

IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

Hướng Dẫn Ghi Danh

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016



Chương trình Y tế Imperial năm 2026 của California, Inc. (HMO) (HMO SNP) Mục lục Bộ công cụ đăng ký trước

THƯ GIỚI THIỆU VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN LẠC.....	2
XÁC NHẬN PHẠM VI CỦA BUỔI HỌP (SOA).....	4
ĐỦ ĐIỀU KIỆN.....	6
NHỮNG QUYỀN LỢI NỔI BẬT (012, 005, 016)	8
TÓM TẮT QUYỀN LỢI (012, 005, 016).....	21
LÀM THẾ NÀO ĐỂ ĐĂNG KÝ VÀ ĐIỀU GÌ SẼ XẢY RA TIẾP THEO	41
DANH SÁCH KIỂM TRA TRƯỚC KHI GHI DANH	42
CHỨNG NHẬN TÍNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN GHI DANH	44
ĐƠN ĐĂNG KÝ	47
ĐÁNH GIÁ SNP	54
ĐÁNH GIÁ RỦI RO SỨC KHỎE (HRA)	58
BẢNG PHÍ BẢO HIỂM TÓM TẮT THU NHẬP THẤP	64
XẾP HẠNG SAO	65
HỖ TRỢ NGÔN NGỮ & KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ	66
SỐ ĐIỆN THOẠI LIÊN LẠC QUAN TRỌNG	69



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

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

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

Trong năm 2026, quý vị sẽ được tiếp cận nhiều quyền lợi bổ sung như chăm sóc nha khoa toàn diện, nhãn khoa, thính lực, đưa đón, tư cách hội viên câu lạc bộ sức khỏe, thuốc và vật tư y tế không cần kê đơn (OTC), chăm sóc chân định kỳ và nhiều quyền lợi khác. Khi quý vị so sánh các quyền lợi của mình, chúng tôi hy vọng quý vị sẽ thấy được lợi thế khi chọn Imperial Health Plan.

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

Trân trọng,

Paveljit S. Bindra, MD Giám đốc điều hành

Trong năm 2026, chúng tôi hân hạnh cung cấp các quyền lợi và dịch vụ của Imperial Health Plan tại năm mươi quận sau đây của California:

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

Các số liên lạc quan trọng: #s

Hội viên tiềm năng gọi:
Dịch vụ Hội viên:
Trang web của Imperial:

800-838-5914 hoặc sales@imperialhealthplan.com
800-838-8271
www.Imperialhealthplan.com



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Chương trình này dành cho tất cả những người được nhận trợ cấp y tế của cả Tiểu bang và của Medicare. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.

VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

Xác nhận Phạm vi của Buổi họp (SOA)

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

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

Các chương trình Medicare Advantage (Part C)	
☐	Tổ Chức Đảm Bảo Sức Khỏe (HMO) của Medicare: Chương Trình Medicare Advantage Plan cung cấp tất cả bảo hiểm y tế Original Medicare Phần A và Phần B và đôi khi bao trả bảo hiểm thuốc kê toa Phần D. Trong hầu hết HMO, quý vị chỉ có thể nhận dịch vụ chăm sóc từ các bác sĩ hoặc bệnh viện trong mạng lưới của chương trình (trừ trường hợp khẩn cấp).
☐	Chương Trình Đáp Ứng Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) của Medicare: Chương Trình Medicare Advantage Plan có gói phúc lợi được thiết kế cho những người có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt. Ví dụ về các nhóm cụ thể được phục vụ bao gồm những người có cả Medicare và Medicaid, người sống trong viện dưỡng lão và người mắc một số bệnh mạn tính nhất định.

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

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

Do Đại Lý điền	
Tên Đại Lý:	Số Điện Thoại Của Đại Lý:
Chữ Ký Của Đại Lý:	FMO:
Tên Người Thụ Hưởng:	Số Điện thoại Người Thụ Hưởng:
Địa Chỉ Của Người Thụ Hưởng:	MBI Người Thụ Hưởng:
Phương Thức Liên Hệ Ban Đầu:	



(Các) chương trình được đại lý trình bày trong cuộc họp này:	Ngày Hoàn thành Cuộc họp:
Nếu có, hãy cung cấp lời giải thích tại sao SOA không được ký trước khi bắt đầu cuộc họp: (khách vắng lại, người tham dự ngoài kế hoạch, v.v.)	

**Phạm Vi Cuộc Hẹn phải tuân theo các yêu cầu lưu giữ hồ sơ của CMS. Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*

KHẢ NĂNG HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN

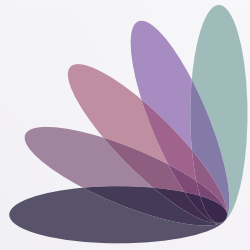
Việc hiểu rõ về tính đủ điều kiện và các hướng dẫn ghi danh là điều quan trọng khi ghi danh vào một chương trình Medicare advantage. Nếu quý vị đủ điều kiện tham gia Medicare Phần A và đã ghi danh vào Medicare Phần B, quý vị có thể đủ điều kiện để ghi danh vào một Chương trình Medicare Advantage như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

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

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

Medicare: 1-800-633-4227. Trang web Medicare: www.medicare.gov

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

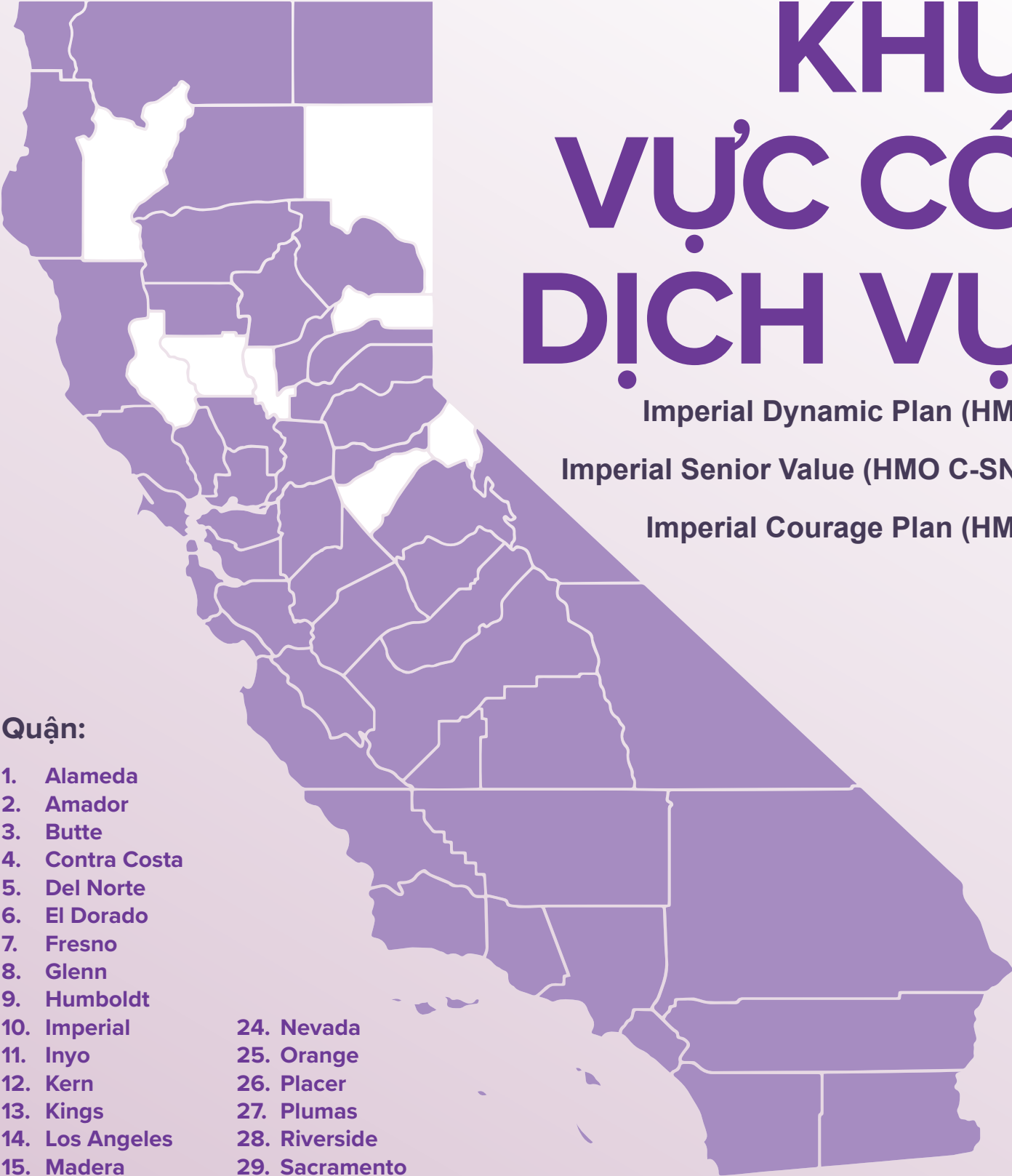
NHỮNG ĐIỂM NỔI BẬT

về quyền lợi
năm 2026

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Courage Plan (HMO) 016



KHU VỰC CÓ DỊCH VỤ

Imperial Dynamic Plan (HMO)

Imperial Senior Value (HMO C-SNP)

Imperial Courage Plan (HMO)

Quận:

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

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 2

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Phí bảo hiểm chương trình Phần C	\$0	\$0
Giảm phí bảo hiểm Medicare Phần B	\$35 Hàng tháng	\$75 Hàng tháng
Khấu trừ hàng năm Phần C	\$0	\$0
Khấu trừ hàng năm cho thuốc Phần D	\$0	Không chi trả cho thuốc Phần D
Chi phí tự trả tối đa hàng năm cho Phần A và Phần B	\$296	\$2,999
Dịch vụ bác sĩ chăm sóc chính	\$0	\$0
Dịch vụ bác sĩ chuyên khoa	\$0	\$5
Dịch vụ tâm thần	\$0	\$0

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 3

Imperial Dynamic Plan (HMO)		Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Dịch vụ vật lý trị liệu và ngôn ngữ trị liệu, Dịch vụ trị liệu nghề nghiệp	\$0	\$0	20% Thẻ chất & Ngôn ngữ \$10 Trị liệu nghề nghiệp
	Tối đa 6 lần khám mỗi năm	Tối đa 6 lần khám mỗi năm	\$5 Tối đa 6 lần khám mỗi năm
Điều trị bằng châm cứu và nắn xương	Tổng cộng tối đa 35 lần khám mỗi năm	Tổng cộng tối đa 35 lần khám mỗi năm	\$0 Tối đa 20 lần khám mỗi năm, chỉ dành cho châm cứu
Dịch vụ phòng thí nghiệm	\$0	\$0	\$0
Quy trình chẩn đoán ngoại trú Chụp X-quang, MRI, CT	\$0	\$0	\$0
Dịch vụ cần thiết khẩn cấp	\$0	\$0	\$0
Dịch vụ cứu thương	20% đường hàng không \$150 đường bộ Được miễn trừ nếu nhập viện trong vòng 48 giờ	20% đường hàng không \$150 đường bộ Được miễn trừ nếu nhập viện trong vòng 48 giờ	20% đường hàng không \$150 đường bộ

Đối với những người có Medicaid đầy đủ, khoản đồng bảo hiểm này có thể được Medicaid hoặc bên thứ ba chi trả một phần hoặc toàn bộ. Khoản chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2027.

