또는 기타 폐 감염	☐ 고혈압	☐ 마약이나 알코올 문제
☐ 치매 또는 기억 상실	☐ 발 문제	☐ 과거 장기 이식: 어떤 기관입니까?
☐ 간 질환(말기)	☐ 신장 질환(5단계)	이식 날짜: _____
☐ 류마티스 관절염, 관절 문제	☐ HIV 또는 AIDS	☐ 기타: _____
☐ 마비(사지마비)	☐ 심장병, 심부전	☐ 없음
☐ 몸의 한쪽을 움직이기 어려움	☐ 불규칙한 심장 박동	

섹션 3: 귀하의 건강 및 의사 방문(예방 진료)

3 본인의 건강을 어떻게 평가하십니까? ☐ 우수 ☐ 양호 ☐ 매우 좋음 ☐ 나쁨 ☐ 좋음	4 담배 제품들을 사용하십니까? ☐ 예, 담배 또는 시가 ☐ 예, 전자담배 펜 ☐ 없음
5 마지막 검진은 언제였습니까?	6 마지막 유방조영술은 언제였습니까?
7 마지막 혈액 검사는 언제였습니까?	8 마지막 대장암 검사는 언제였습니까?
9 규칙적으로 어떤 종류의 신체 활동이나 운동을 하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요	10 만성 질환을 관리하는 데 도움이 되는 완화 치료 방문을 제안받은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
11 전반적으로, 이러한 일상 생활 활동을 수행하는 것이 얼마나 편안합니까?	



식사 ☐ 자립적으로 가능 ☐ 도움 필요	머리 빗질, 양치질, 면도, 손톱 깎기 등? ☐ 자립적으로 가능 ☐ 도움 필요												
옷 입기와 옷 벗기 ☐ 자립적으로 가능 ☐ 도움 필요	침대에 들락날락하고 자유롭게 돌아다니기? ☐ 자립적으로 가능 ☐ 도움 필요												
화장실 사용 ☐ 자립적으로 가능 ☐ 도움 필요	완전 목욕 또는 샤워 ☐ 자립적으로 가능 ☐ 도움 필요												
12 당뇨병이나 심장 질환이 있는 경우 스타틴(콜레스테롤 약)을 복용하고 계십니까? ☐ 예 ☐ 아니요	13 마지막으로 망막 확장(눈) 검사를 받은 것이 언제였습니까? 검사일: _____ 장소: _____ 망막병증이 발견되었습니까? ☐ 예 ☐ 아니요												
14 마지막 혈액 검사에서 A1c 수치는 얼마였습니까? 검사일: _____ 수치: _____	15 마지막 신장(소변 또는 eGFR) 검사는 언제였습니까? 검사일: _____ 결과 (알고 있는 경우): _____												
16 마지막 혈압 측정은 언제였습니까? 측정 날짜: _____ 혈압 수준: ____/____ 측정 위치: ☐ 자택 ☐ 의사 진료소	17 올해 다음 백신을 맞으셨습니까? <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>독감</td> <td>폐렴</td> <td>코로나</td> <td>기타</td> </tr> <tr> <td>☐ 예</td> <td>☐ 예</td> <td>☐ 예</td> <td>☐ 예</td> </tr> <tr> <td>☐ 아니요</td> <td>☐ 아니요</td> <td>☐ 아니요</td> <td>☐ 아니요</td> </tr> </table>	독감	폐렴	코로나	기타	☐ 예	☐ 예	☐ 예	☐ 예	☐ 아니요	☐ 아니요	☐ 아니요	☐ 아니요
독감	폐렴	코로나	기타										
☐ 예	☐ 예	☐ 예	☐ 예										
☐ 아니요	☐ 아니요	☐ 아니요	☐ 아니요										
18 정기적으로 백신 접종을 맞지 않는다면 그 이유는 무엇입니까?	19 올해 다른 백신을 접종했다면 어떤 백신입니까?												
20 본인의 식습관을 어떻게 설명하시겠습니까? ☐ 건강하게 골고루 섭취 ☐ 다소 건강함 ☐ 건강에 해롭거나 불규칙한 식사	21 현재 술을 마시거나 기분 전환용 약을 복용하고 계십니까? ☐ 예, 정기적으로 ☐ 예, 가끔 ☐ 아니요 또는 모릅니다												
22 지난 12개월 동안 병원에 몇 번이나 입원하셨습니다? ☐ 0회 ☐ 1-2회 ☐ 3-5회 ☐ 5회 이상	23 지난 12개월 동안 응급실(ER)에 몇 번이나 가셨습니까? ☐ 0회 ☐ 1-3회 ☐ 4-7회 ☐ 7회 이상												
24 지난 12개월 동안 전문 간호 시설(SNF) 또는 급성 재활 시설에 입원한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요													
섹션 4: 이동과 균형(낙상 위험)													
25 작년에 넘어진 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	26 걸거나 서 있을 때 불안정함을 느끼십니까? ☐ 예 ☐ 아니요												
27 걸거나 서는 데 도움이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요	28 의사가 12초 이상 지속되는 시간 제한 보행 검사를 실시했습니까? ☐ 예 ☐ 아니요												
29 선명하게 보는 데 어려움이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	30 작년에 시력 검사를 받으셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요												
섹션 5: 의약품, 알레르기 및 통증													
31 처방약을 복용하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 그렇다면, 얼마나 됩니까? _____ 알려진 모든 의약품 목록: _____													
32 어지럽거나, 졸리거나, 혼란스럽게 만드는 약이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요	33 현재 통증이나 불편함이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예. 그렇다면, 어디입니까? _____ 0 ~ 10의 척도로 통증 수준은 얼마입니까? _____ (0 = 통증 없음, 10 = 최악)												



