

IMPERIAL  
HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

# 2026

## PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

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)  
Tabla de contenidos del paquete de preinscripción**

CARTA DE PRESENTACIÓN Y NÚMEROS DE CONTACTO .....	2
ALCANCE DE LA CITA.....	3
ELEGIBILIDAD .....	5
PUNTOS DESTACADOS DEL PLAN (012, 005, 016) .....	7
RESUMEN DE BENEFICIOS (012, 005, 016) .....	21
CÓMO INSCRIBIRSE Y QUÉ OCURRE DESPUÉS.....	40
LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN .....	41
DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN.....	43
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN .....	46
EVALUACIÓN DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SPECIAL NEEDS PLAN, SNP).....	53
EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD (HEALTH RISK ASSESSMENT, HRA) .....	57
TABLA DE PRIMAS CON SUBSIDIO PARA PERSONAS DE BAJOS INGRESOS.....	62
CALIFICACIÓN POR ESTRELLAS.....	63
DISPONIBILIDAD Y NO DISCRIMINACIÓN.....	64
NÚMEROS DE CONTACTO IMPORTANTES .....	67



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

Estimado(a) Miembro potencial de Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP):

Gracias por considerar a Imperial para su cobertura médica. Imperial Health Plan of California es un plan de Medicare Advantage preparado para brindarle servicios médicos, dentales y de medicamentos recetados de alta calidad.

Como su plan de salud preferido de Medicare, trabajamos en colaboración con nuestros grupos médicos, hospitales y médicos (primarios y especialistas) contratados para coordinar todos los aspectos de la atención al paciente, incluidas la hospitalización y la atención de consulta especializada. Trabajamos con una gran cantidad de proveedores de atención médica para garantizar que reciba la atención que necesita de manera oportuna y dentro de su comunidad.

Para 2026, tendrá acceso a muchos beneficios complementarios, como cuidado dental integral, de la visión, de la audición, de transporte, membresía en un club de salud, artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) cuidado de rutina de los pies y más. Una vez que compare sus beneficios, esperamos que vea las ventajas de elegir Imperial Health Plan.

Si tiene preguntas sobre su inscripción, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-838-8271, TTY: 711.

Abrimos del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST; y del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST, excepto días festivos.

Esperamos poder brindarle nuestros servicios.

Cordialmente,

Paveljit S. Bindra, M.D., Director Ejecutivo

Nos complace informarles que, en 2026, ofreceremos los beneficios y servicios de Imperial Health Plan en estos cincuenta condados de California:

- |                 |                 |                |                     |                |
|-----------------|-----------------|----------------|---------------------|----------------|
| 1. Alameda      | 11. Inyo        | 21. Mono       | 31. San Bernardino  | 41. Siskiyou   |
| 2. Amador       | 12. Kern        | 22. Monterey   | 32. San Diego       | 42. Solano     |
| 3. Butte        | 13. Kings       | 23. Napa       | 33. San Francisco   | 43. Sonoma     |
| 4. Contra Costa | 14. Los Ángeles | 24. Nevada     | 34. San Joaquín     | 44. Stanislaus |
| 5. Del Norte    | 15. Madera      | 25. Orange     | 35. San Luis Obispo | 45. Tehama     |
| 6. El Dorado    | 16. Marin       | 26. Placer     | 36. San Mateo       | 46. Tulare     |
| 7. Fresno       | 17. Mariposa    | 27. Plumas     | 37. Santa Bárbara   | 47. Tuolumne   |
| 8. Glenn        | 18. Mendocino   | 28. Riverside  | 38. Santa Clara     | 48. Ventura    |
| 9. Humboldt     | 19. Merced      | 29. Sacramento | 39. Santa Cruz      | 49. Yolo       |
| 10. Imperial    | 20. Modoc       | 30. San Benito | 40. Shasta          | 50. Yuba       |

**Números de contacto importantes:**

Los miembros potenciales deben llamar al: 800-838-5914 o enviar un correo electrónico a sales@imperialhealthplan.com

Servicios para Miembros: 800-838-8271

Sitio web de Imperial: www.Imperialhealthplan.com

*Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como Medicare. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.*

*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).*



### Confirmación del Alcance de la Cita (Scope of Appointment Confirmation, SOA)

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los agentes de ventas con licencia documenten el alcance de una cita de comercialización\* entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) antes de cualquier reunión de ventas individual, ya sea personalmente o por teléfono. Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial. Se debe completar un formulario por separado para cada beneficiario elegible de Medicare o su representante autorizado. Se requiere un nuevo alcance de la cita (SOA) si el beneficiario (o su representante autorizado) solicita información sobre un tipo de plan diferente al acordado previamente.

**Escriba sus iniciales a continuación junto al tipo de producto(s) sobre los que desea que el agente hable.**

Planes Medicare Advantage (Parte C)	
<input type="checkbox"/>	<b>Medicare Health Maintenance Organization (HMO):</b> un plan de Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura médica de Original Medicare Parte A y Parte B y, a veces, cubre los medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los HMO, solo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en casos de emergencia).
<input type="checkbox"/>	<b>Medicare Special Needs Plan (C-SNP):</b> un plan de Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con que necesitan atención médica especial. Algunos ejemplos de los grupos específicos que reciben estos servicios son aquellas personas que tienen Medicare y Medicaid, personas que residen en hogares de ancianos y personas que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta tener una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que marcó con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare. No es una persona que trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir un pago en función de su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, ni afecta su inscripción actual o futura en Medicare, ni lo inscribe automáticamente en los planes analizados.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de firma	
Firma:	Fecha de firma:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo	
Nombre del representante:	Relación con el beneficiario:

Debe completar el Agente	
Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Firma del agente:	FMO:
Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
Dirección del beneficiario:	Núm. de identificación del beneficiario:
Método de contacto inicial:	
Planes representados por el agente durante esta reunión:	Fecha de finalización de la cita:
Si corresponde, dé una explicación de por qué no se firmó el SOA antes de la reunión: (asistente sin cita previa o no planificado, etc.)	



*\*La documentación del alcance de la cita está sujeta a los requisitos de retención de registros de los CMS. Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) con un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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).*



## ELEGIBILIDAD

Es importante comprender las pautas de elegibilidad e inscripción al momento de inscribirse en un plan de Medicare Advantage. Si es elegible para la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, puede ser elegible para inscribirse en un plan Medicare Advantage como Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP). Si ya está inscrito en un plan de Medicare Advantage, puede cambiar su cobertura entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre para el año siguiente. Existen otros periodos especiales de inscripción (SEP) fuera de este periodo. Para obtener más información, llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5914 del 1.º de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST; y del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST, excepto días festivos.

Estos son los requisitos de elegibilidad para Imperial Health Plan:

Planes de Imperial	Parte A y B de Medicare	Residir en el área de servicio	Condiciones
<b>Imperial Dynamic Plan (HMO) - 012</b>	Sí	Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn,	N/C
<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP) - 005</b>	Sí	Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Mono, Monterey, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, San Benito, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Bárbara, Santa Clara, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, Yuba	Trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes. También debe completar la evaluación de SNP
<b>Imperial Courage Plan (HMO) - 016</b>	Sí		Parte C SOLAMENTE (Sin Parte D)

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

*Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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).*





IMPERIAL  
HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

# 2026

## **PUNTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS**

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016



# ÁREA DE SERVICIO

Imperial Dynamic Plan (HMO)

Imperial Senior Value (HMO C-SNP)

Imperial Courage Plan (HMO)

## Condados:

1. 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. Kings
14. Los Ángeles
15. Madera
16. Marin
17. Mariposa
18. Mendocino
19. Merced
20. Modoc
21. Mono
22. Monterey
23. Napa
24. Nevada
25. Orange
26. Placer
27. Plumas
28. Riverside
29. Sacramento
30. San Benito
31. San Bernardino
32. San Diego
33. San Francisco
34. San Joaquín
35. San Luis Obispo
36. San Mateo
37. Santa Bárbara
38. Santa Clara
39. Santa Cruz
40. Shasta
41. Siskiyou
42. Solano
43. Sonoma
44. Stanislaus
45. Tehama
46. Tulare
47. Tuolumne
48. Ventura
49. Yolo
50. Yuba

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 2

	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<b>Prima del plan de la Parte C</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima de la Parte B de Medicare</b>	\$35 Por mes	\$25 Por mes	\$75 Por mes
<b>Deducible anual de la Parte C</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Deducible anual de medicamentos de la Parte D</b>	\$0	\$0	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Monto máximo anual de gastos de bolsillo de la Parte A y de la Parte B</b>	\$296	\$296	\$2,999
<b>Servicios médicos de atención primaria</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de médicos especialistas</b>	\$0	\$0	\$5
<b>Servicios de psiquiatría</b>	\$0	\$0	\$0

H5496\_432 Benefit Highlights\_M ENG Accepted 09/07/25

Para las personas que tienen elegibilidad completa para Medicaid, puede que este coseguro lo pague, en parte o en su totalidad, Medicaid o un tercero. El costo compartido puede cambiar en 2027.