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 4

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Dịch vụ khẩn cấp	\$125 Được miễn trừ nếu nhập viện trong vòng 48 giờ	\$125 Được miễn trừ nếu nhập viện trong vòng 48 giờ	\$125 Được miễn trừ nếu nhập viện trong vòng 48 giờ
Điều trị nội trú – Cấp tính	\$0	\$0	\$150 cho ngày 1 – 5 \$0 cho ngày 6 – 90
Điều trị nội trú – Tâm thần	\$0	\$0	\$150 cho ngày 1 – 5 \$0 cho ngày 6 – 90
Quyền lợi bữa ăn	\$0 Tối đa 7 bữa ăn giao tận nhà sau khi ra viện, tối đa \$105 mỗi năm	\$0 Tối đa 7 bữa ăn giao tận nhà sau khi ra viện, tối đa \$105 mỗi năm	\$0 Tối đa 7 bữa ăn giao tận nhà sau khi ra viện, tối đa \$105 mỗi năm
Dịch vụ hỗ trợ tại nhà	\$0 Tối đa 60 giờ mỗi năm	\$0 Tối đa 60 giờ mỗi năm	Không được chi trả
Dịch vụ ngoại trú tại bệnh viện	\$100 mỗi lần khám	\$100 mỗi lần khám	\$200 mỗi lần khám
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn	\$0 mỗi ngày, ngày 1 – 20 \$100 mỗi ngày, ngày 21 – 50 \$200 mỗi ngày, ngày 51 – 100	\$0 mỗi ngày, ngày 1 – 20 \$100 mỗi ngày, ngày 21 – 50 \$200 mỗi ngày, ngày 51 – 100	\$0 mỗi ngày, ngày 1 – 20 \$200 mỗi ngày, ngày 21 – 100

Đối với những người có Medicaid đầy đủ, khoản đồng bảo hiểm này có thể được Medicaid hoặc bên thứ ba chi trả một phần hoặc toàn bộ. Khoản chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2027.

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 5

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Thiết bị y tế lâu bền (DME)	20%	20%
Khám mắt	\$0	\$0
Kính mắt – Kính thuốc	\$0	\$0
Gọng kính tại các nhà cung cấp tham gia VSP	\$500 Trợ cấp hàng năm	\$250 Trợ cấp hàng năm
Khám thính lực	\$0	\$0
Máy trợ thính theo toa	\$500 Trợ cấp hàng năm	\$500 Trợ cấp hàng năm
Chi trả trong trường hợp cấp cứu /khẩn cấp toàn cầu	\$0 Tối đa \$100,000 mỗi năm	\$20 Tối đa \$50,000 mỗi năm
Quyền lợi thành viên tập thể dục với Silver&Fit™	\$0 Hàng năm	\$0 Hàng năm

Silver&Fit™ là nhãn hiệu đã đăng ký của American Specialty Health Incorporated (ASH). Bảo lưu mọi quyền.

Đối với những người có Medicaid đầy đủ, khoản đồng bảo hiểm này có thể được Medicaid hoặc bên thứ ba chi trả một phần hoặc toàn bộ. Khoản chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2027.

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 6

	Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Dịch vụ vận chuyển	\$0 Tối đa 100 chuyến đi một chiều mỗi năm	\$0 Tối đa 100 chuyến đi một chiều mỗi năm	\$0 Tối đa 100 chuyến đi một chiều mỗi năm
Dịch vụ nha khoa toàn diện	\$4,000 Trợ cấp hằng năm	\$3,000 Trợ cấp hằng năm	\$1,500 Trợ cấp hằng năm
Dịch vụ nha khoa chẩn đoán và phòng ngừa	\$500 Trợ cấp hằng năm	\$500 Trợ cấp hằng năm	\$500 Trợ cấp hằng năm
Vật phẩm mua không cần toa (OTC)	\$140 Mỗi quý	\$130 Mỗi quý	\$75 Mỗi quý
Sildenafil Citrate (thuốc Viagra gốc)	Bạc 1 \$0 6 viên mỗi tháng	Bạc 1 \$0 6 viên mỗi tháng	Không chi trả cho thuốc Phần D
Vật tư và dịch vụ cho bệnh nhân tiểu đường	\$0	\$0	\$0

Đối với những người có Medicaid đầy đủ, khoản đồng bảo hiểm này có thể được Medicaid hoặc bên thứ ba chi trả một phần hoặc toàn bộ. Khoản chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2027.

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 7

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Thực phẩm và sản phẩm/tạp hóa đủ tiêu chuẩn theo SSBCI ¹	\$45 Mỗi quý	Không được chi trả
¹ Quý vị phải mắc một hoặc nhiều bệnh mạn tính sau mới đủ điều kiện: Rối loạn sử dụng rượu mạn tính và rối loạn sử dụng chất (SUD) khác; Rối loạn tự miễn dịch; Ung thư; Rối loạn tim mạch; Suy tim mạn tính; Mất trí nhớ; Đái tháo đường; Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa; Bệnh đường tiêu hóa mạn tính; Bệnh thận mạn tính (CKD); Rối loạn huyết học nghiêm trọng; HIV/AIDS; Rối loạn phổi mạn tính; Bệnh tâm thần mạn tính và tàn tật; Rối loạn thần kinh; Đột quỵ; Sau ghép tạng; Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch; Tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức; Tình trạng có khó khăn về chức năng; Tình trạng mạn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác; Tình trạng cần tiếp tục các dịch vụ trị liệu để người bệnh có thể duy trì chức năng		
Ngưỡng chi phí tự trả cho thuốc Phần D	Giới hạn chi phí hàng năm của quý vị cho thuốc Phần D trong chương trình này là \$2,100	Không chi trả cho thuốc Phần D
Insulin công thức	\$0	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 1 – Thuốc gốc ưu tiên (Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày)	\$0	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 2 – Thuốc gốc (Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày)	\$6	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 3 – Thuốc biệt dược ưu tiên (Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày)	\$45	Không chi trả cho thuốc Phần D

Một số người được nhận thêm trợ cấp để trả các khoản đồng thanh toán có thể thấp hơn. Khoản chia sẻ chi phí có thể thay đổi vào năm 2027.

Những điểm nổi bật về quyền lợi năm 2026

trang 8

Imperial Dynamic Plan (HMO)	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	Imperial Courage Plan (HMO)
Bậc 4 – Thuốc không ưu tiên (Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày)	\$90	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 5 – Thuốc bậc chuyên khoa (Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày)	33%	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 6 – Thuốc chăm sóc chọn lọc (Lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày)	Không áp dụng	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 1 – Thuốc gốc ưu tiên (Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày)	\$0 Đặt hàng qua đường bưu điện \$0 Bán lẻ	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 2 – Thuốc gốc (Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày)	\$5 Đặt hàng qua đường bưu điện \$5 Bán lẻ	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 3 – Thuốc biệt dược ưu tiên (Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày)	\$90 Đặt hàng qua đường bưu điện \$110 Bán lẻ	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 4 – Thuốc không ưu tiên (Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày)	\$180 Đặt hàng qua đường bưu điện \$225 Bán lẻ	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 5 – Thuốc bậc chuyên khoa (Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày)	Không áp dụng	Không chi trả cho thuốc Phần D
Bậc 6 – Thuốc chăm sóc chọn lọc (Lượng thuốc đủ dùng trong 100 ngày)	Không áp dụng	Không chi trả cho thuốc Phần D

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Thông tin này không mô tả đầy đủ các lợi ích. Gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711) để biết thêm thông tin. Có thể áp dụng một số giới hạn, đồng thanh toán và hạn chế. Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 hằng năm.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Anh thì chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí, hoặc quý vị có thể nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của mình. Gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

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

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

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
O F C A L I F O R N I A

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

Để biết danh sách những dịch vụ quý vị có thể sử dụng, vui lòng gọi số 1-800-838-8271, (TTY: 711), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo giờ Thái Bình Dương hoặc từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 8:00 tối, trừ ngày lễ.



IMPERIAL
HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

2026

TÓM TẮT QUYỀN LỢI

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)

Tài liệu này có phiên bản tiếng Tây Ban Nha được cung cấp miễn phí. Tài liệu cũng có các định dạng khác như chữ nổi braille, bản in lớn hoặc âm thanh. Để biết thêm thông tin, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 1-800-838-8271 (TTY 711). Từ ngày 1 tháng 10 – 31 tháng 3: đường dây hoạt động từ Thứ Hai – Chủ Nhật, 8:00 sáng – 8:00 tối; từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9: đường dây hoạt động từ Thứ Hai – Thứ Sáu, 8:00 sáng – 8:00 tối trừ ngày lễ. Ngoài ra, quý vị có thể truy cập www.imperialhealthplan.com.



Ai có thể tham gia?

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

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

Một số chương trình của chúng tôi có yêu cầu bổ sung đối với người tham gia.

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

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

Imperial Health Plan có một mạng lưới gồm những bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và cơ sở y tế khác sẵn sàng cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế và quyền lợi bổ sung cho quý vị. Khi tham gia chương trình sức khỏe của chúng tôi, quý vị phải chọn một bác sĩ chăm sóc chính (PCP). PCP của quý vị sẽ làm việc

với chúng tôi để điều phối dịch vụ chăm sóc y tế và điều trị chuyên khoa khi quý vị cần đến các cơ sở y tế khác. Nếu quý vị đến bất kỳ cơ sở y tế nào không thuộc mạng lưới của chúng tôi, chương trình có thể sẽ không thanh toán chi phí các dịch vụ này, trừ trường hợp cấp cứu. Quý vị có thể xem các danh bạ trên trang web của chúng tôi:

www.imperialhealthplan.com.

Làm cách nào để xác định chi phí thuốc kê toa Phần D?

Các thuốc Phần D mà chúng tôi đài thọ được nhóm thành năm hoặc sáu bậc khác nhau, tùy thuộc vào gói quyền lợi của chương trình mà quý vị ghi danh. Quý vị cần có bản sao danh sách thuốc hay "danh mục thuốc" của chúng tôi để biết thuốc của quý vị thuộc bậc nào. Số tiền quý vị phải trả tùy thuộc vào bậc thuốc, số ngày được cấp thuốc, giai đoạn quyền lợi quý vị đã đạt đến, quý vị có đang sử dụng nhà thuốc trong mạng lưới hay không và loại nhà thuốc quý vị sử dụng (ví dụ: bán lẻ, đặt giao qua bưu điện, chăm sóc dài hạn, truyền dịch tại nhà, v.v.)

Tôi có thể tìm thêm thông tin ở đâu?

Nhân viên Dịch Vụ Thành Viên của chúng tôi luôn sẵn sàng giải đáp mọi thắc mắc về điều kiện tham gia và quyền lợi. Vui lòng gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 – 31 tháng 3, đường dây hoạt động từ Thứ Hai – Chủ Nhật, 8:00 sáng – 8:00 tối; từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, đường dây hoạt động từ Thứ Hai – Thứ Sáu, 8:00 sáng – 8:00 tối trừ ngày lễ.

Bản Tóm Tắt Quyền Lợi này là tài liệu tóm tắt những khoản mà chúng tôi đài thọ và những khoản mà quý vị chi trả. Nội dung không bao gồm mọi dịch

vụ mà chúng tôi đài thọ hoặc liệt kê mọi giới hạn hay trường hợp loại trừ. Để xem danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, vui lòng tham khảo "Bảng Chứng Bảo Hiểm". Quý vị có thể tìm tài liệu này trên trang web www.Imperialhealthplan.com, trong mục Quyền Lợi Thành Viên.

Nếu quý vị muốn biết thêm về bảo hiểm và các chi phí của Original Medicare, vui lòng tham khảo sổ tay "Medicare & Quý Vị". Quý vị có thể tìm thấy sổ tay này tại www.Medicare.gov hoặc gọi 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Người dùng TTY vui lòng gọi 1-877-486-2048.

