

2025

Resumen de beneficios

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Traditional (HMO) 007

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Giveback (HMO) 014

Imperial Courage Plan (HMO) 016



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

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

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



¿Quién puede inscribirse?

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

- Vive en nuestra área de servicio
- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- Es ciudadano estadounidense

Algunos de nuestros planes tienen requisitos adicionales para unirse.

- Para inscribirse en Imperial Dual Plan (HMO D-SNP), debe tener tanto Medicaid como Medicare.
- Para inscribirse en Imperial Senior Value (HMO C-SNP) también debe haber sido diagnosticado con un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Imperial Health Plan cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que están disponibles para proporcionarle atención médica y de beneficios suplementarios. Al inscribirse en nuestro plan de salud, usted debe seleccionar un médico de cuidado de salud primario

(PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP trabajará con nosotros para coordinar su atención médica y especializada cuando necesite atenderse con otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no forma parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios, excepto en caso de emergencia. Puede revisar nuestros directorios en nuestro sitio web: www.imperialhealthplan.com.

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

Los medicamentos de la Parte D que cubrimos están clasificados en cinco y seis niveles diferentes, dependiendo del paquete de beneficios del plan en el que se inscribe. Usted necesitará una copia de nuestra lista de medicamentos o “formulario” para determinar en qué nivel se encuentra su medicamento. El monto que usted pague dependerá del nivel del medicamento, el número de días para el suministro del medicamento, la etapa de beneficio que usted ha alcanzado, si está usando una farmacia de la red y el tipo de farmacia que utiliza (por ejemplo, venta al por menor, pedido por correo, cuidado a largo plazo, infusión en el hogar, etc.).

¿Dónde puedo encontrar más información?

El personal de nuestro Departamento de Membresía está a su disposición para responder cualquier pregunta sobre elegibilidad y beneficios. Llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto festivos.

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

completa de los servicios que cubrimos, consulte la “Evidencia de cobertura”. Puede encontrar este manual en nuestro sitio web en www.Imperialhealthplan.com, enumerado bajo “member benefits”.

Si desea informarse más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, por favor, consulte el manual “Medicare y Usted”. Puede encontrar este manual en www.Medicare.gov o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Área de servicio de Imperial Health Plan

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

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Dynamic Plan paga \$60 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible por beneficios de la Parte C o D
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$297
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por visita
<p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
<p>Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$125 por visita • Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) • Radiografías • Usted paga el 20% del costo total por servicios de radiología terapéutica
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario
<p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 servicios odontológicos rutinarios al año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$4000 al año

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Servicios de la vista</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$500 al año para anteojos
---	---

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1-90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$100 al día por días 21 – 50 • Usted paga \$200 al día por días 51 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje
<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

	<p>sean de emergencia</p>
<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B • Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Dynamic Plan (HMO)	
Prima de la Parte D	Usted paga \$0 al mes		
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000		
Etapa del deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)		
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000		
		Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$6.00	\$5.00	\$5.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00/ Select Insulins: \$0	\$180.00/ Select Insulins: \$0	\$180.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0		

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

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$140 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Cobertura a nivel mundial	<ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$0• Solo para servicios de urgencia o de emergencia
----------------------------------	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primas de la Parte C y D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Senior Value (HMO C-SNP) paga \$50 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$297
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por servicios hospitalarios para pacientes externos
<p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
<p>Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$125 por cada visita de emergencia • Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/A1C • Paneles lipídicos • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica: Usted paga el 20%
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario
<p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; protodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$3000 por año

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Servicios de la vista</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$500 por año para anteojos
---	--

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
----------------------------	--

<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por días 1 – 90 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
--	---

<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$100 al día por días 21 – 50 • Usted paga \$200 al día por días 51 - 100
---	--

<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca: Usted paga \$0 • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$0 • Fisioterapia y visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted paga \$0
---	--

<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
---	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D Imperial Senior Value (HMO C-SNP)		
Prima de la Parte D	Usted paga \$0 al mes	
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000	
Etapas del deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)	
Etapas de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$6.00	\$5.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00/ Select Insulins: \$0	\$180.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Nivel 6 – Medicamentos de Select Care	\$3.00	\$0
Etapas de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0	

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

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$130 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 un kit de ejercicios para el hogar al año a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Cobertura a nivel mundial	<ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$0• Solo para servicios de urgencia o de emergencia
----------------------------------	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Giveback (HMO) 014

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Giveback (HMO)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Giveback paga \$100 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2024, el deducible para este plan era de \$240. Esta cantidad puede cambiar para 2025. Imperial Giveback le notificará cuando Medicare publique el monto del deducible de la Parte B para 2025 • Deducible de la Parte D: Usted paga \$590
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$9,350
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total
<p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% por cada visita cubierta por Medicare
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista^{1,2}?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 20% del costo total para detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos cubiertos
--	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Giveback (HMO)
<p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$110 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$45 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de urgencia
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) • Servicios de laboratorio • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario
<p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 al año

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Servicios de la vista</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto. • El plan cubre hasta \$240 al año
---	---

Primas y beneficios	Imperial Giveback (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1- 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por días 1 – 20 • Usted paga \$204 al día por días 21 – 100 • Usted paga 100% del costo por días 101 y más • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca • Consulta de terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios

Sección 4 Imperial Giveback (HMO)

Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 20% del costo total por cada viaje por tierra o por aire• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Giveback (HMO)	
Prima de la Parte D	Usted paga \$0 al mes		
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000		
Etapa del deducible	Usted paga \$590 por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte		
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000		
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	
Todos los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad	25%	25%	
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0		

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina - no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si no ha pagado su deducible.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Giveback (HMO)
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga el 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Traditional (HMO) 007