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 3

	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<b>Servicios de fisioterapia y de patología del habla y el lenguaje, servicios de terapia ocupacional</b>	\$0	\$0	20% fisioterapia y del habla \$10 terapia ocupacional
<b>Servicios de podología</b>	\$0 Hasta 6 consultas por año	\$0 Hasta 6 consultas por año	\$5 Hasta 6 consultas por año
<b>Acupuntura y tratamiento quiropráctico</b>	\$0 Hasta 35 consultas combinadas por año	\$0 Hasta 35 consultas combinadas por año	\$0 Hasta 20 consultas por año solo para acupuntura
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Procedimientos de diagnóstico ambulatorios Radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de urgencia</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Servicios de ambulancia</b>	20% aéreos \$150 terrestres No aplica si se lo admite en un hospital dentro de 48 horas	20% aéreos \$150 terrestres No aplica si se lo admite en un hospital dentro de 48 horas	20% aéreos \$150 terrestres

Para las personas que tienen elegibilidad completa para Medicaid, puede que este coseguro lo pague, en parte o en su totalidad, Medicaid o un tercero. El costo compartido puede cambiar en 2027.

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 4

	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<b>Servicios de emergencia</b>	\$125 No aplica si se lo admite en un hospital dentro de 48 horas	\$125 No aplica si se lo admite en un hospital dentro de 48 horas	\$125 No aplica si se lo admite en un hospital dentro de 48 horas
<b>Paciente internado en un hospital: agudo</b>	\$0	\$0	\$150 entre 1 y 5 días \$0 entre 6 y 90 días
<b>Hospital para pacientes internados: psiquiatría</b>	\$0	\$0	\$150 entre 1 y 5 días \$0 entre 6 y 90 días
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 Hasta 7 comidas enviadas a domicilio después del alta hospitalaria, hasta \$105 por año	\$0 Hasta 7 comidas enviadas a domicilio después del alta hospitalaria, hasta \$105 por año	\$0 Hasta 7 comidas enviadas a domicilio después del alta hospitalaria, hasta \$105 por año
<b>Servicios de ayuda en el hogar</b>	\$0 Hasta 60 horas por año	\$0 Hasta 60 horas por año	<b>Sin cobertura</b>
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	\$100 por consulta	\$100 por consulta	\$200 por consulta
<b>Centro de enfermería especializada</b>	\$0 por día, entre 1 y 20 días \$100 por día, entre 21 y 50 días \$200 por día, entre 51 y 100	\$0 por día, entre 1 y 20 días \$100 por día, entre 21 y 50 días \$200 por día, entre 51 y 100	\$0 por día, entre 1 y 20 días \$200 por día, entre 21 y 100

Para las personas que tienen elegibilidad completa para Medicaid, puede que este coseguro lo pague, en parte o en su totalidad, Medicaid o un tercero. El costo compartido puede cambiar en 2027.

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 5

	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<b>Equipo médico duradero (DME)</b>	20%	20%	20%
<b>Exámenes de la vista</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Anteojos: lentes con receta</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Marcos de anteojos de los proveedores participantes de VSP</b>	\$500 Asignación anual	\$500 Asignación anual	\$250 Asignación anual
<b>Exámenes de audición</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Audífonos con receta</b>	\$500 Asignación anual	\$500 Asignación anual	\$500 Asignación anual
<b>Cobertura internacional de emergencia /urgencia</b>	\$0 Hasta \$100,000 por año	\$0 Hasta \$100,000 por año	\$20 Hasta \$50,000 por año
<b>Membresía de beneficios de actividad física con Silver&amp;Fit™</b>	\$0 por año	\$0 por año	\$0 por año

Silver&Fit™ es una marca comercial registrada de American Specialty Health Incorporated (ASH). Todos los derechos reservados.  
Para las personas que tienen elegibilidad completa para Medicaid, puede que este coseguro lo pague, en parte o en su totalidad, Medicaid o un tercero. El costo compartido puede cambiar en 2027.

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 6

	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<b>Servicios de transporte</b>	\$0 Hasta 100 viajes de ida por año	\$0 Hasta 100 viajes de ida por año	\$0 Hasta 100 viajes de ida por año
<b>Servicios dentales integrales</b>	\$4,000 Asignación anual	\$3,000 Asignación anual	\$1,500 Asignación anual
<b>Servicios de diagnóstico y prevención dental</b>	\$500 Asignación anual	\$500 Asignación anual	\$500 Asignación anual
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	\$140 Por trimestre	\$130 Por trimestre	\$75 Por trimestre
<b>Citrato de sildenafil (Viagra genérico)</b>	Nivel 1: \$0 6 pastillas por mes	Nivel 1: \$0 6 pastillas por mes	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b>	\$0	\$0	\$0

Para las personas que tienen elegibilidad completa para Medicaid, puede que este coseguro lo pague, en parte o en su totalidad, Medicaid o un tercero. El costo compartido puede cambiar en 2027.

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 7

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
<b>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos, y comestibles/ alimentos y productos agrícolas calificados <sup>1</sup></b>	\$45 Por trimestre	\$20 Por trimestre	Sin cobertura
<p><sup>1</sup> Debe reunir los requisitos al tener una o más de estas afecciones crónicas: trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD); trastornos autoinmunes; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; enfermedad renal crónica (CKD); trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas y que causan discapacidad; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; haber sido trasplantado; inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; afecciones asociadas con insuficiencia cognitiva; afecciones con problemas funcionales; afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continuos para mantener el funcionamiento</p>			
<b>Límite de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D</b>	Su límite de gasto anual para los medicamentos de la Parte D en este plan es de <b>\$2,100</b>		
<b>Insulinas del formulario</b>	\$0	\$0	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 1: genérico preferido (suministro para 30 días)</b>	\$0	\$0	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 2: genérico (suministro para 30 días)</b>	\$6	\$6	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 3: marca preferida (suministro para 30 días)</b>	\$45	\$45	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D

Algunas personas reciben ayuda extra para pagar los copagos de medicamentos. Los copagos pueden ser más bajos. El costo compartido puede cambiar en 2027.

**Puntos destacados de los beneficios para 2026**  
página 8

	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	<b>Imperial Courage Plan (HMO)</b>
<b>Nivel 4: medicamento no preferido (suministro para 30 días)</b>	\$90	\$90	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 5: de especialidad (suministro para 30 días)</b>	33%	33%	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta (suministro para 30 días)</b>	No corresponde	\$3	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 1: genérico preferido (suministro para 100 días)</b>	\$0 pedido por correo \$0 minorista	\$0 pedido por correo \$0 minorista	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 2: genérico (suministro para 100 días)</b>	\$5 pedido por correo \$5 minorista	\$5 pedido por correo \$5 minorista	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 3: marca preferida (suministro para 100 días)</b>	\$90 pedido por correo \$110 minorista	\$90 pedido por correo \$110 minorista	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 4: medicamento no preferido (suministro para 100 días)</b>	\$180 pedido por correo \$225 minorista	\$180 pedido por correo \$225 minorista	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 5: de especialidad (suministro para 100 días)</b>	No corresponde	No corresponde	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D
<b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta (suministro para 100 días)</b>	No corresponde	\$0 pedido por correo \$0 minorista	Sin cobertura de medicamentos de la Parte D

Algunas personas reciben ayuda extra para pagar los copagos de medicamentos. Los copagos pueden ser más bajos.  
El costo compartido puede cambiar en 2027.

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

**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 or speak to your provider. 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, 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) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Imperial does not exclude anyone or treat them unfairly because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

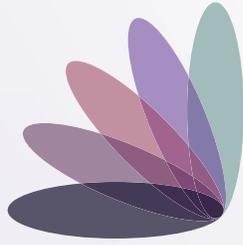
Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Imperial no excluye a nadie ni lo trata injustamente por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.



**IMPERIAL HEALTH PLAN**  
OF CALIFORNIA

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

Para obtener una lista de lo que está disponible para usted, llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. PST; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto días festivos.



IMPERIAL  
HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

2026

# RESUMEN DE BENEFICIOS

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)

Este documento está disponible sin cargo en inglés. Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-800-838-8271 (TTY 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m.; o del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m. excepto días festivos, o visítenos en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).



### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP), debe cumplir con todos los siguientes requisitos :

- Vivir en nuestra área de servicio
- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare
- Ser ciudadano de los Estados Unidos

Algunos de nuestros planes tienen requisitos adicionales para inscribirse.

- Para inscribirse a Imperial Senior Value (HMO C-SNP) también debe haber sido diagnosticado con un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo consultar?

Imperial Health Plan cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que están disponibles para brindarle atención médica y de beneficios complementarios. Cuando se inscribe en nuestro plan médico, debe elegir un médico de atención primaria (PCP). Su PCP trabajará

con nosotros para coordinar su atención médica y especializada cuando necesite consultar a otros proveedores. Si acude a un proveedor fuera de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios, salvo en situaciones de emergencia. Puede ver nuestros directorios en nuestro sitio web: [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com).

### ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos recetados de la Parte D?

Los medicamentos de la Parte D que cubrimos se agrupan en cinco y seis niveles diferentes, según el paquete de beneficios del plan en el que se inscriba. Necesitará una copia de la lista de medicamentos o “formulario” para saber en qué nivel está su medicamento. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento, la cantidad de suministros por día, la etapa de beneficios que haya alcanzado, si usa una farmacia de la red y el tipo de farmacia que usa (por ejemplo, minorista, pedido por correo, cuidado a largo plazo, infusión en el hogar, etc.).

**¿Dónde puedo encontrar más información?**

Nuestro personal de Servicios para Miembros está disponible para responder cualquier pregunta sobre elegibilidad y beneficios. Llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00p. m., excepto días festivos.