Khu Vực Dịch Vụ Của Imperial Health Plan

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

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Phí Bảo Hiểm Tôi cần trả bao nhiêu mỗi tháng?	• Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị trả \$0 mỗi tháng • Phí bảo hiểm Phần D: Quý vị trả \$0 mỗi tháng • Imperial Dynamic Plan thanh toán \$35 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình
Khoản Khấu Trừ Tôi cần trả bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?	• Chương trình này không có khoản khấu trừ cho các quyền lợi Phần C hoặc D
Chi Phí Tự Trả Tối Đa Số tiền tối đa mà tôi tự trả là bao nhiêu?	• Số tiền tối đa quý vị phải trả mỗi năm đối với các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$296
Bệnh Viện Nội Trú – Cấp Tính ^{1,2} Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi phải trả bao nhiêu?	• Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 90 • Quý vị đồng trả \$0 cho mỗi Ngày Dự Phòng Trộn Đồi.
Dịch Vụ Bệnh Viện Ngoại Trú ^{1,2}	• Quý vị trả \$100 đối với mỗi lần khám
Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú^{1,2}	• Quý vị trả \$100 đối với mỗi lần khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú được Medicare đài thọ
Khám Bác Sĩ Tôi phải trả bao nhiêu để khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?	• Khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị trả \$0 • Khám với bác sĩ chuyên khoa^{1,2}: Quý vị trả \$0 • Quý vị có thể tiếp nhận một số dịch vụ nhất định bằng hệ thống chăm sóc sức khỏe từ xa qua điện thoại hoặc video
Dịch Vụ Phòng Ngừa Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Chăm Sóc Phòng Ngừa?	• Quý vị trả \$0 đối với dịch vụ sàng lọc bệnh tăng nhãn áp¹, hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường¹, khám trực tràng kỹ thuật số và điện tâm đồ (EKG) sau lần khám ban đầu

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Dịch Vụ Cấp Cứu Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Chăm Sóc Cấp Cứu?	- Quý vị trả \$125 mỗi lần khám - Nếu nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả phần chi phí chăm sóc cấp cứu
Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp?	Quý vị trả \$0
Dịch Vụ Chẩn Đoán / Phòng Thí Nghiệm / Hình Ảnh^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Chẩn Đoán?	- Quý vị trả \$0 đối với: - Dịch vụ phòng thí nghiệm - Xét nghiệm chẩn đoán - Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: MRI) - Chụp X quang - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí các dịch vụ quang tuyến trị liệu
Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú^{1,2}	Quý vị trả 20% tổng chi phí đối với mỗi lần Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú cho cá nhân hoặc cho nhóm
	Quý vị trả \$0 đối với mỗi lần khám sức khỏe tại nhà
Dịch Vụ Chuyên Khoa Sức Khỏe Tâm Thần^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?	- Nằm viện nội trú: - Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 90 - Quý vị đồng trả \$0 cho mỗi Ngày Dự Phòng Trộn Đồi. - Dịch vụ ngoại trú: Quý vị trả \$0 đối với mỗi lần khám sức khỏe tâm thần ngoại trú cho cá nhân hoặc cho nhóm được Medicare đài thọ (khi không phải bác sĩ thực hiện) - Quý vị trả \$0 đối với mỗi buổi trị liệu tâm thần cho cá nhân hoặc cho nhóm được Medicare đài thọ

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu khi ở lại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)?	Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong mỗi kỳ quyền lợi tại SNF: • Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 20 • Quý vị trả \$100 mỗi ngày cho các ngày từ 21 – 50 • Quý vị trả \$200 mỗi ngày cho các ngày từ 51 – 100
Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Tim / Trị Liệu Hoạt Động / Vật Lý / Âm Ngữ / Ngôn Ngữ² Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú và trị liệu?	• Quý vị trả \$0 đối với: • Dịch vụ phục hồi chức năng tim • Trị liệu hoạt động • Trị liệu vật lý • Trị liệu âm ngữ và ngôn ngữ
Dịch Vụ Xe Cứu Thương¹ Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Xe Cứu Thương?	• Quý vị trả \$150 đối với mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ • Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí đối với mỗi chuyến bay • Cần có sự cho phép trước đối với chuyến đi không phải cấp cứu • Nếu nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả phần chi phí chăm sóc cấp cứu
Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) / Bộ Phận Giả / Vật Tư Bệnh Tiểu Đường¹	• Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí mỗi mặt hàng Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME)¹, chẳng hạn như thiết bị oxy hoặc xe lăn • Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí mỗi mặt hàng bộ phận giả¹ như niềng răng, chi giả • Quý vị trả \$0 chi phí vật tư theo dõi bệnh tiểu đường¹
Thuốc Medicare Phần B Theo Toa Và Thuốc Truyền Dịch Tại Nhà¹ Tôi phải trả bao nhiêu đối với Thuốc Phần B?	• Quý vị trả \$0 tiền insulin Phần B • Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí tất cả các thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Thuốc Kê Toa Phần D		Imperial Dynamic Plan (HMO)	
Phí Bảo Hiểm Phần D		Quý vị trả \$0 mỗi tháng	
Ngưỡng Chi Phí Tự Trả Giới hạn số tiền tôi tự trả là bao nhiêu?		Giới hạn hằng năm của quý vị đối với Phần D trong chương trình này là \$2,100	
Giai Đoạn Khấu Trừ		Không có khoản khấu trừ (Bảo hiểm bắt đầu vào ngày hồ sơ ghi danh của quý vị có hiệu lực)	
Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu		Quý vị phải trả các chi phí sau cho đến khi chi phí thuốc tự trả hằng năm của quý vị đạt mức \$2,100	
		Lượng dùng 30 ngày qua kênh bán lẻ	Lượng dùng 100 ngày đặt giao qua bưu điện
Bậc 1 – Thuốc Gốc Ưu Tiên		\$0.00	\$0.00
Bậc 2 – Thuốc Gốc		\$6.00	\$5.00
Bậc 3 – Biệt Dược Ưu Tiên		\$45.00/ một số loại insulin: \$0	\$90.00/ một số loại insulin: \$0
Bậc 4 – Không Ưu Tiên		\$90.00/ một số loại insulin: \$0	\$180.00/ một số loại insulin: \$0
Bậc 5 – Bậc Thuốc Chuyên Khoa		33%	Không có thuốc Bậc 5 đặt giao qua bưu điện
Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương		Khi chi phí thuốc tự trả hằng năm của quý vị đạt mức \$2,100. Quý vị trả \$0 tiền thuốc theo toa được đài thọ trong thời gian còn lại của năm chương trình.	

Thông Báo Quan Trọng Về Chi Phí Insulin Của Quý Vị – Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 chi phí insulin trong một tháng đối với sản phẩm được chương trình đài thọ, bất kể bậc chia sẻ chi phí.

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Quyền Lợi Bổ Sung	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Dịch Vụ Nha Khoa Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ nha khoa?	- Các dịch vụ Nha Khoa được Medicare đài thọ: Quý vị trả \$0 - Dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị trả \$0 chi phí khám định kỳ tại phòng khám. Hoạt động khám tại phòng khám bao gồm khám, làm sạch, điều trị florua và chụp X quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tới \$500 chi phí các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm - Quý vị trả \$0 đối với các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật miệng/hàm mặt khác và các dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tới đa \$4000 mỗi năm
Dịch Vụ Nhãn Khoa Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Nhãn Khoa? Trợ Cấp Kính Mắt mỗi năm của tôi là bao nhiêu?	- Quý vị trả \$0 đối với các dịch vụ nhãn khoa được Medicare đài thọ - Quý vị trả \$0 tiền khám mắt định kỳ - Quý vị trả \$0 mỗi năm đối với một trong hai mắt hàng sau: - Một cặp kính gọng (cả mắt và gọng) - Một cặp kính áp tròng - Chương trình đài thọ tối đa \$500 chi phí kính mắt mỗi năm
Dịch Vụ Thính Giác^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Thính Giác hoặc Thiết Bị Trợ Thính?	- Quý vị trả \$0 đối với: - Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ - Chương trình đài thọ tối đa \$250 - Trợ cấp thiết bị trợ thính: Quý vị trả \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm theo lịch
Dịch Vụ Vận Chuyển^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với các dịch vụ Vận Chuyển?	Quý vị trả \$0 đối với 100 chuyến đi một chiều đến các vị trí được phê duyệt trong chương trình
Quyền Lợi Bữa Ăn¹	- Quý vị đồng trả \$0 đối với tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện. - Chương trình đài thọ tối đa \$105 trong mỗi kỳ quyền lợi.

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Thực Phẩm Và Nông Sản/Hàng Tạp Hóa Đủ Tiêu Chuẩn SSBCI *Quý vị đủ điều kiện khi có một hoặc nhiều bệnh mãn tính được liệt kê ở trang cuối cùng của tài liệu này.	• \$ 45 mỗi quý
Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà	• Quý vị trả \$0 đối với tối đa 60 giờ sử dụng các dịch vụ hỗ trợ tại nhà, bao gồm trợ giúp đi lại, mua sắm hàng tạp hóa, lấy thuốc, nhắc nhở chăm sóc, giúp việc nhà đơn giản và tập thể dục nhẹ nhàng.
Phương Pháp Điều Trị Cột Sống Và Châm Cứu	• Quý vị đồng trả \$0 đối với 35 lần khám (kết hợp với Điều Trị Châm Cứu) mỗi năm.
Mặt Hàng Không Kê Toa (OTC)	• Trợ cấp \$140 mỗi ba tháng thông qua danh mục đặt giao qua bưu điện các mặt hàng OTC của chúng tôi • Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc lệnh chuyển tiền không được chấp nhận khi quý vị hưởng quyền lợi OTC này • Không chuyển qua kỳ tiếp theo
Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân²	• Quý vị trả \$0 đối với 6 lần chăm sóc bàn chân định kỳ trong mỗi năm theo lịch
Quyền Lợi Thẻ Dục	• Quý vị trả \$0 đối với tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&Fit®. Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH).
Bảo Hiểm Khẩn Cấp/Cấp Cứu Toàn Cầu	• Hoàn trả đến \$100,000 các chi phí đủ điều kiện, quý vị đồng trả \$0 • Chỉ các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc cấp cứu

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Phí Bảo Hiểm Tôi cần trả bao nhiêu mỗi tháng?	• Phí bảo hiểm Phần C và D: Quý vị trả \$0 mỗi tháng • Imperial Senior Value (HMO C-SNP) trả \$25 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục đóng phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình
Khoản Khấu Trừ Tôi cần trả bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?	• Chương trình này không có khoản khấu trừ cho các quyền lợi Phần C hoặc D
Chi Phí Tự Trả Tối Đa Số tiền tối đa mà tôi tự trả là bao nhiêu?	• Số tiền tối đa quý vị phải trả mỗi năm đối với các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$296
Bệnh Viện Nội Trú – Cấp Tính ^{1,2} Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi phải trả bao nhiêu?	• Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 90 • Quý vị đồng trả \$0 cho mỗi Ngày Dự Phòng Trộn Đồi.
Dịch Vụ Bệnh Viện Ngoại Trú ^{1,2}	• Quý vị trả \$100 đối với các dịch vụ bệnh viện ngoại trú
Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú^{1,2}	• Quý vị trả \$100 đối với mỗi lần khám tại trung tâm phẫu thuật ngoại trú được Medicare đài thọ
Khám Bác Sĩ Tôi phải trả bao nhiêu để khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?	• Khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị trả \$0 • Khám với bác sĩ chuyên khoa^{1,2}: Quý vị trả \$0 • Quý vị có thể tiếp nhận một số dịch vụ nhất định bằng hệ thống chăm sóc sức khỏe từ xa qua điện thoại hoặc video
Dịch Vụ Phòng Ngừa Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Chăm Sóc Phòng Ngừa?	• Quý vị trả \$0 đối với dịch vụ sàng lọc bệnh tăng nhãn áp¹, hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường¹, khám trực tràng kỹ thuật số và điện tâm đồ (EKG) sau lần khám ban đầu