이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.

34	알려진 알레르기가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 그렇다면 알레르기 항원을 기재하십시오. _____	35	약값 지불을 위해 Medicare로부터 추가 도움을 받습니까? ☐ 예 ☐ 아니요		
섹션 6: 지원 및 사회 생활					
36	집에서 안전하다고 느끼십니까? ☐ 예 ☐ 아니요	37	지금 도움을 주는 간병인이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 그렇다면, 매주 며칠입니까? _____		
38	필요할 때 기꺼이 도와줄 수 있는 가족이나 다른 사람들이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
39	담당 간병인이 본인에게 필요한 모든 도움을 주는 데 한 번이라도 어려움을 겪고 있다고 생각하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요				
40	친한 친구/가족과 얼마나 자주 통화하거나 만나십니까? ☐ 일주일에 1회 미만 ☐ 일주일에 1-2회 ☐ 일주일에 3-5회 ☐ 주 5회 이상				
섹션 7: 주거 & 교통편					
41	현재 귀하의 주택 상황은 어떻습니까? ☐ 안정된 거처를 가지고 있다 ☐ 오늘은 살 곳이 있지만 앞으로는 잃어버릴까 봐 걱정이다 ☐ 안정된 주거지가 없다 (나는 다른 사람들과 함께 호텔, 보호소, 길거리, 해변, 차, 버려진 건물, 버스나 기차역, 또는 공원에서 지내고 있다)				
42	지난 12개월 동안 교통 수단이 없어 진료 예약, 회의, 직장 또는 일상 생활에 필요한 물건을 구하지 못한 적이 있습니까? (해당 사항을 모두 선택) ☐ 예, 진료 예약이나 약을 받지 못했습니다 ☐ 예, 비의료 회의, 약속, 직장 또는 필요한 물건을 구하지 못하게 되었습니다 ☐ 아니요				
섹션 8: 식품 및 유틸리티					
43	지난 12개월 동안, 귀하는 더 살 돈이 생기기 전에 음식이 다 떨어질까 봐 걱정했습니다. ☐ 종종 참이다 ☐ 가끔은 사실일 때도 있다 ☐ 전혀 사실이 아니다				
44	지난 12개월 동안 전기, 가스, 석유 또는 수도 회사가 가정의 서비스를 중단하겠다고 위협한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 이미 끊겼음				
섹션 9: 기분 및 정서적 건강					
45	지난 2주 동안 다음과 같은 문제로 괴롭힘을 당하셨던 적이 있습니까?				
	각 문장마다 하나의 확인란을 선택하십시오.	전혀 없음	여러 날	반나절 이상	거의 매일
	사물에 대한 관심 또는 기쁨 상실:	☐	☐	☐	☐
	기분 저조, 우울함 또는 절망감:	☐	☐	☐	☐