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Traditional (HMO)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$1,499
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 3 • Usted paga \$150 por días 4 – 5 • Usted paga \$0 por días 6 – 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por visita
<p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
<p>Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$125• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
---	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Traditional (HMO)
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/A1C • Paneles lipídicos • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica: Usted paga el 20%
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario
<p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$3000 al año
<p>Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 por año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$500 por año para anteojos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Traditional (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después, usted paga \$0 al día por días 1-3 • Usted paga \$150 al día por días 4 – 5 • Usted paga \$0 al día por días 6 – 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$100 al día por días 21 – 50 • Usted paga \$200 al día por días 51 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca: Usted paga el 20% del costo total • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$10 • Fisioterapia y visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted paga el 20% del costo total
<p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios

Sección 5 Imperial Traditional (HMO)

Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B• Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Traditional (HMO)	
Prima de la Parte D	Usted paga \$0 al mes		
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000		
Etapa del deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)		
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000		
		Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$10.00	\$10.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00/ Select Insulins: \$0	\$180.00/ Select Insulins: \$0	\$180.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0		

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

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Traditional (HMO)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un entorno individual o grupal
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$95 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Cobertura a nivel mundial

¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?

- Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$20 para atención de urgencia y copago de \$0 para atención de emergencia
- Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Courage Plan (HMO) 016

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Imperial Courage Plan paga \$75 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después, usted paga \$150 al día por días 1 - 5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$200 por estadía
<p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$200 por cada visita cubierta por Medicare
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$5 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
<p>Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para detección de glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Atención de emergencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$125 por visita• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
--	---

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por visita
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de azúcar en sangre/A1C • Paneles lipídicos • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica: Usted paga el 20%
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • El plan cubre hasta \$250 • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$500 por año calendario
<p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$1500 al año
<p>Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 por año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto • El plan cubre hasta \$250 por año para anteojos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después, usted paga \$150 al día por días 1-5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$200 al día por días 21 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca: Usted paga el 20% del costo total • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$10 • Fisioterapia y visita de terapia del habla y del lenguaje: Usted paga el 20% del costo total
<p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga el 20% del costo total por viaje de ida por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B • Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Courage Plan (HMO)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> • Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. • El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$10 por cada visita de salud en el hogar
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas • Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de prótesis ¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos ¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$75 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto es el reembolso?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$20 para atención de urgencia y copago de \$0 para atención de emergencia• Solo para servicios de urgencia o de emergencia
--	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

7

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$29.70 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2024, el deducible para este plan era de \$240. Esta cantidad puede cambiar para 2025. Imperial Giveback le notificará cuando Medicare publique el monto del deducible de la Parte B para 2025 • Deducible de la Parte D: Usted paga \$590
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 - 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total
<p>Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista^{1,2}?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga el 20% del costo total para detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y EKJ después de una visita de bienvenida• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos cubiertos
--	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>Atención de emergencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$140 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
<p>Servicios de urgencia</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total hasta \$65 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías
<p>Servicios auditivos^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos • Subvención para audífonos: Usted paga \$0. El plan cubre hasta \$2,500 por año calendario
<p>Servicios odontológicos</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Las consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. Su plan cubre hasta \$500 en servicios odontológicos de rutina por año • Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$1500 al año

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Servicios de la vista</p> <p>¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare • Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos (lentes y monturas) • Un par de lentes de contacto. • El plan cubre hasta \$500 al año para anteojos
---	---

Primas y beneficios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita de paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1- 60 • Usted paga \$408 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$816 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos • Servicios para pacientes externos: Usted paga el 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por días 1 – 20 • Usted paga \$204 al día por días 21 – 100 • Usted paga 100% del costo por días 101 y más • Estos son los montos para 2024 y pueden cambiar en 2025. El plan le informará una vez que Medicare publique estos montos
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca • Consulta de terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje
<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga el 20% del costo total por cada viaje por tierra o por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 100 viajes de ida hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por los medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por las insulinas de la Parte B • Usted paga el 20% del costo total por cualquier otro medicamento de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)

Prima de la Parte D	Usted paga \$29.70	
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es de \$2,000	
Etapa del deducible	Usted paga \$590 por medicamentos de Niveles 3 a 5 antes de que el plan empiece a pagar su parte	
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$2,000	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0	0%
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0	0%
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25%/ Select Insulins: \$0	25%/ Select Insulins: \$0
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	25%/ Select Insulins: \$0	25%/ Select Insulins: \$0
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	25%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$2,000, usted paga \$0	

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina - no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios**Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)****Subsidio para alimentos y productos agrícolas**

- Usted recibe una asignación de \$460 cada 3 meses en una tarjeta prepagada de Imperial.
- Para calificar debe tener una de las siguientes condiciones: Dependencia crónica de alcohol u otras drogas; Trastornos autoinmunes; Cáncer; Desordenes cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; o ataque cerebral

Entrega de comidas a domicilio¹

- Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital.
- El plan cubre hasta \$105 por período de beneficio.

Servicios de salud en el hogar^{1,2}

- Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar

Servicios de apoyo en el hogar

- Usted paga \$0 por hasta 60 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, la compra de comestibles, la recolección de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.

Equipo médico / Suministros¹

- Usted paga el 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas
- Usted paga el 20% del costo total por artículo de prótesis¹ como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales
- Usted paga el 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹

Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}

- Usted paga el 20% del costo total por cada sesión en un ambiente grupal o individual

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$140 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes

Beneficios complementarios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Dispositivo de respuesta de emergencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para 1 dispositivo al año
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por hasta un kit de ejercicios para el hogar a través del programa[®]. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).
Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?	<ul style="list-style-type: none"> • Reembolso de hasta \$100,000 por los gastos que califican con un copago de \$0 • Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios 2025

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

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

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

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

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

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