Este Resumen de Beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa

de los servicios que cubrimos , consulte la sección “Evidence of Coverage” (Evidencia de cobertura). Puede encontrar este manual en nuestro sitio web en [www.Imperialhealthplan.com](http://www.Imperialhealthplan.com) dentro de Beneficios para miembros .

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original , consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y usted) Puede encontrar este manual en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llamar al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Área de servicio de Imperial Health Plan**

Plan	Condados con cobertura
<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005</b>	Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Ángeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Monterey, Mono, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, Santa Bárbara, San Bernardino, San Benito, Santa Clara, San Diego, San Francisco, San Joaquín, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura, Yolo, y Yuba
<b>Imperial Dynamic Plan (HMO) 012</b>	
<b>Imperial Courage Plan (HMO) 016</b>	

## Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Primas</b> ¿Cuánto debo pagar por mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: paga \$0 por mes</li> <li>• Prima de la Parte D: paga \$0 por mes</li> <li>• El plan Imperial Dynamic Plan paga \$35 de la prima de la Parte B. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare</li> </ul>
<p><b>Deducible</b> ¿Cuánto debo pagar antes de que el plan pague?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plan no tiene un deducible para los beneficios de la Parte C o D</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> ¿Cuál es el límite de lo que pagaré?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$296</li> </ul>
<p><b>Paciente internado en un hospital: agudo</b><sup>1,2</sup> ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por día del día 1 al 90</li> <li>• Paga un copago de \$0 por cada día de reserva de por vida.</li> </ul>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><sup>1,2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$100 por consulta</li> </ul>
<p><b>Centro de cirugía ambulatoria</b><sup>1,2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$100 por cada consulta al centro de cirugía ambulatorio que cubre Medicare</li> </ul>
<p><b>Consultas médicas</b> ¿Cuánto debo pagar por visitar a un médico de atención primaria o a un especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con un médico de atención primaria: paga \$0</li> <li>• Consultas con un especialista<sup>1,2</sup>: paga \$0</li> <li>• Usted tiene la opción de recibir ciertos servicios a través de la telesalud, ya sea por teléfono o video</li> </ul>
<p><b>Atención preventiva</b> ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por una prueba de detección de glaucoma<sup>1</sup>, capacitación en autocontrol de la diabetes<sup>1</sup>, exámenes digitales del recto y electrocardiogramas después de una consulta de bienvenida</li> </ul>

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$125 por consulta</li> <li>• Si lo admiten en el hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paga \$0</li> </ul>
<p><b>Servicios de diagnóstico / de laboratorio/ de diagnóstico por imágenes<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas de diagnóstico</li> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética)</li> <li>• Radiografías</li> </ul> </li> <li>• Paga un 20% del costo total de los servicios de radioterapia</li> </ul>
<p><b>Abuso de sustancias tóxicas en pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un 20% del costo total por cada consulta por abuso de sustancias tóxicas de pacientes ambulatorios en un entorno individual o grupal</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por cada consulta de cuidado médico en el hogar</li> </ul>
<p><b>Servicios especializados de salud mental<sup>1,2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios para pacientes internados o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por día del día 1 al 90</li> <li>• Paga un copago de \$0 por cada día de reserva de por vida.</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes ambulatorios: Paga \$0 por cada consulta de salud mental ambulatoria de terapia individual o grupal cubierta por Medicare (no médica)</li> <li>• Paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica individual o grupal cubierta por Medicare</li> </ul>

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por periodo de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por día del día 1 al 20</li> <li>• Paga \$100 por día del día 21 al 50</li> <li>• Paga \$200 por día del día 51 al 100</li> </ul>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca, terapia ocupacional, fisioterapia, y terapia del habla y el lenguaje<sup>2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación y la terapia para pacientes ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</li> <li>• Terapia ocupacional</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Terapia del habla y el lenguaje</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Servicios de ambulancia<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$150 por un viaje de ida por tierra</li> <li>• Paga el 20% del costo total de un viaje por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> <li>• Si lo admiten en el hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Equipo médico duradero (DME), prótesis y suministros para diabéticos<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga el 20% del costo total por artículo para el equipo médico duradero (DME)<sup>1</sup>, como oxígeno o una silla de ruedas</li> <li>• Paga el 20% del costo total por artículo en prótesis<sup>1</sup> como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales</li> <li>• Paga \$0 por suministros para el control de la diabetes<sup>1</sup></li> </ul>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos para infusión en el hogar<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por las insulinas de la Parte B</li> <li>• Paga el 20% del costo total de todos los demás medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

<b>Medicamentos recetados de la Parte D</b>		<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	paga \$0 por mes		
<b>Monto máximo de gastos de bolsillo</b> ¿Cuál es el límite de lo que pagaré?	Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,100		
<b>Etapa del deducible</b>	Sin deducible (su cobertura comienza en la fecha de entrada en vigencia de la inscripción)		
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Paga los siguientes costos hasta que sus gastos de bolsillo anuales de medicamentos lleguen a \$2,100</b>		
		<b>Suministro minorista para 30 días</b>	<b>Suministro pedido por correo para 100 días</b>
Nivel 1: genérico preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Nivel 2: (genérico)	\$6.00	\$5.00	\$5.00
Nivel 3: (de marca preferido)	\$45.00/Insulinas seleccionadas: \$0	\$90.00/Insulinas seleccionadas: \$0	\$90.00/Insulinas seleccionadas: \$0
Nivel 4: (no preferido)	\$90.00/Insulinas seleccionadas: \$0	\$180.00/Insulinas seleccionadas: \$0	\$180.00/Insulinas seleccionadas: \$0
Nivel 5: (de especialidad)	33%	El suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
<b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	<b>Una vez que sus gastos de bolsillo de medicamentos por año lleguen a \$2,100. Paga \$0 por los medicamentos con receta cubiertos durante el resto del año del plan:</b>		

**Información importante sobre lo que paga por la insulina:** No pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Beneficios complementarios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p><b>Servicios dentales</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios dentales?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare: paga \$0</li> <li>• Servicios dentales preventivos: paga \$0 por consultas de rutina en el consultorio. Estas consultas incluyen exámenes, limpiezas, tratamiento de flúor y radiografías dentales. Su plan cubre hasta \$500 en servicios dentales de rutina por año</li> <li>• Paga \$0 por los servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, y otros servicios. Su plan cubre hasta \$4000 por año</li> </ul>
<p><b>Servicios de visión</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de visión? ¿Cuál es mi asignación para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por servicios de la visión cubiertos por Medicare</li> <li>• Paga \$0 por exámenes de la vista de rutina</li> <li>• Paga \$0 cada año por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> </ul> </li> <li>• El plan cubre hasta \$500 por año para anteojos</li> </ul>
<p><b>Servicios de audición<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de audición o de audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina y de diagnóstico cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Asignación para audífonos: Paga \$0 El plan cubre hasta \$500 por año calendario</li> </ul>
<p><b>Servicios de transporte<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por 100 viajes de ida a sitios aprobados por el plan</li> </ul>
<p><b>Beneficio de comidas<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 para hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía u hospitalización.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<p><b>Comestibles/Alimentos y productos agrícolas calificados por los SSBCI</b> *Debe reunir los requisitos al tener una o más de las afecciones crónicas enumeradas en la última página de este documento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$45 por trimestre</li> </ul>

<b>Beneficios complementarios</b>	<b>Imperial Dynamic Plan (HMO)</b>
<b>Servicios de ayuda en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por un máximo de 60 horas de servicios de apoyo en el hogar, que incluyen ayuda con el transporte, la compra de comestibles, la recogida de medicamentos, recordatorios de cuidado, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.</li> </ul>
<b>Tratamientos quiroprácticos y de acupuntura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un copago de \$0 por 35 visitas (combinadas con tratamientos de acupuntura) por año.</li> </ul>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de \$140 cada tres meses a través de nuestro catálogo de pedidos por correo de artículos de venta libre</li> <li>• No se acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito ni giros postales para este beneficio de venta libre</li> <li>• Sin prórroga</li> </ul>
<b>Servicios de podología<sup>2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por 6 consultas de atención de rutina de los pies por año calendario</li> </ul>
<b>Beneficio para el gimnasio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>
<b>Cobertura internacional de emergencia/urgencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolso de hasta \$100,000 para gastos calificados con copago de \$0</li> <li>• Solo servicios de urgencia o de emergencia</li> </ul>

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

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Primas</b> ¿Cuánto debo pagar por mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primas de las Partes C y D: paga \$0 por mes</li> <li>• Imperial Senior Value (HMO C-SNP) paga \$25 de su prima de la Parte B. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.</li> </ul>
<p><b>Deducible</b> ¿Cuánto debo pagar antes de que el plan pague?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plan no tiene un deducible para los beneficios de la Parte C o D</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> ¿Cuál es el límite de lo que pagaré?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$296</li> </ul>
<p><b>Paciente internado en un hospital: agudo</b><sup>1,2</sup> ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por día del día 1 al 90</li> <li>• Paga un copago de \$0 por cada día de reserva de por vida.</li> </ul>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><sup>1,2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$100 por servicios hospitalarios ambulatorios</li> </ul>
<p><b>Centro de cirugía ambulatoria</b><sup>1,2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$100 por cada consulta al centro de cirugía ambulatorio que cubre Medicare</li> </ul>
<p><b>Consultas médicas</b> ¿Cuánto debo pagar por visitar a un médico de atención primaria o a un especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con un médico de atención primaria: paga \$0</li> <li>• Consultas con un especialista<sup>1,2</sup>: paga \$0</li> <li>• Usted tiene la opción de recibir ciertos servicios a través de la telesalud, ya sea por teléfono o video</li> </ul>
<p><b>Atención preventiva</b> ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por una prueba de detección de glaucoma<sup>1</sup>, capacitación en autocontrol de la diabetes<sup>1</sup>, exámenes digitales del recto y electrocardiogramas después de una consulta de bienvenida</li> </ul>