이 HRA를 제공된 회신용 봉투에 넣어 반송해 주십시오.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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

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

귀하의 추가 지원 수준	Senior Value(HMO C-SNP)의 월 보험료 PBP 005	Imperial Dynamic Plan(HMO)의 월 보험료 PBP 012
100%	\$0	\$0
75%	\$0	\$0
50%	\$0	\$0
25%	\$0	\$0

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

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

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

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

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

1-800-838-8271(TTY: 711)번으로 전화하십시오. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

중요 사항

2025년 Medicare 별점 평가

Official U.S.
Government
Medicare
Information



Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496

2025년에 Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496은 Medicare로부터 다음과 같은 별점 평가를 받았습니다.

전반적인 별점 평가: ★★★★★
건강 서비스 평가: ★★★★★
약물 서비스 평가: ★★★★★

매년 Medicare는 5등급 별점 평가 시스템을 기준으로 보험 상품을 평가합니다.

별점 평가가 중요한 이유

Medicare는 건강 및 약물 서비스에 따른 요금제를 제공합니다.

이를 통해 품질과 성과에 따라 플랜을 쉽게 비교할 수 있습니다.

별점 평가는 다음과 같은 요소를 기반으로 결정됩니다.

- 가입자들의 플랜 서비스 및 관리에 대한 피드백
- 플랜에 가입한 가입자 또는 탈퇴한 가입자 수
- Medicare가 플랜에 대해 접수한 불만 사항 수
- 플랜에 따라 일하는 의사와 병원의 데이터

별의 개수는 플랜의 성과가 얼마나
좋은지를 보여줍니다.

★★★★★ 훌륭함
★★★★☆ 평균 이상
★★★☆☆ 평균
★★☆☆☆ 평균 이하
★☆☆☆☆ 나쁨

별점이 많을수록 더 나은 플랜을 의미합니다. 예를 들어, 가입자는 더 나은 케어와 더 빠르고 나은 고객 서비스를 받을 수 있습니다.

온라인에서 별점 평가에 대한 자세한 정보를 얻으세요

이 플랜과 다른 플랜에 대한 별점 평가를 온라인에서 비교하세요. [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

이 플랜에 대한 질문이 있으신가요?

10월 1일부터 3월 31일까지 태평양 표준시 기준 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 800-838-5914(무료 전화) 또는 711(TTY)로 Imperial Health Plan of California, Inc.에 문의하세요. 4월 1일부터 9월 30일까지의 영업 시간은 태평양 표준시 기준으로 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지입니다. 현재 가입자이신 경우 800-838-8271(무료 전화) 또는 711(TTY)로 전화해 주시기 바랍니다.

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

ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի 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 (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 serbisyonang 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: หากคุณใช้ภาษา ไทย 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>.

중요 연락처

플랜 웹 사이트	Imperial Health Plan	www.ImperialHealthPlan.com
가입자 서비스부	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
교통편	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
식사	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
시력/안경	VSP 시력 관리	1-855-492-9028 www.vsp.com/advantageonly
헬스장/피트니스 멤버십	Silver & Fit	1-877-427-4788 www.SilverandFit.com
청력	TruHearing	1-866-335-9267
재택 지원 서비스	Papa Pals	1-833-200-6924 www.Papa.com
비처방(OTC)	기타	1-855-263-6673 www.AndMoreHealth.com
약국 혜택	MedImpact	1-877-391-1105 www.Medimpact.com
원격 의료	Teladoc	1-800-835-2362 www.Teladoc.com
행동 건강	Lucet	1-816-237-2362
카이로프랙틱과 침술	American Specialty Health	1-800-678-9133 www.ASHLink.com/ash/IHPM
치과 서비스	Delta Dental	1-888-643-3239 온라인으로 치과 찾기 https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

이용 가능한 서비스 목록을 알아보려면 1-800-838-8271(TTY: 711)로 전화하세요. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일 오전 8시부터 오후 8시(PST)까지, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일 오전 8시부터 오후 8시까지(공휴일 제외)에 이용할 수 있습니다.