



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)
适用于获得Medicare 额外帮助(Extra Help) 以协助支付
处方药费用人士的每月计划保费

如果您获得Medicare 的额外帮助来支付您的Medicare 处方药计划费用，您的每月计划保费将低于未获得Medicare 额外帮助时的保费。

如果您获得额外帮助，以下任何计划的每月计划保费均为 \$0。（此金额不包括您可能需要缴纳的 Medicare Part B 保费。）

您的额外帮助级别	Imperial Senior Value (HMO C-SNP) PBP 005 每月保费	Imperial Dynamic Plan (HMO) PBP 012 每月保费	Imperial Flex (HMO C-SNP) PBP 017 每月保费
100%	\$0	\$0	\$0
75%	\$0	\$0	\$0
50%	\$0	\$0	\$0
25%	\$0	\$0	\$0

Imperial Health Plan of California 的保费包含医疗服务和处方药两方面的保障。

如果您尚未获得额外帮助，可致电以下机构了解您是否符合资格：

- 1-800-Medicare；TTY 用户请致电 1-877-486-2048（每周 7 天，每天 24 小时）；
- 您所在州的 Medicaid 办公室；或
- 社会安全局 (Social Security Administration)，电话 1-800-772-1213。TTY 用户请于周一至周五上午 8 点至晚上 7 点致电 1-800-325-0778。

如果您有任何疑问，请致电会员服务部 1-800-838-8271；TTY 用户请致电 TTY：711。服务时间为：10 月 1 日至 3 月 31 日，周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00（节假日除外）；4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五上午 8:00 至晚上 8:00（节假日除外）。

Imperial Health Plan 是与 Medicare 签约的 (HMO) (HMO SNP) 计划。能否参加 Imperial Health Plan 取决于合约续签情况。Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而歧视任何人。Imperial 不会因种族、肤色、原国籍、年龄、残疾或性别而排斥任何人或不公平地对待他人。请注意：如果您说中文，您可以获得免费的语言协助服务。我们亦免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。请致电 1-800-838-8271（TTY：711）或与您的医疗服务提供者联系。