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>
<b>Atención de emergencia</b> ¿Cuánto debo pagar por la atención de emergencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$125 por cada consulta de emergencia</li> <li>• Si lo admiten en el hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia</li> </ul>
<b>Servicios de urgencia</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0</li> </ul>
<b>Servicios de diagnóstico / de laboratorio/ de diagnóstico por imágenes<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT])</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas de diagnóstico</li> </ul> </li> <li>• Servicios de radiología terapéutica: Paga el 20%</li> </ul>
<b>Abuso de sustancias tóxicas en pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un 20% del costo total por cada consulta por abuso de sustancias tóxicas de pacientes ambulatorios en un entorno individual o grupal</li> </ul>
<b>Servicios de atención médica a domicilio<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por cada consulta de cuidado médico en el hogar</li> </ul>
<b>Servicios especializados de salud mental<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios para pacientes internados o ambulatorios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta para pacientes internados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 del día 1 al 90</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes ambulatorios: Paga \$0 del costo total por cada consulta de salud mental ambulatoria de terapia individual o grupal cubierta por Medicare (no médica)</li> <li>• Paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica individual o grupal cubierta por Medicare</li> </ul>
<b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?	Cubrimos hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por periodo de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por día del día 1 al 20</li> <li>• Paga \$100 por día del día 21 al 50</li> <li>• Paga \$200 por día del día 51 al 100</li> </ul>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa. Los servicios marcados con un <sup>2</sup> pueden requerir una derivación de su médico.

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca, terapia ocupacional, fisioterapia, y terapia del habla y el lenguaje<sup>2</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación y la terapia para pacientes ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) paga \$0</li> <li>• Consulta de terapia ocupacional: paga \$0</li> <li>• Consulta de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje: paga \$0</li> </ul>
<p><b>Servicios de ambulancia<sup>1</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$150 por un viaje de ida por tierra</li> <li>• Paga el 20% del costo total de un viaje por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> <li>• Si lo admiten en el hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia</li> </ul>
<p><b>Equipo médico duradero (DME), prótesis y suministros para diabéticos<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga el 20% del costo total por artículo para el equipo médico duradero (DME)<sup>1</sup>, como oxígeno o una silla de ruedas</li> <li>• Paga el 20% del costo total por artículo en prótesis<sup>1</sup> como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales</li> <li>• Paga \$0 por suministros para el control de la diabetes<sup>1</sup></li> </ul>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos para infusión en el hogar<sup>1</sup></b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por las insulinas de la Parte B</li> <li>• Paga el 20% del costo total de todos los demás medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

<b>Medicamentos recetados de la Parte D</b>		<b>Imperial Senior Value (HMO C-SNP)</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	Paga \$0 por mes		
<b>Límite de gastos de bolsillo</b> ¿Cuál es el límite de lo que pagaré?	Su límite anual para los medicamentos de la Parte D en este plan es de \$2,100		
<b>Etapa del deducible</b>	Sin deducible (su cobertura comienza en la fecha de entrada en vigencia de la inscripción)		
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Paga los siguientes costos hasta que sus gastos de bolsillo anuales de medicamentos lleguen a \$2,100</b>		
	<b>Suministro minorista para 30 días</b>	<b>Suministro pedido por correo para 100 días</b>	
Nivel 1: genérico preferido	\$0.00	\$0.00	
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$6.00	\$5.00	
Nivel 3: (de marca preferido)	\$45.00/Insulinas seleccionadas: \$0	\$90.00/Insulinas seleccionadas: \$0	
Nivel 4: (no preferido)	\$90.00/Insulinas seleccionadas: \$0	\$180.00/Insulinas seleccionadas: \$0	
Nivel 5: (de especialidad)	33%	El suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
Nivel 6: (de atención selecta)	\$3.00	\$0	
<b>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</b>	<b>Una vez que sus gastos de bolsillo de medicamentos por año lleguen a \$2,100. Paga \$0 por los medicamentos con receta cubiertos durante el resto del año del plan:</b>		

Información importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por el suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Beneficios complementarios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p><b>Servicios dentales</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios dentales?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare: paga \$0</li> <li>• Servicios dentales preventivos: paga \$0 por consultas de rutina en el consultorio. Estas consultas incluyen exámenes, limpiezas, tratamiento de flúor y radiografías dentales. Su plan cubre hasta \$500 en servicios dentales de rutina por año</li> <li>• Paga \$0 por los servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, y otros servicios. Su plan cubre hasta \$3,000 por año</li> </ul>
<p><b>Servicios de visión</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de visión? ¿Cuál es mi asignación para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por servicios de la visión cubiertos por Medicare</li> <li>• Paga \$0 por exámenes de la vista de rutina</li> <li>• Paga \$0 cada año por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> </ul> </li> <li>• El plan cubre hasta \$500 por año para anteojos</li> </ul>
<p><b>Servicios de audición<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de audición o de audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina y de diagnóstico cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Asignación para audífonos: Paga \$0 El plan cubre hasta \$500 por año calendario</li> </ul>
<p><b>Transporte<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por 100 viajes de ida a sitios aprobados por el plan</li> </ul>
<p><b>Beneficio de comidas<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 para hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía u hospitalización.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<p><b>Comestibles/Alimentos y productos agrícolas calificados por los SSBCI</b> *Debe reunir los requisitos al tener una o más de las afecciones crónicas enumeradas en la última página de este documento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$20 por trimestre</li> </ul>

Beneficios complementarios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<b>Servicios de ayuda en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por un máximo de 60 horas de servicios de apoyo en el hogar, que incluyen ayuda con el transporte, la compra de comestibles, la recogida de medicamentos, recordatorios de cuidado, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.</li> </ul>
<b>Tratamientos quiroprácticos y de acupuntura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un copago de \$0 por 35 visitas (combinadas con tratamientos de acupuntura) por año.</li> </ul>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de \$130 cada tres meses a través de nuestro catálogo de pedidos por correo de artículos de venta libre</li> <li>• No se acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito ni giros postales para este beneficio de venta libre</li> <li>• Sin prórroga</li> </ul>
<b>Servicios de podología<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por 6 visitas a los servicios de podología por año calendario</li> </ul>
<b>Beneficio para el gimnasio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>
<b>Cobertura internacional de emergencia/urgencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolso de hasta \$100,000 para gastos calificados con copago de \$0</li> <li>• Solo servicios de urgencia o de emergencia</li> </ul>

## Imperial Courage Plan (HMO) 016

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Primas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prima de la Parte C: paga \$0 por mes</li> <li>• El plan Imperial Courage Plan paga \$75 de la prima de la Parte B. Debe seguir pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare.</li> </ul>
<p><b>Deducible</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que el plan pague?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Este plan no tiene un deducible</li> </ul>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>¿Cuál es el límite de lo que pagaré?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999</li> </ul>
<p><b>Paciente internado en un hospital: agudo</b> <sup>1,2</sup></p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$150 por día del día 1 al 5</li> <li>• Paga \$0 por día del día 6 al 90</li> <li>• • Usted paga un copago de \$0 por cada día de reserva de por vida.</li> </ul>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><sup>1,2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$200 por estadía</li> </ul>
<p><b>Centro de cirugía ambulatoria</b><sup>1,2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$200 por cada consulta cubierta por Medicare</li> </ul>
<p><b>Consultas médicas</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por visitar a un médico de atención primaria o a un especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con un médico de atención primaria: paga \$0</li> <li>• Consultas con un especialista<sup>1,2</sup>: paga \$0</li> <li>• Usted tiene la opción de recibir ciertos servicios a través de la telesalud, ya sea por teléfono o video</li> </ul>
<p><b>Atención preventiva</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por una prueba de detección de glaucoma<sup>1</sup>, capacitación en autocontrol de la diabetes<sup>1</sup>, exámenes digitales del recto y electrocardiogramas después de una consulta de bienvenida</li> </ul>
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>¿Cuánto debo pagar por la atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$125 por consulta</li> <li>• Si lo admiten en el hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia</li> </ul>

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<b>Servicios de urgencia</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por consulta</li> </ul>
<b>Servicios de diagnóstico / de laboratorio/ de diagnóstico por imágenes<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografía computarizada [CT])</li> <li>• Radiografías para pacientes ambulatorios</li> <li>• Servicios de laboratorio</li> <li>• Pruebas de diagnóstico</li> </ul> </li> <li>• Servicios de radiología terapéutica: Paga el 20%</li> </ul>
<b>Abuso de sustancias tóxicas en pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un 10% del costo total por cada consulta por abuso de sustancias tóxicas de pacientes ambulatorios en un entorno individual o grupal</li> </ul>
<b>Servicios de atención médica a domicilio<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$20 por cada consulta de cuidado médico en el hogar</li> </ul>
<b>Servicios especializados de salud mental<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios para pacientes internados o ambulatorios?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta para pacientes internados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$150 por día del día 1 al 5</li> <li>• Paga \$0 por día del día 6 al 90</li> <li>• Paga un copago de \$0 por cada día de reserva de por vida.</li> </ul> </li> <li>• Servicios para pacientes ambulatorios: Paga el 20% del costo total por cada consulta de salud mental ambulatoria de terapia individual o grupal cubierta por Medicare (no médica)</li> <li>• Paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica individual o grupal cubierta por Medicare</li> </ul>