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Dịch Vụ Cấp Cứu Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Chăm Sóc Cấp Cứu?	• Quý vị trả \$125 đối với mỗi lần khám cấp cứu • Nếu nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả phần chi phí chăm sóc cấp cứu
Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp?	• Quý vị trả \$0
Dịch Vụ Chẩn Đoán / Phòng Thí Nghiệm / Hình Ảnh^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Chẩn Đoán?	• Quý vị trả \$0 đối với: • Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: MRI, CT) • Chụp X quang ngoại trú • Dịch vụ phòng thí nghiệm • Xét nghiệm chẩn đoán • Dịch vụ X quang trị liệu: Quý vị thanh toán 20%
Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú^{1,2}	• Quý vị trả 20% tổng chi phí đối với mỗi lần Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú cho cá nhân hoặc cho nhóm
Dịch Vụ Sức Khỏe Tại Nhà^{1,2}	• Quý vị trả \$0 đối với mỗi lần khám sức khỏe tại nhà
Dịch Vụ Chuyên Khoa Sức Khỏe Tâm Thần^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?	• Khám nội trú: • Quý vị trả \$0 cho các ngày từ 1 – 90 • Dịch vụ ngoại trú: Quý vị trả \$0 trên tổng chi phí mỗi lần khám sức khỏe tâm thần ngoại trú cho cá nhân hoặc cho nhóm được Medicare đài thọ (khi không phải bác sĩ thực hiện) • Quý vị trả \$0 đối với mỗi buổi trị liệu tâm thần cho cá nhân hoặc cho nhóm được Medicare đài thọ
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu khi ở lại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)?	Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong mỗi kỳ quyền lợi tại SNF: • Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 20 • Quý vị trả \$100 mỗi ngày cho các ngày từ 21 – 50 • Quý vị trả \$200 mỗi ngày cho các ngày từ 51 – 100

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Tim / Trị Liệu Hoạt Động / Vật Lý / Âm Ngữ / Ngôn Ngữ² Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú và trị liệu?	- Dịch vụ phục hồi chức năng tim: Quý vị trả \$0 - Khám trị liệu hoạt động: Quý vị trả \$0 - Khám trị liệu vật lý, âm ngữ và ngôn ngữ: Quý vị trả \$0
Dịch Vụ Xe Cứu Thương¹ Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Xe Cứu Thương?	- Quý vị trả \$150 đối với mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí đối với mỗi chuyến bay - Cần có sự cho phép trước đối với chuyến đi không phải cấp cứu - Nếu nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả phần chi phí chăm sóc cấp cứu
Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) / Bộ Phận Giả / Vật Tư Bệnh Tiểu Đường¹	- Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí mỗi mặt hàng Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME)¹, chẳng hạn như thiết bị oxy hoặc xe lăn - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí mỗi mặt hàng bộ phận giả¹ như niềng răng, chi giả - Quý vị trả \$0 chi phí vật tư theo dõi bệnh tiểu đường¹
Thuốc Medicare Phần B Theo Toa Và Thuốc Truyền Dịch Tại Nhà¹ Tôi phải trả bao nhiêu đối với Thuốc Phần B?	- Quý vị trả \$0 tiền insulin Phần B - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí tất cả các thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Thuốc Kê Toa Phần D		Imperial Senior Value (HMO C-SNP)	
Phí Bảo Hiểm Phần D	Quý vị trả \$0 mỗi tháng		
Ngưỡng Chi Phí Tự Trả Giới hạn số tiền tôi tự trả là bao nhiêu?	Giới hạn hằng năm của quý vị đối với thuốc Phần D trong chương trình này là \$2,100		
Giai Đoạn Khấu Trừ	Không có khoản khấu trừ (Bảo hiểm bắt đầu vào ngày hồ sơ ghi danh của quý vị có hiệu lực)		
Giai Đoạn Bảo Hiểm Ban Đầu	Quý vị phải trả các chi phí sau cho đến khi chi phí thuốc tự trả hằng năm của quý vị đạt mức \$2,100		
	Lượng dùng 30 ngày qua kênh bán lẻ	Lượng dùng 100 ngày đặt giao qua bưu điện	
Bậc 1 – Thuốc Gốc Ưu Tiên	\$0.00	\$0.00	
Bậc 2 – Thuốc Gốc	\$6.00	\$5.00	
Bậc 3 – Biệt Dược Ưu Tiên	\$45.00/ một số loại insulin: \$0	\$90.00/ một số loại insulin: \$0	
Bậc 4 – Không Ưu Tiên	\$90.00/ một số loại insulin: \$0	\$180.00/ một số loại insulin: \$0	
Bậc 5 – Bậc Thuốc Chuyên Khoa	33%	Không có thuốc Bậc 5 đặt giao qua bưu điện	
Bậc 6 – Một Số Thuốc Đặc Trị	\$3.00	\$0	
Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương	Khi chi phí thuốc tự trả hằng năm của quý vị đạt mức \$2,100. Quý vị trả \$0 tiền thuốc theo toa được đài thọ trong thời gian còn lại của năm chương trình.		

Thông Báo Quan Trọng Về Chi Phí Insulin Của Quý Vị – Quý vị sẽ không phải trả nhiều hơn \$35 chi phí insulin trong một tháng đối với sản phẩm được chương trình đài thọ, bất kể bậc chia sẻ chi phí.

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Quyền Lợi Bổ Sung	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Dịch Vụ Nha Khoa Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ nha khoa?	- Các dịch vụ nha khoa được Medicare đài thọ: Quý vị trả \$0 - Dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị trả \$0 chi phí khám định kỳ tại phòng khám. Hoạt động khám tại phòng khám bao gồm khám, làm sạch, điều trị florua và chụp X quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tới \$500 chi phí các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm - Quý vị trả \$0 đối với các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật miệng/hàm mặt khác và các dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tới đa \$3,000 mỗi năm
Dịch Vụ Nhãn Khoa Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Nhãn Khoa? Trợ Cấp Kính Mắt mỗi năm của tôi là bao nhiêu?	- Quý vị trả \$0 đối với các dịch vụ nhãn khoa được Medicare đài thọ - Quý vị trả \$0 tiền khám mắt định kỳ - Quý vị trả \$0 mỗi năm đối với một trong hai mắt hàng sau: - Một cặp kính gọng (cả mắt và gọng) - Một cặp kính áp tròng - Chương trình đài thọ tối đa \$500 chi phí kính mắt mỗi năm
Dịch Vụ Thính Giác^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Thính Giác hoặc Thiết Bị Trợ Thính?	- Quý vị trả \$0 đối với: - Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ - Chương trình đài thọ tối đa \$250 - Trợ cấp thiết bị trợ thính: Quý vị trả \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm theo lịch
Vận Chuyển^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với các dịch vụ Vận Chuyển?	Quý vị trả \$0 đối với 100 chuyến đi một chiều đến các vị trí được phê duyệt trong chương trình
Quyền Lợi Bữa Ăn¹	- Quý vị đồng trả \$0 đối với tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện. - Chương trình đài thọ tối đa \$105 trong mỗi kỳ quyền lợi.
Thực Phẩm Và Nông Sản/Hàng Tạp Hóa Đủ Tiêu Chuẩn SSBCI *Quý vị đủ điều kiện khi có một hoặc nhiều bệnh mãn tính được liệt kê ở trang cuối cùng của tài liệu này.	\$20 mỗi quý

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Quyền Lợi Bổ Sung	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Nhà	Quý vị trả \$0 đối với tối đa 60 giờ sử dụng các dịch vụ hỗ trợ tại nhà, bao gồm trợ giúp đi lại, mua sắm hàng tạp hóa, lấy thuốc, nhắc nhở chăm sóc, giúp việc nhà đơn giản và tập thể dục nhẹ nhàng.
Phương Pháp Điều Trị Cột Sống Và Châm Cứu	Quý vị đồng trả \$0 đối với 35 lần khám (kết hợp với Điều Trị Châm Cứu) mỗi năm.
Mặt Hàng Không Kê Toa (OTC)	- Trợ cấp \$130 mỗi ba tháng thông qua danh mục đặt giao qua bưu điện các mặt hàng OTC của chúng tôi - Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc lệnh chuyển tiền không được chấp nhận khi quý vị hưởng quyền lợi OTC này - Không chuyển qua kỳ tiếp theo
Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân^{1,2}	Quý vị trả \$0 đối với 6 lần khám Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân mỗi năm theo lịch
Quyền Lợi Thẻ Dục	Quý vị trả \$0 đối với tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&Fit®. Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH).
Bảo Hiểm Khẩn Cấp/Cấp Cứu Toàn Cầu	- Hoàn trả đến \$100,000 các chi phí đủ điều kiện, quý vị đồng trả \$0 - Chỉ các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc cấp cứu

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Imperial Courage Plan (HMO) 016

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Courage Plan (HMO)
Phí Bảo Hiểm Tôi cần trả bao nhiêu mỗi tháng?	- Phí bảo hiểm Phần C: Quý vị trả \$0 mỗi tháng - Imperial Courage Plan thanh toán \$75 phí bảo hiểm Phần B của quý vị. Quý vị phải tiếp tục thanh toán phần phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình
Khoản Khấu Trừ Tôi cần trả bao nhiêu trước khi chương trình thanh toán?	Chương trình này không có khoản khấu trừ
Chi Phí Tự Trả Tối Đa Số tiền tối đa mà tôi tự trả là bao nhiêu?	Số tiền tối đa quý vị phải trả mỗi năm đối với các dịch vụ Phần C trong chương trình này là \$2,999
Bệnh Viện Nội Trú – Cấp Tính ^{1,2} Chương trình của tôi sẽ đài thọ trong bao lâu? Tôi phải trả bao nhiêu?	- Quý vị trả \$150 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 5 - Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 6 – 90 • Quý vị đồng trả \$0 đối với mỗi Ngày Dự Phòng Trộn Đồi.
Dịch Vụ Bệnh Viện Ngoại Trú ^{1,2}	Quý vị trả \$200 đối với mỗi lần nằm viện
Trung Tâm Phẫu Thuật Ngoại Trú ^{1,2}	Quý vị trả \$200 đối với mỗi lần khám được Medicare đài thọ
Khám Bác Sĩ Tôi phải trả bao nhiêu để khám với bác sĩ chăm sóc chính hoặc bác sĩ chuyên khoa?	- Khám với bác sĩ chăm sóc chính: Quý vị trả \$0 - Khám với bác sĩ chuyên khoa^{1,2}: Quý vị trả \$5 - Quý vị có thể tiếp nhận một số dịch vụ nhất định bằng hệ thống chăm sóc sức khỏe từ xa qua điện thoại hoặc video
Dịch Vụ Phòng Ngừa Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Chăm Sóc Phòng Ngừa?	Quý vị trả \$0 đối với dịch vụ sàng lọc bệnh tăng nhãn áp¹, hướng dẫn tự kiểm soát bệnh tiểu đường¹, khám trực tràng kỹ thuật số và điện tâm đồ (EKG) sau lần khám ban đầu
Dịch Vụ Cấp Cứu Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Chăm Sóc Cấp Cứu?	- Quý vị trả \$125 mỗi lần khám - Nếu nhập viện trong vòng 48 giờ, quý vị không phải trả phần chi phí chăm sóc cấp cứu

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Courage Plan (HMO)
Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Cần Thiết Khẩn Cấp?	Quý vị trả \$0 đối với mỗi lần khám
Dịch Vụ Chẩn Đoán / Phòng Thí Nghiệm / Hình Ảnh^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Chẩn Đoán?	- Quý vị trả \$0 đối với: - Dịch vụ chẩn đoán hình ảnh (ví dụ: MRI, CT) - Chụp X quang ngoại trú - Dịch vụ phòng thí nghiệm - Xét nghiệm chẩn đoán - Dịch vụ X quang trị liệu: Quý vị thanh toán 20%
Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú^{1,2}	Quý vị trả 20% tổng chi phí đối với mỗi lần Điều Trị Lạm Dụng Chất Gây Nghiện Ngoại Trú cho cá nhân hoặc cho nhóm
Dịch Vụ Sức Khỏe Tại Nhà^{1,2}	Quý vị trả \$10 đối với mỗi lần khám sức khỏe tại nhà
Dịch Vụ Chuyên Khoa Sức Khỏe Tâm Thần^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với các dịch vụ nội trú hoặc ngoại trú?	- Khám nội trú: - Quý vị trả \$150 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 5 - Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 6 – 90 - Quý vị đồng trả \$0 cho mỗi Ngày Dự Phòng Trộn Đồi. - Dịch vụ ngoại trú: Quý vị trả 20% tổng chi phí mỗi lần khám sức khỏe tâm thần ngoại trú cho cá nhân hoặc cho nhóm được Medicare đài thọ (khi không phải bác sĩ thực hiện) - Quý vị trả \$0 đối với mỗi buổi trị liệu tâm thần cho cá nhân hoặc cho nhóm được Medicare đài thọ