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Centro de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por periodo de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por día del día 1 al 20</li> <li>• Paga \$100 por día del día 21 al 50</li> <li>• Paga \$200 por día del día 51 al 100</li> </ul>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca, terapia ocupacional, fisioterapia, y terapia del habla y el lenguaje<sup>2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación y la terapia para pacientes ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Paga el 20% del costo total</li> <li>• Consulta de terapia ocupacional: Paga \$10.</li> <li>• Consulta de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje: Paga el 20% del costo total</li> </ul>
<p><b>Ambulancia<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$150 por un viaje de ida por tierra</li> <li>• Paga el 20% del costo total de un viaje por aire</li> <li>• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia</li> </ul>
<p><b>Equipo médico duradero (DME), prótesis y suministros para diabéticos<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga el 20% del costo total por artículo para el equipo médico duradero (DME)<sup>1</sup>, como oxígeno o una silla de ruedas</li> <li>• Paga el 20% del costo total por artículo en prótesis<sup>1</sup> como aparatos ortopédicos y extremidades artificiales</li> <li>• Paga \$0 por suministros para el control de la diabetes<sup>1</sup></li> </ul>
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos para infusión en el hogar<sup>1</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por las insulinas de la Parte B</li> <li>• Paga el 20% del costo total de todos los demás medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia</li> </ul>

Beneficios complementarios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p><b>Servicios dentales</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios dentales?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios dentales cubiertos por Medicare: paga \$0</li> <li>• Servicios dentales preventivos: Paga \$0 por consultas de rutina en el consultorio. Estas consultas incluyen exámenes, limpiezas, tratamiento de flúor y radiografías dentales. Su plan cubre hasta \$500 en servicios dentales de rutina por año</li> <li>• Paga \$0 por los servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, y otros servicios. Su plan cubre hasta \$1500 por año</li> </ul>
<p><b>Servicios de visión</b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de visión? ¿Cuál es mi asignación para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por servicios de la visión cubiertos por Medicare</li> <li>• Paga \$0 por exámenes de la vista de rutina</li> <li>• Paga \$0 cada año por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un par de anteojos (lentes y marcos)</li> <li>• Un par de lentes de contacto</li> </ul> </li> <li>• El plan cubre hasta \$250 por año para anteojos</li> </ul>
<p><b>Servicios de audición<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por servicios de audición o de audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de rutina y de diagnóstico cubiertos</li> <li>• El plan cubre hasta \$250</li> </ul> </li> <li>• Asignación para audífonos: Paga \$0 El plan cubre hasta \$500 por año calendario</li> </ul>
<p><b>Transporte<sup>1,2</sup></b> ¿Cuánto debo pagar por los servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por 100 viajes de ida a sitios aprobados por el plan</li> </ul>
<p><b>Beneficio de comidas<sup>1</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay un copago de \$0 para hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía u hospitalización.</li> <li>• El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.</li> </ul>
<p><b>Tratamientos quiroprácticos y de acupuntura</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga un copago de \$0 por 20 visitas (combinadas con tratamientos de acupuntura) por año.</li> </ul>
<p><b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de \$75 cada tres meses a través de nuestro catálogo de pedidos por correo de artículos de venta libre</li> <li>• No se acepta efectivo, cheques, tarjetas de crédito ni giros postales para este beneficio de venta libre</li> <li>• Sin prórroga</li> </ul>

Los servicios marcados con un <sup>1</sup> pueden requerir autorización previa. Los servicios marcados con un <sup>2</sup> pueden requerir una derivación de su médico.

Beneficios complementarios	Imperial Courage Plan (HMO)
<b>Servicios de podología<sup>1,2</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$5 por 6 visitas a los servicios de podología por año calendario</li> </ul>
<b>Beneficio para el gimnasio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paga \$0 por un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año a través del programa Silver&amp;Fit®. El programa Silver&amp;Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH)</li> </ul>
<b>Cobertura internacional de emergencia/ urgencia</b> ¿Cuánto cuesta mi reembolso?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolso de hasta \$50,000 para gastos calificados con un copago de \$20 para la atención de urgencia y un copago de \$20 para la atención de emergencia</li> <li>• Solo servicios de urgencia o de emergencia</li> </ul>

## Resumen de beneficios 2026

---

Imperial Health revisa constantemente cómo la tecnología en nuevos dispositivos y servicios puede mejorar la salud de nuestros miembros. Para obtener una lista de lo que está disponible para usted, llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) del 1.º de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. PST; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto días festivos.

\*Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos de abuso de sustancias (SUD); trastornos autoinmunes; cáncer; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; demencia; diabetes mellitus; sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; enfermedad gastrointestinal crónica; enfermedad renal crónica (CKD); trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; afecciones de salud mental crónicas y que causan discapacidad; trastornos neurológicos; accidente cerebrovascular; haber sido trasplantado; inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; afecciones asociadas con insuficiencia cognitiva; afecciones con problemas funcionales; afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; afecciones que requieren servicios de terapia continuos para mantener el funcionamiento

Imperial Health Plan of California, Inc. es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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).*



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

## Cómo inscribirse y qué sucede después de la inscripción

La inscripción en uno de los servicios de Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) MAPD es sencilla. Utilice uno de estos métodos de inscripción:

- 1. Teléfono** Llámenos al 1-800-838-5914 y completaremos la solicitud por teléfono con usted
- 2. En línea** Ingrese a [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com) o [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) para ver otras opciones de inscripción en línea
- 3. Fax** Complete la solicitud de inscripción y envíela por fax al 1-626-380-9066
- 4. Correo electrónico** Complete la solicitud de inscripción y envíela por correo electrónico.
- 5. Correo** complete la solicitud de inscripción por correo y envíela por correo:  
Imperial Health Plan of California  
Attention: Membership Department  
PO Box 60874  
Pasadena, CA 91106

### ¿Qué sucede después de completar la solicitud de inscripción?

Una vez que haya completado y enviado la solicitud de inscripción para Imperial, ¿qué sucede después?

- 1. Confirmación de inscripción:** Confirmaremos su inscripción en función de los criterios de inscripción
- 2. Carta de admisión/confirmación, evidencia de cobertura (EOC), tarjeta de identificación del miembro, directorio de proveedores/farmacias y formulario de medicamentos:** Cuando se confirme la inscripción, le enviaremos un acuse de recibo/carta de confirmación que respalde su inscripción. Esta carta contendrá el plan que eligió y su número de identificación de miembro. Si, por cualquier motivo, no se acepta su solicitud, se lo notificaremos e incluiremos los motivos. La EOC incluirá la tarjeta de identificación de miembro, el directorio de proveedores/farmacias y el formulario de medicamentos de su plan. Estos libros contienen toda la información necesaria para utilizar los beneficios de su plan. Lleve su tarjeta de identificación de miembro con usted en todo momento. Su tarjeta de identificación de miembro se utiliza para todos los servicios médicos, incluidas las consultas al médico, hospitalizaciones, emergencias y la farmacia.
- 3. Llamada telefónica:** Un representante de Imperial lo llamará dentro de los 7 a 10 días hábiles posteriores a la confirmación de la inscripción. El representante de Imperial le informará que puede comenzar a recibir servicios y estará encantado de ayudarlo a programar su primera consulta con un médico de atención primaria (PCP) y responder cualquier pregunta adicional que pueda tener.

*Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para cualquier persona que tenga tanto asistencia médica del estado como Medicare. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.*

*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).*



## Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) Lista de verificación de preinscripción

Antes de tomar la decisión de inscribirse, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicios para miembros al 1-800-838-8271 (usuarios TTY deben llamar al 711).

### Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Para ver una copia de la EOC, ingrese a [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com) o llame al 1-800-838-8271.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico/a) para asegurarse de que los médicos que visita actualmente estén en la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le proporciona sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.
- Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Comprenda las reglas importantes

- Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos/as que no se encuentran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Para que pueda inscribirse en el plan, debemos verificar que tenga una afección crónica grave o incapacitante específica que califique para el plan.



### Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su situación. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si, más adelante, determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción podría ser dada de baja.