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phí Bảo Hiểm Và Quyền Lợi	Imperial Courage Plan (HMO)
Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu khi ở lại Cơ Sở Điều Dưỡng Chuyên Môn (SNF)?	Chúng tôi đài thọ tối đa 100 ngày trong mỗi kỳ quyền lợi tại SNF: - Quý vị trả \$0 mỗi ngày cho các ngày từ 1 – 20 - Quý vị trả \$200 mỗi ngày cho các ngày từ 21 – 50 - Quý vị trả \$200 mỗi ngày cho các ngày từ 51 – 100
Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Tim / Trị Liệu Hoạt Động / Vật Lý / Âm Ngữ / Ngôn Ngữ² Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Phục Hồi Chức Năng Ngoại Trú và trị liệu?	- Dịch vụ phục hồi chức năng tim: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí - Khám trị liệu hoạt động: Quý vị trả \$10 - Khám trị liệu vật lý, âm ngữ và ngôn ngữ: Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí
Xe Cứu Thương¹ Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ Xe Cứu Thương?	- Quý vị trả \$150 đối với mỗi chuyến đi một chiều bằng đường bộ - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí đối với mỗi chuyến bay - Cần có sự cho phép trước đối với chuyến đi không phải cấp cứu
Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME) / Bộ Phận Giả / Vật Tư Bệnh Tiểu Đường¹	- Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí mỗi mặt hàng Thiết Bị Y Tế Lâu Bền (DME)¹, chẳng hạn như thiết bị oxy hoặc xe lăn - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí mỗi mặt hàng bộ phận giả¹ như niềng răng, chi giả - Quý vị trả \$0 chi phí vật tư theo dõi bệnh tiểu đường¹
Thuốc Medicare Phần B Theo Toa Và Thuốc Truyền Dịch Tại Nhà¹ Tôi phải trả bao nhiêu đối với Thuốc Phần B?	- Quý vị trả \$0 tiền insulin Phần B - Quý vị thanh toán 20% tổng chi phí tất cả các thuốc Phần B khác, bao gồm cả thuốc hóa trị

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Quyền Lợi Bổ Sung	Imperial Courage Plan (HMO)
Dịch Vụ Nha Khoa Tôi phải trả bao nhiêu đối với dịch vụ nha khoa?	- Các dịch vụ Nha Khoa được Medicare đài thọ: Quý vị trả \$0 - Dịch vụ nha khoa phòng ngừa: Quý vị trả \$0 chi phí khám định kỳ tại phòng khám. Hoạt động khám tại phòng khám bao gồm khám, làm sạch, điều trị florua và chụp X quang răng. Chương trình của quý vị đài thọ tới \$500 chi phí các dịch vụ nha khoa định kỳ mỗi năm - Quý vị trả \$0 đối với các dịch vụ phục hồi; phục hình răng, phẫu thuật miệng/hàm mặt khác và các dịch vụ khác. Chương trình của quý vị đài thọ tới đa \$1,500 mỗi năm
Dịch Vụ Nhãn Khoa Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Nhãn Khoa? Trợ Cấp Kính Mắt mỗi năm của tôi là bao nhiêu?	- Quý vị trả \$0 đối với các dịch vụ nhãn khoa được Medicare đài thọ - Quý vị trả \$0 tiền khám mắt định kỳ - Quý vị trả \$0 mỗi năm đối với một trong hai mắt hàng sau: - Một cặp kính gọng (cả mắt và gọng) - Một cặp kính áp tròng - Chương trình đài thọ tối đa \$250 chi phí kính mắt mỗi năm
Dịch Vụ Thính Giác^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với Dịch Vụ Thính Giác hoặc Thiết Bị Trợ Thính?	- Quý vị trả \$0 đối với: - Khám chẩn đoán và khám định kỳ được đài thọ - Chương trình đài thọ tối đa \$250 - Trợ cấp thiết bị trợ thính: Quý vị trả \$0. Chương trình đài thọ tối đa \$500 mỗi năm theo lịch
Vận Chuyển^{1,2} Tôi phải trả bao nhiêu đối với các dịch vụ Vận Chuyển?	Quý vị trả \$0 đối với 100 chuyến đi một chiều đến các vị trí được phê duyệt trong chương trình
Quyền Lợi Bữa Ăn¹	- Quý vị đồng trả \$0 đối với tối đa 7 bữa ăn được giao sau khi phẫu thuật hoặc nằm viện. - Chương trình đài thọ tối đa \$105 trong mỗi kỳ quyền lợi.

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Phương Pháp Điều Trị Cột Sống Và Châm Cứu	Quý vị đồng trả \$0 đối với 20 lần khám (kết hợp với Điều Trị Châm Cứu) mỗi năm.
Mặt Hàng Không Kê Toa (OTC)	- Trợ cấp \$75 mỗi ba tháng thông qua danh mục đặt giao qua bưu điện các mặt hàng OTC của chúng tôi - Tiền mặt, séc, thẻ tín dụng hoặc lệnh chuyển tiền không được chấp nhận khi quý vị hưởng quyền lợi OTC này - Không chuyển qua kỳ tiếp theo
Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân^{1,2}	Quý vị trả \$5 đối với 6 lần khám Dịch Vụ Điều Trị Bàn Chân mỗi năm theo lịch
Quyền Lợi Thẻ Dục	Quý vị trả \$0 đối với tối đa một bộ dụng cụ tập thể dục tại nhà mỗi năm thông qua Chương trình Silver&Fit®. Chương trình Silver&Fit được cung cấp bởi American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), một công ty con của American Specialty Health Incorporated (ASH).
Bảo Hiểm Khẩn Cấp/Cấp Cứu Toàn Cầu Số tiền tôi được hoàn trả là bao nhiêu?	- Hoàn trả lên đến \$50,000 đối với chi phí đủ điều kiện; quý vị đồng trả \$20 dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và đồng trả \$20 dịch vụ chăm sóc cấp cứu - Chỉ các dịch vụ cần thiết khẩn cấp hoặc cấp cứu

Dịch vụ có số ¹ có thể cần được cho phép trước. Dịch vụ có số ² có thể cần giấy giới thiệu của bác sĩ.

Tóm Tắt Quyền Lợi Năm 2026

Imperial Health liên tục xem xét vai trò của công nghệ trong các thiết bị và dịch vụ mới trong việc tăng cường cải thiện sức khỏe cho các thành viên của chúng tôi. Để xem danh sách thiết bị và dịch vụ dành cho quý vị, vui lòng gọi 1-800-838-8271, (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 – 31 tháng 3, đường dây hoạt động từ Thứ Hai – Chủ Nhật, 8:00 sáng – 8:00 tối; từ ngày 1 tháng 4 – 30 tháng 9, đường dây hoạt động từ Thứ Hai – Thứ Sáu, 8:00 sáng – 8:00 tối trừ ngày lễ (theo giờ PST).

*Rối loạn sử dụng rượu mãn tính và các rối loạn sử dụng chất gây nghiện khác (SUD); Rối loạn tự miễn; Ung thư; Rối loạn tim mạch; Suy tim mãn tính; Sa sút trí tuệ; Bệnh tiểu đường; Thừa cân, béo phì và hội chứng chuyển hóa; Bệnh đường tiêu hóa mãn tính; Bệnh thận mãn tính (CKD); Rối loạn huyết học nặng; HIV/AIDS; Rối loạn phổi mãn tính; Tình trạng sức khỏe tâm thần mãn tính và gây suy giảm chức năng; Rối loạn thần kinh; Đột quỵ; Sau phẫu thuật ghép tạng; Suy giảm miễn dịch và rối loạn ức chế miễn dịch; Các tình trạng liên quan đến suy giảm nhận thức; Các tình trạng có thách thức về chức năng; Các tình trạng mãn tính làm suy giảm thị lực, thính giác (điếc), vị giác, xúc giác và khứu giác; Các tình trạng đòi hỏi phải tiếp tục các dịch vụ trị liệu để giúp duy trì hoặc phục hồi chức năng.

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

Tài liệu này không mô tả đầy đủ các quyền lợi. Vui lòng gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711) để biết thêm thông tin. Chương trình có thể áp dụng các giới hạn, khoản đồng thanh toán và hạn chế. Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 hằng năm.

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

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

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711).

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



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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

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

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

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

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



Danh sách kiểm tra trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị phải hiểu đầy đủ các lợi ích và quy tắc của chúng tôi. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi và nói chuyện với đại diện dịch vụ thành viên theo số 1-800-838-8271 (người dùng TTY nên gọi 711).

Hiểu được lợi ích

- ☐ Bằng chứng Bảo hiểm (EOC) cung cấp danh sách đầy đủ tất cả bảo hiểm và dịch vụ. Điều quan trọng là phải xem xét phạm vi bảo hiểm, chi phí và quyền lợi của chương trình trước khi quý vị đăng ký. Thăm www.imperialhealthplan.com hoặc gọi 1-800-838-8271 để xem bản sao của EOC.
- ☐ Xem lại danh bạ nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để đảm bảo các bác sĩ quý vị thăm khám hiện đang ở trong mạng lưới. Nếu họ không được liệt kê, điều đó có nghĩa là quý vị có thể sẽ phải chọn một bác sĩ mới.
- ☐ Xem lại danh bạ nhà thuốc để đảm bảo hiệu thuốc quý vị sử dụng cho bất kỳ loại thuốc theo toa nào nằm trong mạng lưới. Nếu hiệu thuốc không được liệt kê, quý vị có thể sẽ phải chọn một nhà thuốc mới cho đơn thuốc của mình.
- ☐ Xem lại danh mục thuốc để đảm bảo thuốc của quý vị được chi trả.

Hiểu các quy tắc quan trọng

- ☐ Quý vị phải tiếp tục trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được lấy thẳng từ an sinh xã hội của quý vị mỗi tháng.
- ☐ Quyền lợi, phí bảo hiểm và/hoặc đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2026.
- ☐ Trừ trường hợp khẩn cấp hoặc cấp bách, chúng tôi không cung cấp các dịch vụ ngoài mạng lưới nhà cung cấp (bác sĩ không được liệt kê trong danh bạ nhà cung cấp).
- ☐ Chương trình này là một chương trình đặc biệt về tình trạng mãn tính (C-SNP). Khả năng đăng ký của quý vị sẽ dựa trên xác minh rằng quý vị có tình trạng mãn tính nghiêm trọng hoặc tàn tật cụ thể để hội đủ điều kiện.



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

Thông thường, quý vị chỉ có thể ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage trong thời gian ghi danh hàng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Tuy nhiên, có một số ngoại lệ cho phép quý vị ghi danh ngoài khoảng thời gian này.

Vui lòng đọc kỹ các tuyên bố sau và đánh dấu vào ô nếu tuyên bố đó áp dụng cho quý vị. Bằng cách đánh dấu vào bất kỳ ô nào dưới đây, quý vị xác nhận rằng, theo hiểu biết tốt nhất của mình, quý vị đủ điều kiện để ghi danh. Nếu sau này chúng tôi xác định rằng thông tin này không chính xác, quý vị có thể bị hủy ghi danh.