<input type="checkbox"/>	Soy nuevo(a) en Medicare.	
<input type="checkbox"/>	Estoy inscrito(a) en un plan Medicare Advantage y quisiera cambiarme durante el período abierto de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP).	
<input type="checkbox"/>	Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y hay nuevas opciones disponibles para mí. Me mudé el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hace poco salí de prisión. Me liberaron el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de Estados Unidos. Volví a Estados Unidos el: (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hace poco obtuve un estatus de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve el estatus el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hace poco tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, mi nivel de asistencia de Medicaid cambió o perdí la cobertura de Medicaid). Esto ocurrió el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hace poco tuve un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, mi nivel de Ayuda adicional cambió o perdí la Ayuda adicional). Esto ocurrió el (escribir fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Tengo Medicare y tengo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención médica administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan integrado de necesidades especiales con doble elegibilidad [D-SNP]).	
<input type="checkbox"/>	Me estoy mudando a un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención médica a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del hogar el (insertar fecha)	Fecha



<input type="checkbox"/>	Hace poco abandoné un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE). Esto ocurrió el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Hace poco perdí de forma involuntaria mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (una cobertura igual de buena que la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Estoy en un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado o estoy perdiendo la ayuda que recibo de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.	
<input type="checkbox"/>	Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.	
<input type="checkbox"/>	Estaba inscrito(a) en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Estaba inscrito(a) en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo los requisitos de necesidades especiales de ese plan. Mi inscripción en el SNP fue dada de baja el (insertar fecha).	Fecha
<input type="checkbox"/>	Resulté afectado(a) por una emergencia o un gran desastre (declarados como tales por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o un organismo del gobierno federal, estatal o local). Una de las afirmaciones anteriores se aplicaba a mi situación, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre	
<input type="checkbox"/>	Me inscribiré durante el Periodo de Inscripción Anual (AEP) del 15 de octubre al 7 de diciembre.	
<input type="checkbox"/>	(Solo C-SNP) Tengo una afección crónica calificada que me hace elegible para inscribirme en un Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas.	
<p>Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso, o si no lo sabe, comuníquese con Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) al 1-800-838-5914, TTY:711, para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos del 1.º de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST; y del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST, excepto días festivos.</p>		



## ¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean unirse a un plan Medicare Advantage.

### Para unirse a un plan, debe cumplir estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener estas dos partes de Medicare:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

**Importante:** Para inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, también debe tener una de las siguientes opciones, o ambas:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

## ¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los primeros 3 meses desde que obtuvo Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan.
- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

## ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Dirección de su domicilio permanente y su número de teléfono

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no los rellene.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para rellenar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y rellenar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANTE

No envíe este formulario ni documentos que contengan su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de aprobación de informes de la PRA. Destruiremos toda la correspondencia que recibamos que no guarde relación con cómo mejorar este formulario o reducir el tiempo necesario para recopilar la información (según se describe en la declaración de la OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en esta página para enviar el formulario debidamente relleno al plan.

## 2026

### Formulario de solicitud de inscripción individual a un plan de Medicare Advantage (Parte C)

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por que la prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro social (o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios).

## ¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario relleno y firmado a la siguiente dirección: **Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) Atención: Enrollment**  
P.O. Box 60874  
Pasadena, CA 91116

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda con el formulario?

Llame a Imperial Health Plan al 1-800-838-5197. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 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.

## Personas que carecen de hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede indicar un apartado postal, la dirección de un refugio o de una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

**Sección 1: Todos los campos de esta sección son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

Elija el plan al que desee inscribirse:

- Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005: \$0 Parte C/D
- Imperial Dynamic Plan (HMO) 012: \$0 Parte C/D
- Imperial Courage Plan (HMO MA-only) 016: \$0 Parte C únicamente

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono:
Dirección de correo electrónico (opcional):		Teléfono celular (opcional):

Dirección de residencia permanente (no indique un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección postal, si no coincide con la dirección permanente (se admiten apartados postales):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de emergencia (opcional):	Relación:	Número de teléfono:	

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como la cobertura de VA, TRICARE) además de Imperial Health Plan?

- Sí     No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
------------------------------	--	--------------------------------------

¿Tiene trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica o diabetes?     Sí     No

¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado?     Sí     No

Si responde "Sí", indique su número de Medi-Cal (Medicaid): \_\_\_\_\_



## IMPORTANTE: Lea esta información y firme a continuación:

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para seguir en Imperial Health Plan.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Imperial Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la sección Declaración en el marco de la Ley de privacidad, más abajo). Responder este formulario es opcional. No obstante, en caso de no responder, la inscripción en el plan podrá verse afectada.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage o en un plan de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage o en un plan de la Parte D (excepto para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience la cobertura de Imperial Health Plan, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Imperial Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y los servicios proporcionados por Imperial Health Plan y otros servicios incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de Imperial Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Imperial Health Plan pagarán los beneficios ni los servicios que no están cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si un representante autorizado firma el documento (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica:
  - 1) que esta persona está autorizada, según la ley del estado, a rellenar esta inscripción; y
  - 2) que la documentación de esta autoridad está disponible por pedido de Medicare.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha de hoy:</b>
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con la persona inscrita:

## Sección 2: Todos los datos de esta sección son opcionales

**Responder estas preguntas es opcional. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no las responda.**

Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:

Español  Chino  Coreano  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_

Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos

Comuníquese con Imperial Health Plan al 1-800-838-8271 si necesita recibir información en un formato accesible que no sea ninguno de los anteriores. Nuestro horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; y del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto días festivos. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--



Indique su Médico de Atención Primaria (Primary Care Physician, PCP), su clínica o su centro de salud:

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Número de identificación del PCP: \_\_\_\_\_

Grupo Médico o Asociación de médicos independientes (IPA): \_\_\_\_\_

¿Es usted paciente actual de este PCP?  Sí  No

Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico: Seleccione uno o más.

Sí, me gustaría recibir mi paquete de inscripción para miembros nuevos: EOC, formulario integral de medicamentos y directorio de proveedores/farmacias.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba o que pueda deber) por correo todos los meses. También puede optar por que su prima se tome automáticamente de su beneficio del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) todos los meses. **Elija una opción para pagar la prima. Si no elige una opción, recibirá una factura.**

Recibir una factura.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB). *La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar al menos dos meses en comenzar después de la aprobación del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). Hasta que el Seguro Social apruebe la deducción, seguirá recibiendo resúmenes de cuenta impresos.*

**En caso de que le corresponda pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. NO le pague a Imperial Health Plan la IRMAA de la Parte D.**

### Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a llenar este formulario

Rellene esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a rellenar este formulario.

Nombre:

Relación con la persona inscrita:

Firma:

Número de productor nacional (NPN):

### DECLARACIÓN EN EL MARCO DE LA LEY DE LA PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información sobre los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar datos sobre la inscripción de beneficiarios de Medicare de acuerdo con lo que se indica en el Aviso de sistema de registro (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", correspondiente al sistema n.º 09-70-0588. Responder este formulario es opcional. No obstante, en caso de no responder, la inscripción en el plan podrá verse afectada.

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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) ofrece un Plan de Necesidades Especiales (SNP) para personas con afecciones crónicas. Puede ser elegible para inscribirse en el plan de necesidades especiales para personas con afecciones crónicas de Imperial Senior Value (HMO C-SNP) si puede responder “Sí” a cualquiera de las preguntas a continuación.

Complete este formulario y devuélvalo con su solicitud de inscripción. Imperial validará que tiene una afección crónica con su médico dentro de los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la inscripción. Si no podemos verificar que tiene una afección crónica, debemos cancelar su inscripción en este plan.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO		
Apellido	Nombre	Inicial
	Número de teléfono principal	Número de teléfono secundario
PREGUNTAS CLÍNICAS PARA REUNIR LOS REQUISITOS DE AFECCIONES CRÓNICAS		
DIABETES MELLITUS		
¿Su médico u otro profesional de la salud con licencia le diagnosticó diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido más sed, micción frecuente, hambre extrema, pérdida de peso inexplicable, llagas que tardan en sanar o infecciones frecuentes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido problemas con el nivel alto de glucosa en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Toma medicamentos o ha seguido una dieta especial para controlar su nivel de glucosa en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA		
¿Su médico u otro profesional de la salud con licencia le diagnosticó insuficiencia cardíaca crónica o congestiva?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido problemas de retención de líquidos en los pulmones o hinchazón en las piernas debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Toma medicamentos para prevenir la hinchazón de las piernas o las manos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Siente fatiga al caminar o al hacer actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Cuando camina, ¿necesita detenerse y descansar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES		
¿Alguna vez un médico o profesional de la salud con licencia le diagnosticó una afección cardiovascular, como arritmia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias (incluida la angina de pecho), coágulos de sangre o enfermedad vascular que afecta las piernas (p. ej., enfermedad arterial periférica o trombosis venosa profunda)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Siente palpitaciones, dolor o presión en el pecho, o dificultad para respirar, especialmente durante la actividad física o cuando está en reposo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular, un ataque cardíaco (infarto cardíaco) o le han informado que tiene niveles elevados de colesterol (LDL superior a 100 o colesterol total superior a 200)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Le han diagnosticado alguna afección metabólica, como presión arterial alta, diabetes o exceso de grasa abdominal, que esté asociada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO



Evaluación de calificación previa a la inscripción al SNP

PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PUEDAN VERIFICAR SUS AFECCIONES		
<b>Nombre del médico</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Ciudad</b>
<b>Número de teléfono del médico</b>	<b>Número de fax del médico</b>	<b>¿Trabaja en algún hospital que usted conozca?</b>
<b>Nombre del médico</b>	<b>Especialidad</b>	<b>Ciudad</b>
<b>Número de teléfono del médico</b>	<b>Número de fax del médico</b>	<b>¿Trabaja en algún hospital que usted conozca?</b>

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PARA VERIFICAR AFECCIONES CRÓNICAS
Por la presente, autorizo a los proveedores mencionados anteriormente a divulgar mi información de salud protegida a Imperial Health Plan para verificar que se me ha diagnosticado una afección crónica por la cual cumpla con los requisitos para inscribirme en el plan de necesidades especiales crónicas de Imperial Senior Value (HMO C-SNP). Esta autorización se aplica a toda la información de salud que tenga el proveedor con respecto a mi historial médico para las afecciones crónicas indicadas anteriormente.
<b>Firma del beneficiario:</b>
<b>Fecha:</b>

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR	
Por la presente, certifico que mi paciente mencionado anteriormente tiene una de las siguientes afecciones o más:	
Insuficiencia cardíaca crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Trastornos cardiovasculares (CVD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Firma del proveedor</b>
<b>Fecha de hoy:</b>	<b>Dirección del proveedor</b>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros llamando al 1-800-838-8271, TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST; y del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. PST a 8:00 p. m. PST, excepto días festivos. Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 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).