☐	Tôi mới tham gia Medicare.	
☐	Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong thời gian Ghi Danh Mở Rộng Medicare Advantage (MA OEP).	
☐	Tôi mới chuyển ra ngoài khu vực phục vụ của chương trình hiện tại hoặc tôi mới chuyển đến nơi có các lựa chọn mới. Tôi đã chuyển vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi mới được thả khỏi nơi giam giữ. Tôi được thả vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi mới trở về Hoa Kỳ sau khi sống lâu dài ở nước ngoài. Tôi trở về vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi mới có tình trạng cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi nhận được tình trạng này vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi mới có thay đổi trong chương trình Medicaid của mình (mới nhận Medicaid, thay đổi mức hỗ trợ Medicaid, hoặc mất Medicaid) vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi mới có thay đổi trong chương trình Trợ Giúp Thêm để chi trả thuốc theo Medicare (mới nhận Trợ Giúp Thêm, thay đổi mức Trợ Giúp Thêm, hoặc mất Trợ Giúp Thêm) vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi có Medicare và nhận đầy đủ quyền lợi Medicaid. Tôi muốn tham gia hoặc chuyển sang chương trình phối hợp giữa Medicare và Medicaid (gọi là chương trình D-SNP tích hợp).	
☐	Tôi đang chuyển vào, sống tại, hoặc mới chuyển ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ: viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/chuyển	Ngày

	vào/ra khỏi cơ sở vào ngày (ghi ngày).	
☐	Tôi mới rời khỏi chương trình PACE vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi mới bị mất bảo hiểm thuốc kê đơn có giá trị tương đương Medicare một cách không tự nguyện. Tôi mất bảo hiểm vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi sẽ rời khỏi bảo hiểm của công ty hoặc công đoàn vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi đang tham gia chương trình Hỗ Trợ Dược Phẩm của Tiểu Bang đủ điều kiện, hoặc tôi đang mất sự hỗ trợ từ chương trình này.	
☐	Chương trình của tôi đang chấm dứt hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare đang chấm dứt hợp đồng với chương trình của tôi.	
☐	Tôi được Medicare (hoặc tiểu bang) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi từng tham gia chương trình Chăm Sóc Đặc Biệt (SNP) nhưng đã mất điều kiện đặc biệt để tiếp tục tham gia. Tôi bị hủy ghi danh vào ngày (ghi ngày).	Ngày
☐	Tôi bị ảnh hưởng bởi tình trạng khẩn cấp hoặc thảm họa thiên nhiên (được tuyên bố bởi FEMA hoặc cơ quan chính phủ liên bang, tiểu bang hoặc địa phương). Một trong các tuyên bố trên áp dụng cho tôi, nhưng tôi không thể gửi yêu cầu ghi danh do thảm họa.	
☐	Tôi đang ghi danh trong thời gian Ghi Danh Hàng Năm Annual Enrollment Period (AEP) từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12.	
☐	(Chỉ dành cho C-SNP) Tôi có tình trạng bệnh mãn tính đủ điều kiện để ghi danh vào chương trình Chăm Sóc Đặc Biệt cho Bệnh Mãn Tính.	
Nếu không có tuyên bố nào ở trên áp dụng cho quý vị hoặc quý vị không chắc chắn, vui lòng liên hệ với Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP) qua số điện thoại 1-800-838-5914, TTY: 711 để kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện ghi danh hay không. Chúng tôi làm việc từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai đến Chủ Nhật, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối (giờ PST); và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối (giờ PST), trừ các ngày lễ.		



2026

Mẫu Yêu cầu Đăng ký Cá nhân
để đăng ký vào Chương trình Medicare
Advantage (Phần C)

Ai có thể sử dụng biểu mẫu này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia chương trình, quý vị phải:

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

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

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

Quan trọng: Để tham gia Chương trình Thuốc theo toa Medicare, quý vị cũng phải có một trong hai hoặc cả hai:

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

Khi nào tôi sử dụng biểu mẫu này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hàng năm (để bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu tiên nhận Medicare
- Trong một số trường hợp nhất định mà quý vị được phép tham gia hoặc chuyển đổi kế hoạch

Truy cập Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký gói.

Tôi cần những gì để hoàn thành biểu mẫu này?

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

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

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (15 tháng 10 đến 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ của quý vị trước ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị hóa đơn cho chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc trợ cấp An sinh Xã hội (hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì xảy ra tiếp theo?

Gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ và ký tên của quý vị đến: **Imperial Health Plan of California**

(HMO) (HMO SNP)

Chú ý: Enrollment

P.O. Box 60874

Pasadena, CA 91116

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

Làm cách nào để nhận trợ giúp về biểu mẫu này?

Gọi cho Imperial Health Plan theo số 1-800-838-5197. Người dùng TTY có thể gọi 711. Hoặc, gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

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

Những người vô gia cư

- Nếu quý vị muốn tham gia một chương trình nhưng không có nơi thường trú, hộp thư bưu điện, địa chỉ nơi trú ẩn hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (ví dụ: séc An sinh Xã hội) có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo luật Giảm thiểu Giấy tờ năm 1995, không ai được yêu cầu trả lời một bộ sưu tập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian cần thiết để hoàn thành thông tin này ước tính trung bình là 20 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm thời gian để xem lại hướng dẫn, tìm kiếm các tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng viết thư đến: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

QUAN TRỌNG

Không gửi biểu mẫu này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Xóa Báo cáo PRA. Bất kỳ vật phẩm nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện biểu mẫu này hoặc gánh nặng thu thập của nó (được nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị tiêu hủy. Nó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến kế hoạch. Xem "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang này để gửi biểu mẫu đã điền đầy đủ của quý vị đến chương trình.

Phần 1 - Tất cả các trường trong phần này là bắt buộc (trừ khi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

- ☐ Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005 - \$0 Phần C/D
- ☐ Imperial Dynamic Plan (HMO) 012 - \$0 Phần C/D
- ☐ Imperial Courage Plan (chỉ dành cho HMO MA) 016 - \$0 Chỉ Phần C

Tên:	Họ:	Tên đệm viết tắt (Không bắt buộc):
Ngày sinh (MM/DD/YYYY):	Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	Số điện thoại:
Địa chỉ email (Không bắt buộc):		Điện thoại di động (Không bắt buộc):

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

Thành phố:	Quận: (Không bắt buộc)	Tiểu bang:	Mã ZIP:
------------	------------------------	------------	---------

Địa chỉ gửi thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép Hộp thư bưu điện):

Địa chỉ đường phố:	Thành phố:	Tiểu bang:	Mã ZIP:
--------------------	------------	------------	---------

Liên hệ khẩn cấp (Không bắt buộc):	Mối quan hệ:	Số điện thoại:
------------------------------------	--------------	----------------

Thông tin Medicare của quý vị :

Số Medicare:

— — — — - — — — - — — — —

Trả lời những câu hỏi quan trọng sau:

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

- ☐ Có ☐ Không

Tên bảo hiểm khác:	Số thành viên cho bảo hiểm này:	Số nhóm cho bảo hiểm này:
--------------------	---------------------------------	---------------------------

Quý vị có bị rối loạn tim mạch, suy tim mãn tính và / hoặc tiểu đường không? ☐ Có ☐ Không

Quý vị đã đăng ký tham gia chương trình Medi-Cal (Medicaid) của tiểu bang chưa? ☐ Có ☐ Không

Nếu "có", vui lòng cung cấp số Medi-Cal (Medicaid) của quý vị: _____

QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên bên dưới:

- Tôi phải giữ cả Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để ở lại Chương trình Y tế Hoàng gia.
- Bằng cách tham gia Medicare Advantage hoặc Medicare Prescription Drug Plan này, tôi thừa nhận rằng Imperial Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, người có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán và cho các mục đích khác được luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố Đạo luật Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể đăng ký một chương trình MA hoặc Phần D tại một thời điểm - và việc ghi danh vào chương trình này sẽ tự động kết thúc việc ghi danh của tôi vào một chương trình MA hoặc Phần D khác (ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA).
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm Imperial Health Plan của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các quyền lợi y tế và thuốc theo toa của mình từ Imperial Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do Imperial Health Plan cung cấp và có trong tài liệu "Bằng chứng Bảo hiểm" của Imperial Health Plan của tôi (còn được gọi là hợp đồng thành viên hoặc thỏa thuận người đăng ký) sẽ được đài thọ. Cả Medicare và Imperial Health Plan sẽ không thanh toán cho các quyền lợi hoặc dịch vụ không được đài thọ.
- Thông tin trên mẫu đăng ký này là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch trên biểu mẫu này, tôi sẽ bị hủy đăng ký khỏi chương trình.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp để thay mặt tôi) trên ứng dụng này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của ứng dụng này. Nếu có chữ ký của người đại diện theo ủy quyền (như mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật Tiểu bang để hoàn thành việc đăng ký này, và
 - 2) Tài liệu về thẩm quyền này có sẵn theo yêu cầu của Medicare.

Chữ ký:	Hôm nay là ngày:
Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên ở trên và điền vào ô trống sau:	
Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại:	Mối quan hệ với người ghi danh:

Phần 2 - Tất cả các trường trong phần này là không bắt buộc

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

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

☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Tiếng Trung ☐ Tiếng Hàn ☐ Tiếng Việt ☐ Tiếng Khác

Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng có thể sử dụng.

☐ Chữ nổi (Braille) ☐ Bản in khổ chữ lớn ☐ CD âm thanh ☐ CD dữ liệu

Vui lòng liên hệ với Imperial Health Plan theo số 1-800-838-8271 nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận khác với những gì được liệt kê ở trên. Giờ hành chính của chúng tôi là từ ngày 1 tháng Mười đến ngày 31 tháng Ba, từ Thứ Hai đến Chủ Nhật từ 8:00 sáng đến 8:00 tối và ngày 1 tháng Tư đến ngày 30 tháng Chín, Thứ Hai đến Thứ Sáu từ 8:00 sáng đến 8:00 tối trừ ngày lễ. Người dùng TTY có thể gọi 711.

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

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

Tên PCP: _____

Số ID PCP: _____

Nhóm Y tế hoặc IPA: _____

Quý vị có phải là bệnh nhân hiện tại của PCP này không?

☐ Có ☐ Không

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

☐ Có, tôi muốn nhận Bộ công cụ ghi danh thành viên mới của mình - EOC, Danh mục thuốc toàn diện và Danh mục Nhà cung cấp / Nhà thuốc.

Địa chỉ email: _____

Thanh toán phí bảo hiểm chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm gói hàng tháng của mình (bao gồm bất kỳ khoản phạt đăng ký trễ nào mà quý vị hiện đang có hoặc có thể nợ) qua đường bưu điện mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn thanh toán phí bảo hiểm của mình bằng cách tự động rút nó ra khỏi phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) mỗi tháng. Vui lòng chọn tùy chọn thanh toán phí bảo hiểm. Nếu quý vị không lựa chọn, quý vị sẽ nhận được hóa đơn.**

☐ Nhận hóa đơn.

☐ Tự động khấu trừ từ séc phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) hàng tháng của quý vị. *Khoản khấu trừ An sinh Xã hội / RRB có thể mất ít nhất hai tháng để bắt đầu sau khi được An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Đường sắt (RRB) phê duyệt. Cho đến khi An sinh Xã hội chấp thuận khoản khấu trừ, quý vị sẽ tiếp tục nhận được các bản sao kê giấy.*

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả số tiền bổ sung này ngoài phí bảo hiểm chương trình của mình. KHÔNG trả cho Imperial Health Plan Phần D-IRMAA.

Chỉ dành cho các cá nhân giúp người đăng ký hoàn thành biểu mẫu này

Vui lòng hoàn thành phần này nếu quý vị là cá nhân (ví dụ như đại lý, nhà môi giới, cố vấn SHIP, thành viên trong gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người đăng ký điền vào biểu mẫu này.