Por favor, devuelva esta HRA en el sobre con su dirección allí indicada.

### Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA)

Fecha:		No. de identificación del miembro:		Fecha de inicio del plan:																															
Nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento:																															
Género:		Número de teléfono:		Correo electrónico:																															
<b>Sección 1: Acerca de usted (características personales)</b>																																			
1	<p>¿Cuál es su raza o etnia? <i>Seleccione todas las que correspondan e incluya detalles en el espacio proporcionado.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Miembro de pueblos originarios de Estados Unidos/nativo de Alaska</b> (por ejemplo, Nación Navajo, Comunidad Esquimal Nome, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> (por ejemplo, chinos, filipinos, indios, vietnamitas, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Negro/afroamericano</b> (por ejemplo, afroamericano, haitiano, etíope, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Hispano o latino</b> (por ejemplo, mexicano, salvadoreño, puertorriqueño, cubano, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>De Oriente Medio o del norte de África</b> (por ejemplo, libanés, iraní, egipcio, sirio, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawái/isleño del Pacífico</b> (por ejemplo, nativo de Hawái, Samoano, Fiyiano, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Blanco</b> (por ejemplo, inglés, alemán, irlandés, italiano, polaco, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Otro grupo</b>, especifique:</p>																																		
<b>Sección 2: Preguntas de salud</b>																																			
2	<p>¿Alguna vez ha tenido alguno de estos problemas de salud? (Elija todas las opciones que correspondan)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (incluida una hemorragia cerebral)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depresión, bipolaridad o esquizofrenia</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga o en los intestinos</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas de visión u oculares</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer (incluida la leucemia)</td> <td><input type="checkbox"/> Pérdida de audición</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EPOC o enfermedad pulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Obesidad severa</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de los vasos sanguíneos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Neumonía u otras infecciones pulmonares</td> <td><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas con las drogas o el alcohol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de la memoria</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas en los pies</td> <td><input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos previos:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (etapa terminal)</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad renal (etapa 5)</td> <td>¿Qué órgano? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis reumatoide, problemas articulares</td> <td><input type="checkbox"/> VIH o SIDA</td> <td>Fecha del trasplante: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parálisis (cuadruplejía)</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para mover un lado del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> Arritmia</td> <td><input type="checkbox"/> Ninguno</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (incluida una hemorragia cerebral)	<input type="checkbox"/> Depresión, bipolaridad o esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga o en los intestinos	<input type="checkbox"/> Problemas de visión u oculares	<input type="checkbox"/> Cáncer (incluida la leucemia)	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> EPOC o enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Obesidad severa	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los vasos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Neumonía u otras infecciones pulmonares	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas con las drogas o el alcohol	<input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/> Problemas en los pies	<input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos previos:	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (etapa terminal)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal (etapa 5)	¿Qué órgano? _____	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide, problemas articulares	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	Fecha del trasplante: _____	<input type="checkbox"/> Parálisis (cuadruplejía)	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Dificultad para mover un lado del cuerpo	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (incluida una hemorragia cerebral)																																	
<input type="checkbox"/> Depresión, bipolaridad o esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Problemas en la vejiga o en los intestinos	<input type="checkbox"/> Problemas de visión u oculares																																	
<input type="checkbox"/> Cáncer (incluida la leucemia)	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones																																	
<input type="checkbox"/> EPOC o enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Obesidad severa	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los vasos sanguíneos																																	
<input type="checkbox"/> Neumonía u otras infecciones pulmonares	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Problemas con las drogas o el alcohol																																	
<input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de la memoria	<input type="checkbox"/> Problemas en los pies	<input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos previos:																																	
<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (etapa terminal)	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal (etapa 5)	¿Qué órgano? _____																																	
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide, problemas articulares	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	Fecha del trasplante: _____																																	
<input type="checkbox"/> Parálisis (cuadruplejía)	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Otro: _____																																	
<input type="checkbox"/> Dificultad para mover un lado del cuerpo	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Ninguno																																	
<b>Sección 3: Su salud y consultas al médico (cuidado preventivo)</b>																																			
3	<p>¿Cómo calificaría su salud actualmente?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Excelente</td> <td><input type="checkbox"/> Regular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muy bien</td> <td><input type="checkbox"/> Deficiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bien</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Bien		4	<p>¿Consume productos con tabaco?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos o puros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos electrónicos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ninguno</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos o puros	<input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> Ninguno																							
<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Regular																																		
<input type="checkbox"/> Muy bien	<input type="checkbox"/> Deficiente																																		
<input type="checkbox"/> Bien																																			
<input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos o puros																																			
<input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos electrónicos																																			
<input type="checkbox"/> Ninguno																																			
5	¿Cuándo fue su último chequeo?	6	¿Cuándo fue su última mamografía?																																
7	¿Cuándo fue su último análisis de sangre?	8	¿Cuándo fue su última prueba de detección de cáncer de colon?																																
9	<p>¿Realiza regularmente algún tipo de actividad física o ejercicio?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	10	<p>¿Le han ofrecido una visita de cuidados paliativos para ayudar a manejar afecciones crónicas?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																												
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																		
11	En general, ¿qué tan cómodo se siente al hacer estas actividades de la vida diaria?																																		





Por favor, devuelva esta HRA en el sobre con su dirección allí indicada.

	<p>Comer</p> <p><input type="checkbox"/> Puede hacerlo de forma independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda independiente</p>	<p>Cepillarse el cabello, cepillarse los dientes, afeitarse, cortarse las uñas, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede hacerlo de forma independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda independiente</p>								
	<p>Vestirse y desvestirse</p> <p><input type="checkbox"/> Puede hacerlo de forma independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda independiente</p>	<p>Acostarse y levantarse de la cama y moverse libremente</p> <p><input type="checkbox"/> Puede hacerlo de forma independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda independiente</p>								
	<p>Ir al baño</p> <p><input type="checkbox"/> Puede hacerlo de forma independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda independiente</p>	<p>Bañarse o ducharse por completo</p> <p><input type="checkbox"/> Puede hacerlo de forma independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda independiente</p>								
12	<p>Si tiene diabetes o una afección cardíaca, ¿está tomando estatinas (medicamento para el colesterol)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>13 ¿Cuándo fue su último examen de retina con dilatación de los ojos? Fecha del examen: _____ Lugar: _____</p> <p>¿Tiene retinopatía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>								
14	<p>¿Cuál era el nivel de A1C de su último análisis de sangre? Fecha del análisis: _____ Nivel: _____</p>	<p>15 ¿Cuándo fue su último análisis de riñón (orina o eGFR)? Fecha del análisis: _____ Resultados (si los tiene): _____</p>								
16	<p>¿Cuándo se tomó por última vez la presión arterial? Fecha: _____ Niveles de presión arterial: ____/____ Lugar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Consultorio del médico</p>	<p>17 ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas este año?</p> <table border="1"> <tr> <td><b>Gripe</b></td> <td><b>Neumonía</b></td> <td><b>COVID</b></td> <td><b>Otra</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	<b>Gripe</b>	<b>Neumonía</b>	<b>COVID</b>	<b>Otra</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Gripe</b>	<b>Neumonía</b>	<b>COVID</b>	<b>Otra</b>							
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
18	<p>Si no se vacuna regularmente, ¿cuál es el motivo?</p>	<p>19 Si recibió otras vacunas este año, ¿cuál recibió?</p>								
20	<p>¿Cómo describiría sus hábitos alimenticios?</p> <p><input type="checkbox"/> Sano y equilibrado <input type="checkbox"/> Algo saludable <input type="checkbox"/> Comidas poco saludables o poco frecuentes</p>	<p>21 ¿Actualmente bebe alcohol o consume drogas o sustancias recreativas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, frecuentemente <input type="checkbox"/> Sí, de vez en cuando <input type="checkbox"/> No o prefiero no decirlo</p>								
22	<p>¿Cuántas veces ha sido admitido en un hospital en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> Más de 5 veces</p>	<p>23 ¿Cuántas veces ha acudido a la sala de emergencias (ER) en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> Más de 7 veces</p>								
24	<p>¿Ha sido ingresado a un centro de enfermería especializada (SNF) o centro de rehabilitación aguda en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>									
<b>Sección 4: Movimiento y equilibrio (riesgo de caídas)</b>										
25	<p>¿Se ha caído en el último año?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>26 ¿Se siente inestable mientras camina o está de pie?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>								
27	<p>¿Necesita ayuda para caminar o ponerse de pie?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>28 ¿Su médico realizó una prueba de caminata cronometrada que duró 12 segundos o más?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>								
29	<p>¿Tiene problemas para ver con claridad?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>30 ¿Se ha realizado un examen de la vista en el último año?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>								
<b>Sección 5: Medicamentos, alergias y dolor</b>										
31	<p>¿Toma medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuántos? _____</p> <p>Escriba todos los medicamentos conocidos: _____</p>									
32	<p>¿Hay algún medicamento que lo haga sentir mareado, somnoliento o confundido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>33 ¿Tiene dolor o molestias actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso afirmativo, ¿dónde? _____</p> <p>¿Cuál es el nivel de dolor en una escala de 0 a 10? _____ (0 = sin dolor, 10 = el peor de todos)</p>								





Por favor, devuelva esta HRA en el sobre con su dirección allí indicada.

<p>34 ¿Tiene alguna alergia conocida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, escriba los alérgenos:</p>	<p>35 ¿Recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

**Sección 6: Apoyo y vida social**

<p>36 ¿Se siente seguro en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>37 ¿Tiene algún cuidador que le ayude actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos días a la semana? _____</p>				
<p>38 ¿Tiene familiares u otras personas que estén dispuestas y puedan ayudarlo cuando necesite? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>					
<p>39 ¿Alguna vez ha pensado que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que necesita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>					
<p>40 ¿Con qué frecuencia habla con sus amigos o familiares cercanos o con qué frecuencia los visita?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</td> <td><input type="checkbox"/> 3–5 veces por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1–2 veces por semana</td> <td><input type="checkbox"/> Más de 5 veces por semana</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> 3–5 veces por semana	<input type="checkbox"/> 1–2 veces por semana	<input type="checkbox"/> Más de 5 veces por semana
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> 3–5 veces por semana				
<input type="checkbox"/> 1–2 veces por semana	<input type="checkbox"/> Más de 5 veces por semana				

**Sección 7: Vivienda y transporte**

<p>41 ¿Cuál es su situación de vivienda en la actualidad? <input type="checkbox"/> Tengo un lugar estable donde vivir <input type="checkbox"/> Hoy tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro <input type="checkbox"/> No tengo un lugar estable para vivir (<i>estoy viviendo en la casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque</i>)</p>	<p>42 En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? (<i>marque todo lo que corresponda</i>) <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a las citas médicas o conseguir medicamentos <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o a conseguir las cosas que necesito <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

**Sección 8: Alimentación y servicios públicos**

<p>43 En los últimos 12 meses, le preocupaba que su comida se acabara antes de tener dinero para comprar más. <input type="checkbox"/> A veces es cierto <input type="checkbox"/> Pocas veces es cierto <input type="checkbox"/> Nunca es cierto</p>	<p>44 En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya se cortó</p>
--	--

**Sección 9: Estado de ánimo y salud emocional**

<p>45 En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?</p>				
<i>Marque una casilla para cada afirmación:</i>	<b>Para nada</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
	0	1	2	3
Pérdida de interés o alegría en las cosas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, devuelva esta HRA en el sobre con su dirección allí indicada.



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

**Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)  
Prima mensual del plan para personas que reciben Ayuda adicional de Medicare  
para ayudar a pagar los costos de los medicamentos con receta**

Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos del plan para medicamentos con receta de Medicare, su prima mensual del plan será más baja de lo que sería si no recibiese Ayuda adicional de Medicare.

Si recibe Ayuda adicional, la prima mensual del plan será de \$0 para cualquiera de los planes que se indican a continuación. (Esto no incluye ninguna prima de la Parte B de Medicare que posiblemente deba pagar).

Su nivel de Ayuda adicional	Prima mensual para Imperial Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005	Prima mensual para Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012
100%	\$0	\$0
75%	\$0	\$0
50%	\$0	\$0
25%	\$0	\$0

La prima de Imperial Health Plan incluye la cobertura de servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados.

Si no recibe Ayuda adicional, puede ver si reúne los requisitos llamando a los siguientes números:

- 1-800-Medicare o al 1-877-486-2048 si es usuario de TTY (las 24 horas, los 7 días de la semana.)
- La oficina de Medicaid de su estado
- Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 de lunes a viernes de 8 a. m. a 7 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-838-8271; si es usuario de TTY, debe llamar al TTY: 711 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a domingo, del 1.º de octubre al 31 de marzo (excepto días festivos); y del 1.º de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días festivos).

Imperial Health Plan es un plan (HMO) (HMO SNP) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 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).

## INFORMACIÓN IMPORTANTE:

### Calificaciones por estrellas de Medicare para 2025

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de  
EE. UU.



Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496

**Para 2025, Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496 recibió las siguientes calificaciones por estrellas de Medicare:**

**Calificación general por estrellas:** ★★☆☆☆

**Calificación de los servicios de salud:** ★★☆☆☆

**Calificación de los servicios de medicamentos:** ★★☆☆☆

**Todos los años, Medicare evalúa los planes con un sistema de calificación de 5 estrellas.**

### Por qué las calificaciones por estrellas son importantes

Medicare califica los servicios de salud y medicamentos que prestan los planes.

Esto le permite comparar fácilmente los planes según su calidad y rendimiento.

Las calificaciones por estrellas se basan en factores que incluyen lo siguiente:

- Comentarios de los miembros sobre el servicio y la atención que brinda el plan
- La cantidad de miembros que abandonaron el plan o se quedaron en él
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Datos de médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan; es decir, los miembros pueden obtener una mejor atención y un servicio al cliente más rápido y eficiente.

### Obtenga más información en línea sobre las calificaciones por estrellas

Compare en línea las calificaciones por estrellas de este y otros planes visitando [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare).

### ¿Tiene preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Imperial Health Plan of California, Inc. los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, al 800-838-5914 (línea gratuita) o al 711 (TTY) desde el 1.º de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención, del 1.º de abril al 30 de septiembre, es de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico. Los miembros actuales deben llamar al 800-838-8271 (línea gratuita) o al 711 (TTY).

**La cantidad de estrellas muestra qué tan bien funciona un plan.**

★★★★★ EXCELENTE

★★★★☆ POR ENCIMA DEL PROMEDIO

★★★☆☆ PROMEDIO

★★☆☆☆ POR DEBAJO DEL PROMEDIO

★☆☆☆☆ DEFICIENTE

## Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares

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 (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 សេវាកម្មជំនួយភាសាភតតិកផ្តល់ជូនមានសម្រាប់អ្នក។ 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: 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۔”

## Aviso de no discriminación

### Discriminación ilegal

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (según la definición en el Título 45, sección 92.101(a)(2) del Código de Regulaciones Federales [CFR]) (ni sexo, identidad de género, incluidas las expresiones transgénero; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos de género). SCAN Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo

#### Imperial Health Plan:

Permite a las personas con discapacidades realizar adaptaciones razonables y sin cargo para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- interpretación de lenguaje de señas de calidad
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros)
- Ofrece servicios de asistencia en otros idiomas sin costo a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
- interpretación de calidad
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita adaptaciones razonables, asistencia con los servicios básicos o asistencia en otros idiomas, comuníquese con Erica Ruiz.

Si cree que Imperial Health Plan no ha prestado estos servicios o le ha discriminado de otra forma por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante Erica Ruiz, directora de cumplimiento, cumplimiento en fraude, desperdicio y abuso (FWA), PO Box 60874 Pasadena, CA 91116, al 1-888-708-5377, 711, 1-626-380-9054, [complianceFWA@imperialhealthplan.com](mailto:complianceFWA@imperialhealthplan.com). Puede plantear su preocupación en persona, por correo, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para plantear sus inquietudes, la directora de cumplimiento Erica Ruiz está disponible para ayudar.

También puede presentar un reclamo de derechos humanos ante la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de Derechos Humanos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (No disponible)

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

### Números de contacto importantes

<b>Sitio web del plan</b>	Imperial Health Plan	<a href="http://www.ImperialHealthPlan.com">www.ImperialHealthPlan.com</a>
<b>Servicios para Miembros</b>	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
<b>Transporte</b>	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
<b>Comidas</b>	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
<b>Visión/anteojos</b>	Atención de la vista de VSP	1-855-492-9028 <a href="http://www.vsp.com/advantageonly">www.vsp.com/advantageonly</a>
<b>Membresía a un gimnasio/de acondicionamiento físico</b>	Silver & Fit	1-877-427-4788 <a href="http://www.SilverandFit.com">www.SilverandFit.com</a>
<b>Audición</b>	TruHearing	1-866-335-9267
<b>Apoyo en el hogar</b>	Papa Pals	1-833-200-6924 <a href="http://www.Papa.com">www.Papa.com</a>
<b>Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)</b>	Y más	1-855-263-6673 <a href="http://www.AndMoreHealth.com">www.AndMoreHealth.com</a>
<b>Beneficios de farmacia</b>	MedImpact	1-877-391-1105 <a href="http://www.Medimpact.com">www.Medimpact.com</a>
<b>Telesalud</b>	Teladoc	1-800-835-2362 <a href="http://www.Teladoc.com">www.Teladoc.com</a>
<b>Salud conductual</b>	Lucet	1-816-237-2362
<b>Quiropraxia y acupuntura</b>	American Specialty Health	1-800-678-9133 <a href="http://www.ASHLink.com/ash/IHPM">www.ASHLink.com/ash/IHPM</a>
<b>Servicios dentales</b>	Delta Dental	1-888-643-3239 Busque un dentista en línea en <a href="https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html">https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html</a>





**IMPERIAL HEALTH PLAN**  
OF CALIFORNIA

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

Para obtener una lista de lo que está disponible para usted,  
llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) del 1.º de octubre  
al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.  
PST; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes  
a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto días festivos.