Tên: _____ Mối quan hệ với người đăng ký: _____

Chữ ký: _____ Số nhà sản xuất quốc gia (NPN): _____

Tuyên bố về Đạo luật Quyền riêng tư

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc đăng ký của người thụ hưởng trong các Chương trình Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và thanh toán các quyền lợi Medicare. Các mục 1851 và 1860D-1 của Đạo luật An sinh Xã hội và 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Thông báo Hệ thống Hồ sơ (SORN) "Thuốc theo toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị đối với biểu mẫu này là tự nguyện. Tuy nhiên, việc không trả lời có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Imperial Health Plan là một (HMO) (HMO SNP) với Hợp đồng Medicare. Việc đăng ký vào Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Chương trình Y tế Hoàng gia California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn cho quý vị. Gọi 1-800-838-8271 (TTY: 711). Chương trình Y tế Hoàng gia 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) cung cấp một **Chương Trình Chăm Sóc Đặc Biệt (SNP)** dành cho người có bệnh mãn tính. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình này nếu trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào dưới đây.

Vui lòng hoàn tất mẫu đơn này và gửi kèm theo hồ sơ ghi danh. Imperial sẽ xác minh tình trạng bệnh mãn tính của quý vị với bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày hiệu lực ghi danh. Nếu không thể xác minh, chúng tôi buộc phải hủy ghi danh của quý vị khỏi chương trình.

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG		
Họ	Tên	Chữ cái đầu
Ngày sinh	Mã số người thụ hưởng Medicare	
(Tháng / Ngày / Năm)	Số điện thoại #1	Số điện thoại #2
Câu Hỏi Lâm Sàng Để Xác Định Bệnh Mãn Tính		
Bệnh Tiểu Đường (Diabetes Mellitus)		
Quý vị đã được bác sĩ hoặc chuyên gia y tế chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường chưa?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có triệu chứng như khát nước nhiều, đi tiểu thường xuyên, đói dữ dội, sụt cân không rõ nguyên nhân, vết thương lâu lành hoặc nhiễm trùng thường xuyên không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có gặp vấn đề với lượng đường huyết cao không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có đang dùng thuốc hoặc theo chế độ ăn đặc biệt để kiểm soát đường huyết không?	☐ Có	☐ Không
Suy Tim Mãn Tính (Chronic Heart Failure)		
Quý vị đã được chẩn đoán suy tim mãn tính hoặc sung huyết chưa?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có bị giữ nước ở phổi hoặc sưng chân do vấn đề tim không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có dùng thuốc để ngăn ngừa sưng tay hoặc chân không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có cảm thấy mệt khi đi bộ hoặc vận động không?	☐ Có	☐ Không
Khi đi bộ, quý vị có cần dừng lại để nghỉ không?	☐ Có	☐ Không
Rối Loạn Tim Mạch (Cardiovascular Disorders)		
Quý vị đã từng được chẩn đoán mắc bệnh tim mạch như rối loạn nhịp tim, bệnh động mạch vành (bao gồm đau thắt ngực), cục máu đông, hoặc bệnh mạch máu ở chân (ví dụ: bệnh động mạch ngoại biên hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu)?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có cảm thấy hồi hộp, đau hoặc tức ngực, hoặc khó thở khi vận động hoặc nghỉ ngơi không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị đã từng bị đột quỵ, nhồi máu cơ tim, hoặc được thông báo có mức cholesterol cao (LDL > 100 hoặc tổng cholesterol > 200)?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có được chẩn đoán mắc các bệnh chuyển hóa như cao huyết áp, tiểu đường, hoặc mỡ bụng dư thừa liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch không?	☐ Có	☐ Không

Biểu mẫu Đánh Giá Điều Kiện Trước Khi Ghi Danh

THÔNG TIN BÁC SĨ XÁC MINH TÌNH TRẠNG BỆNH		
Tên bác sĩ	Chuyên khoa	Thành phố
Số điện thoại bác sĩ	Số fax bác sĩ	Bác sĩ có làm việc tại bệnh viện nào mà quý vị biết không?
Tên bác sĩ	Chuyên khoa	Thành phố
Số điện thoại bác sĩ	Số fax bác sĩ	Bác sĩ có làm việc tại bệnh viện nào mà quý vị biết không?

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐỂ XÁC MINH (CÁC) TÌNH TRẠNG MÃN TÍNH
Theo đây, tôi cho phép các nhà cung cấp được liệt kê ở trên tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi cho Imperial Health Plan để xác minh rằng tôi đã được chẩn đoán mắc một bệnh mãn tính đủ điều kiện để ghi danh vào chương trình nhu cầu đặc biệt mãn tính của Imperial Senior Value (HMO C-SNP). Ủy quyền này áp dụng cho tất cả thông tin sức khỏe do nhà cung cấp duy trì liên quan đến tiền sử bệnh của tôi đối với (các) tình trạng mãn tính được chỉ ra ở trên.
Chữ ký người thụ hưởng:
Ngày ký:

XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ	
Tôi xác nhận rằng bệnh nhân nêu trên mắc một hoặc nhiều tình trạng sau:	
Suy Tim Mãn Tính (Chronic Heart Failure)	☐ Có ☐ Không
Rối Loạn Tim Mạch (Cardiovascular Disorders)	☐ Có ☐ Không
Bệnh Tiểu Đường (Diabetes Mellitus)	☐ Có ☐ Không
Tên bác sĩ	Chữ ký bác sĩ
Ngày hôm nay	Địa chỉ bác sĩ

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ Bộ phận Dịch vụ Thành viên của chúng tôi qua số **1-800-838-8271**, TTY: 711.

Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai đến Chủ Nhật, từ **8:00 sáng đến 8:00 tối** (giờ PST). **Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9:** Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ **8:00 sáng đến 8:00 tối** (giờ PST), **trừ các ngày lễ.**

Imperial Health Plan là một chương trình **HMO (HMO SNP)** có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ các luật dân quyền liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, quốc gia xuất xứ, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Anh, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho quý vị. Vui lòng gọi **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)。



Đánh giá rủi ro sức khỏe (HRA)

Ngày:		Mã hội viên:		Ngày bắt đầu chương trình:	
Tên:		Họ:		Ngày sinh:	
Giới tính:		Số điện thoại:		Email:	

Phần 1: Giới thiệu về quý vị (Đặc điểm cá nhân)

1. Chủng tộc và/hoặc dân tộc của quý vị là gì? *Chọn tất cả những gì áp dụng và nhập thông tin chi tiết vào khoảng trống được cung cấp.*

☐ Người Mỹ da đỏ / Alaska bản địa (ví dụ: Quốc gia Navajo, Cộng đồng Nome Eskimo, v.v.)

☐ Người Châu Á (ví dụ: Trung Quốc, Philippines, Ấn Độ, Việt Nam, v.v.)

☐ Người da đen / Người Mỹ gốc Phi (ví dụ: người Mỹ gốc Phi, Haiti, Ethiopia, v.v.)

☐ Người Tây Ban Nha hoặc Latinh (ví dụ: Mexico, Salvador, Puerto Rico, Cuba, v.v.)

☐ Người Trung Đông hoặc Bắc Phi (ví dụ: Lebanon, Iran, Ai Cập, Syria, v.v.)

☐ Người Hawaii bản địa / Đảo Thái Bình Dương (ví dụ: người Hawaii bản địa, Samoa, Fiji, v.v.)

☐ Người da trắng (ví dụ: tiếng Anh, tiếng Đức, tiếng Ireland, tiếng Ý, tiếng Ba Lan, v.v.)

☐ Nhóm khác, Vui lòng viết thư:

Phần 2: Tình trạng sức khỏe

2. Quý vị đã bao giờ gặp bất kỳ vấn đề sức khỏe nào trong số này chưa? (Kiểm tra tất cả những gì áp dụng)

☐ Suyễn	☐ Tiểu đường	☐ Đột quỵ (bao gồm chảy máu não)
☐ Trầm cảm, lưỡng cực hoặc tâm thần phân liệt	☐ Các vấn đề về bàng quang hoặc ruột	☐ Các vấn đề về thị lực hoặc mắt
☐ Ung thư (bao gồm cả bệnh bạch cầu)	☐ Mất thính lực	☐ Co giật
☐ COPD hoặc bệnh phổi	☐ Béo phì nghiêm trọng	☐ Bệnh mạch máu
☐ Viêm phổi hoặc nhiễm trùng phổi khác	☐ Huyết áp cao	☐ Các vấn đề về ma túy hoặc rượu
☐ Sa sút trí tuệ hoặc mất trí nhớ	☐ Các vấn đề về bàn chân	☐ (Các) cấy ghép nội tạng trong quá khứ:
☐ Bệnh gan (giai đoạn cuối)	☐ Bệnh thận (Giai đoạn 5)	Cơ quan nào? _____
☐ Viêm khớp dạng thấp, các vấn đề về khớp	☐ HIV hoặc AIDS	Ngày cấy ghép: _____
☐ Tê liệt (liệt tứ chi)	☐ Bệnh tim, suy tim	☐ Khác: _____
☐ Khó di chuyển một bên cơ thể	☐ Nhịp tim không đều	☐ Không ai

Phần 3: Sức khỏe và thăm khám bác sĩ của Quý vị (Chăm sóc phòng ngừa)

3. Quý vị đánh giá sức khỏe hiện tại của mình như thế nào?	4. Quý vị có sử dụng các sản phẩm thuốc lá không?
☐ Tuyệt vời ☐ Bình thường ☐ Rất tốt ☐ Kém ☐ Tốt	☐ Có, thuốc lá hoặc xì gà ☐ Có, bút vape ☐ Không
5. Lần kiểm tra cuối cùng của quý vị là khi nào?	6. Lần chụp X-quang tuyến vú cuối cùng của quý vị là khi nào?
7. Xét nghiệm máu cuối cùng của quý vị là khi nào?	8. Lần sàng lọc ung thư ruột kết cuối cùng của quý vị là khi



			nào?				
9	Quý vị có thường xuyên thực hiện bất kỳ loại hoạt động thể chất hoặc tập thể dục nào không? ☐ Có ☐ Không	10	Quý vị đã được đề nghị thăm khám chăm sóc giảm nhẹ để giúp kiểm soát các bệnh mãn tính chưa? ☐ Có ☐ Không				
11	Nhìn chung, quý vị cảm thấy thoải mái như thế nào khi thực hiện các hoạt động này trong cuộc sống hàng ngày? Ăn ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Mặc quần áo và cởi quần áo ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Sử dụng nhà vệ sinh ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ		Chải tóc, đánh răng, cạo râu, cắt móng tay,...? ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Lên và ra khỏi giường và di chuyển tự do? ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ Tắm hoặc tắm hoàn toàn ☐ Có thể làm độc lập ☐ Cần hỗ trợ				
12	Nếu quý vị bị tiểu đường hoặc bệnh tim, quý vị có đang dùng statin (thuốc cholesterol) không? ☐ Có ☐ Không	13	Lần khám vông mạc giãn nở (mắt) cuối cùng của quý vị là khi nào? Ngày khám: _____ Địa điểm: _____ Bệnh vông mạc có được tìm thấy không? ☐ Có ☐ Không				
14	Mức A1c từ xét nghiệm máu cuối cùng của quý vị là bao nhiêu? Ngày khám: _____ Cấp độ: _____	15	Xét nghiệm thận (nước tiểu hoặc eGFR) cuối cùng của quý vị là khi nào? Ngày khám: _____ Kết quả (nếu biết): _____				
16	Lần đo huyết áp cuối cùng của quý vị là khi nào? Ngày đọc: _____ mức huyết áp: ____ / ____ Vị trí đọc: ☐ Nhà ☐ Văn phòng bác sĩ	17	Quý vị đã nhận được bất kỳ loại vắc-xin nào sau đây trong năm nay chưa? <table border="1"> <tr> <td>Cúm ☐ Có ☐ Không</td> <td>Viêm phổi ☐ Có ☐ Không</td> <td>COVID ☐ Có ☐ Không</td> <td>Khác ☐ Có ☐ Không</td> </tr> </table>	Cúm ☐ Có ☐ Không	Viêm phổi ☐ Có ☐ Không	COVID ☐ Có ☐ Không	Khác ☐ Có ☐ Không
Cúm ☐ Có ☐ Không	Viêm phổi ☐ Có ☐ Không	COVID ☐ Có ☐ Không	Khác ☐ Có ☐ Không				
18	Nếu quý vị không tiêm vắc-xin thường xuyên, tại sao?	19	Nếu quý vị đã tiêm (các) loại vắc-xin khác trong năm nay, quý vị đã tiêm vắc-xin nào nhận?				
20	Quý vị sẽ mô tả thói quen ăn uống của mình như thế nào? ☐ Khỏe mạnh và cân bằng ☐ Bình thường ☐ Bữa ăn không lành mạnh hoặc không thường xuyên	21	Quý vị hiện đang uống rượu hoặc sử dụng ma túy hoặc chất kích thích không? ☐ Có, thường xuyên ☐ Có, thỉnh thoảng ☐ Không hoặc không muốn trả lời				
22	Quý vị đã nhập viện bao nhiêu lần trong 12 tháng qua? ☐ 0 ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ Hơn 5 lần	23	Quý vị đã đến phòng cấp cứu (ER) bao nhiêu lần trong 12 tháng qua? ☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ Hơn 7 lần				
24	Quý vị đã từng ở tại Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) hoặc Cơ sở Phục hồi chức năng Cấp tính trong 12 tháng qua chưa? ☐ Có ☐ Không						
Phần 4: Di chuyển và giữ thăng bằng (Nguy cơ ngã)							
25	Quý vị có sa ngã trong năm qua không? ☐ Có ☐ Không	26	Quý vị có cảm thấy không vững khi đi bộ hoặc đứng? ☐ Có ☐ Không				
27	Quý vị cần trợ giúp khi đi bộ hoặc đứng? ☐ Có ☐ Không	28	Bác sĩ đã tiến hành kiểm tra đi bộ theo thời gian chưa? kéo dài 12 giây hoặc hơn? ☐ Có ☐ Không				



29	Quý vị có gặp khó khăn trong việc nhìn rõ không? ☐ Có ☐ Không	30	Quý vị đã kiểm tra thị lực trong năm qua chưa? ☐ Có ☐ Không
Phân 5: Thuốc, Dị ứng và Đau			
31	Quý vị có dùng thuốc theo toa không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, bao nhiêu? _____ Liệt kê tất cả các loại thuốc đã biết: _____		
32	Có loại thuốc nào khiến quý vị chóng mặt, buồn ngủ hoặc bối rối không? ☐ Có ☐ Không	33	Quý vị hiện đang bị đau hoặc khó chịu? ☐ Không ☐ Có. Nếu có, ở đâu? Mức độ đau trên thang điểm từ 0 - 10 là bao nhiêu? <i>(0 = Không đau, 10 = Tồi tệ nhất từ trước đến nay)</i> _____
34	Quý vị có bất kỳ dị ứng nào đã biết không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, hãy liệt kê các chất gây dị ứng: _____	35	Quý vị có nhận được trợ giúp thêm từ Medicare để thanh toán cho thuốc của mình không? ☐ Có ☐ Không
Phân 6: Hỗ trợ và đời sống xã hội			
36	Quý vị có cảm thấy an toàn khi ở nhà không? ☐ Có ☐ Không	37	Bây giờ quý vị có người chăm sóc giúp quý vị không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, bao nhiêu ngày mỗi tuần? _____
38	Các em có những người trong gia đình hoặc những người khác sẵn sàng và có thể giúp đỡ các em khi các em cần không? ☐ Có ☐ Không		
39	Quý vị có bao giờ nghĩ rằng người chăm sóc của quý vị gặp khó khăn trong việc cung cấp cho quý vị tất cả sự giúp đỡ quý vị cần không? ☐ Có ☐ Không		
40	Quý vị thường nói chuyện hoặc gặp gỡ quý vị bè / gia đình thân thiết như thế nào? ☐ Ít hơn một lần một tuần ☐ 3-5 lần một tuần ☐ 1-2 lần một tuần ☐ Hơn 5 lần một tuần		
Phân 7: Nhà ở & Giao thông vận tải			
41	Tình hình nhà ở của quý vị hôm nay như thế nào? ☐ Tôi có một nơi ổn định để sống ☐ Tôi có một nơi để sống hôm nay, nhưng tôi lo lắng về việc mất nó trong tương lai ☐ Tôi không có một nơi ổn định để sống <i>(Tôi đang ở với những người khác, trong một khách sạn, trong một nơi trú ẩn, sống bên ngoài trên đường phố, trên bãi biển, trong một chiếc xe hơi, tòa nhà bỏ hoang, bến xe buýt hoặc xe lửa, hoặc trong một công viên)</i>		
42	Trong 12 tháng qua, việc thiếu phương tiện đi lại có khiến quý vị không thể đến các cuộc hẹn y tế, cuộc họp, công việc hoặc nhận được những thứ cần thiết cho cuộc sống hàng ngày không? <i>(chọn tất cả những gì áp dụng)</i> ☐ Vâng, nó đã khiến tôi không thể đến các cuộc hẹn y tế hoặc nhận thuốc ☐ Vâng, nó đã ngăn tôi khỏi các cuộc họp, cuộc hẹn, công việc hoặc nhận được những thứ tôi cần ☐ Không		
Phân 8: Thực phẩm & Tiện ích			
43	Trong vòng 12 tháng qua, quý vị lo lắng rằng thức ăn của mình sẽ hết trước khi quý vị có tiền để mua thêm. ☐ Đúng ☐ Thỉnh thoảng ☐ Không bao giờ đúng		



44	Trong 12 tháng qua, công ty điện, khí đốt, dầu mỡ hoặc nước có đe dọa cắt các dịch vụ trong nhà của quý vị không? ☐ Có ☐ Không ☐ Đã tắt																							
Phần 9: Tâm trạng và sức khỏe cảm xúc																								
45	Trong hai tuần qua, quý vị đã bao lâu bị làm phiền bởi bất kỳ vấn đề nào sau đây? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;"><i>Chọn một hộp cho mỗi câu lệnh:</i></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Không có gì</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Vài ngày</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Hơn nửa ngày</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">Gần như mỗi ngày</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;"></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">0</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">1</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">2</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Mất hứng thú hoặc niềm vui trong mọi thứ:</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cảm thấy chán nản, chán nản hoặc tuyệt vọng:</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">☐</td> </tr> </tbody> </table>				<i>Chọn một hộp cho mỗi câu lệnh:</i>	Không có gì	Vài ngày	Hơn nửa ngày	Gần như mỗi ngày		0	1	2	3	Mất hứng thú hoặc niềm vui trong mọi thứ:	☐	☐	☐	☐	Cảm thấy chán nản, chán nản hoặc tuyệt vọng:	☐	☐	☐	☐
<i>Chọn một hộp cho mỗi câu lệnh:</i>	Không có gì	Vài ngày	Hơn nửa ngày	Gần như mỗi ngày																				
	0	1	2	3																				
Mất hứng thú hoặc niềm vui trong mọi thứ:	☐	☐	☐	☐																				
Cảm thấy chán nản, chán nản hoặc tuyệt vọng:	☐	☐	☐	☐																				

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



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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

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

Mức trợ giúp bổ sung của quý vị	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005	Phí bảo hiểm hàng tháng cho Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012
100%	\$0	\$0
75%	\$0	\$0
50%	\$0	\$0
25%	\$0	\$0

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

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

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

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

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711). Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

THÔNG TIN QUAN TRỌNG:

Xếp hạng Sao Medicare 2025

Official U.S.
Government
Medicare
Information



Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496

Trong năm 2025, Imperial Health Plan of California, Inc. - H5496 đã nhận Xếp hạng Sao từ Medicare như sau:

Xếp hạng Sao Tổng thể: ★★★★★

Xếp hạng Dịch vụ Y tế: ★★★★★

Xếp hạng Dịch vụ Thuốc: ★★★★★

Hàng năm, Medicare đánh giá các chương trình dựa trên hệ thống xếp hạng 5 sao.

Tại sao Xếp hạng Sao lại Quan trọng

Medicare đánh giá các chương trình về dịch vụ y tế và dịch vụ thuốc.

Đánh giá này cho phép quý vị dễ dàng so sánh các chương trình dựa trên chất lượng và thành quả.

Xếp hạng Sao dựa trên các yếu tố bao gồm:

- Phản hồi từ thành viên về dịch vụ và việc chăm sóc của chương trình
- Số lượng thành viên rời khỏi chương trình hoặc tiếp tục tham gia chương trình
- Số lượng khiếu nại về chương trình mà Medicare nhận được
- Dữ liệu từ các bác sĩ và bệnh viện hợp tác với chương trình

Số lượng sao cho thấy chương trình hoạt động tốt ở mức nào.

- ★★★★★ XUẤT SẮC
- ★★★★☆ TRÊN TRUNG BÌNH
- ★★★☆☆ TRUNG BÌNH
- ★★☆☆☆ DƯỚI TRUNG BÌNH
- ★☆☆☆☆ KÉM

Nhiều sao hơn nghĩa là chương trình tốt hơn – ví dụ: thành viên có thể nhận sự chăm sóc tốt hơn và dịch vụ khách hàng tốt hơn, nhanh hơn.

Nhận Thêm Thông tin về Xếp hạng Sao Trực tuyến

So sánh Xếp hạng Sao của chương trình này với chương trình khác trực tuyến tại địa chỉ [Medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Quý vị có thắc mắc về chương trình này?

Hãy liên hệ với Imperial Health Plan of California, Inc. 7 ngày một tuần từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, giờ Thái Bình Dương, theo số 800-838-5914 (miễn phí) hoặc 711 (TTY), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Giờ làm việc từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9 là từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối, giờ Thái Bình Dương. Các thành viên đang tham gia chương trình vui lòng gọi số 800-838-8271 (miễn phí) hoặc 711 (TTY).

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

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

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

台語

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

Việt

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

한국어

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

العربية

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

ՀԱՅԵՐԵՆ

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

বাংলা

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

فارسي

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

हिंदी

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

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

日本語

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

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ

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

ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។”

ਪੰਜਾਬੀ

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

РУССКИЙ

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

Tagalog

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

ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้

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

หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

українська мова

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

اردو

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

Notice of Non-Discrimination

Unlawful Discrimination

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

Imperial Health Plan:

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

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

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

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

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

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



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Số điện thoại liên lạc quan trọng

Trang web	Imperial Health Plan	www.ImperialHealthPlan.com
Dịch vụ thành viên	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
Giao thông vận tải	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
Bữa ăn	Imperial Health Plan	1-800-838-8271
Thị lực / Kính mắt	VSP Vision Care	1-855-492-9028 www.vsp.com/advantageonly
Tư cách thành viên phòng tập thể dục / thể dục	Silver & Fit	1-877-427-4788 www.SilverandFit.com
Thính giác	TruHearing	1-866-344-7756
Hỗ trợ tại nhà	Papa Pals	1-833-200-6924 www.Papa.com
Không kê đơn (OTC)	AndMore	1-855-263-6673 www.AndMoreHealth.com
Quyền lợi nhà thuốc	MedImpact	1-877-391-1105 www.Medimpact.com
Telehealth	Teladoc	1-800-835-2362 www.Teladoc.com
Sức khỏe hành vi	Lucet	1-816-237-2362
Chiropractic và châm cứu	American Specialty Health	1-800-678-9133 www.ASHLink.com/ash/IHPM
Dịch vụ nha khoa	Delta Dental	1-888-643-3239 Tìm nha sĩ trực tuyến https://www1.deltadentalins.com/medicare/imperialhealthplan.html



IMPERIAL HEALTH PLAN
O F C A L I F O R N I A

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

Để biết danh sách những dịch vụ quý vị có thể sử dụng, vui lòng gọi số 1-800-838-8271, (TTY: 711), từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, từ Thứ Hai đến Chủ Nhật, 8:00 sáng đến 8:00 tối theo giờ Thái Bình Dương hoặc từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 8:00 tối, trừ ngày lễ.