

個人與家庭
Exchange
HMO 和 HSP 計畫

透過 Covered California™ 提供

如需承保，今天就上網 www.CoveredCA.com 申請!



Health Net®

本文件僅為您健康承保的摘要，您有權在投保前先閱讀本計畫的計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。如欲取得本文件複本，請聯絡您的 Health Net 授權代理人或 Health Net 銷售代表，電話 1-877-609-8711。您會在投保後收到本計畫的計畫合約和承保範圍證明，裡面包括條款與條件，以及您 Health Net 承保的管理和確切合約規定。在收到本文件以及本計畫的計畫合約和承保範圍證明後，請務必仔細閱讀這些文件，特別是與特殊醫療保健需求相關的所有各節。本文件裡面的健康福利和承保範圍一覽表用來幫助您比較承保福利。

本透露表所述的承保範圍符合平價醫療法案 (ACA) 所定的基本健康福利承保範圍規定。基本健康福利不受任何年度金額上限的限制。

本透露表所述的福利不會因種族、族裔、膚色、國籍、血統、性別、性別認同、性別表現、年齡、殘疾、性向、基因資訊、婚姻狀態、同居伴侶狀態或宗教而有歧視，也不會有任何原已存在的病況或排除期間之規定。

請閱讀以下資訊以瞭解可以向誰或哪個醫療服務提供者團體取得醫療保健。

請閱讀本重要通知，瞭解 Health Net HMO CommunityCare Network 健保計畫服務區域以及如何取得 CommunityCare Network 醫師和醫院服務提供者的服務

除急診照護外，只有當您住在 CommunityCare Network 服務區域內並使用 CommunityCare Network 醫師或醫院時，本 Health Net HMO CommunityCare Network (「CommunityCare Network」) 計畫才會提供規定的醫師和醫院服務福利。投保本 CommunityCare Network 計畫時，您只能使

用屬於 CommunityCare Network 的醫師或醫院，您也必須選擇一位 CommunityCare Network 主治醫師 (PCP)。您可以向任何 Health Net 簽約輔助、藥房或行為健康服務提供者取得輔助、藥房或行為健康承保服務和用品。

取得 Health Net HMO CommunityCare Network 計畫的承保服務

醫療服務提供者類型	醫院	醫師	輔助	藥房	行為健康
提供者	¹ 僅限 CommunityCare Network 醫院	¹ 僅限 CommunityCare Network 醫師	所有 Health Net 特約輔助醫療服務提供者	所有 Health Net 簽約藥房	所有 Health Net 特約行為健康服務提供者
<p>¹本計畫的醫師和醫院服務福利僅適用由 CommunityCare Network 醫師或醫院提供的承保服務、除非是 (1) 在您醫師團體方圓 30 哩外的緊急需求照護、以及所有急診照護；(2) 由您的 CommunityCare Network 醫師團體核發轉介單以轉診至非 CommunityCare Network 醫療服務提供者時屬於承保範圍；以及 (3) 經 Health Net 授權由非 CommunityCare Network 醫療服務提供者提供的承保服務。</p>					

Health Net CommunityCare Network 醫療服務提供者名錄會列出 CommunityCare Network 服務區域以及其醫師和醫院服務提供者清單，網站可取得此名錄，請上網 www.healthnet.com。您也能向 Health Net 的客戶聯絡中心索取醫療服務提供者的資訊，請致電 1-877-609-8711。Health Net CommunityCare Network 醫療服務提供者名錄有別於其他 Health Net 醫療服務提供者名錄。

備註：與 Health Net 簽約的醫師和醫院不一定是 CommunityCare Network 醫療服務提供者。只有明確標示為 CommunityCare Network 的簽約醫師和醫院才能提供本計畫的服務，但如依上表所述則不在此限。

除另有具體說明外，本手冊中使用的下列用語僅指 CommunityCare Network (如前文說明)。

- Health Net
- Health Net 服務區域
- 醫院
- 會員醫師、簽約醫師團體、主治醫師、醫師、簽約醫療服務提供者、特約醫師團體和特約醫療服務提供者

- 網絡
- 醫療服務提供者名錄

如果您有任何關於 CommunityCare Network 服務區域、選擇您的 CommunityCare Network 主治醫師、如何取得專科醫師照護或您福利的疑問，請聯絡 Health Net 客戶聯絡中心，電話 **1-877-609-8711**。

請閱讀本重要通知，瞭解 Health Net PureCare HSP Network 健保計畫服務區域以及如何取得 PureCare Network 醫師和醫院服務提供者的服務

除急診和緊急需求照護外，只有當您住在 PureCare HSP Network 服務區域內並使用 PureCare HSP Network 簽約醫師或醫院時，本 Health Net PureCare HSP (「PureCare Network」) 計畫才會提供規定的醫師和醫院服務福利。投保本

PureCare Network 計畫時，您只能使用屬於 PureCare Network 的簽約醫師或醫院，您也必須選擇一位 PureCare 主治醫師 (PCP)。您可以向任何 Health Net 簽約輔助、藥房或行為健康服務提供者取得輔助、藥房或行為健康承保服務和用品。

取得 Health Net PureCare HSP Network 計畫的承保服務

醫療服務提供者類型	醫院	醫師	輔助	藥房	行為健康
提供者	¹ 僅限 PureCare Network 醫院	¹ 僅限 PureCare Network 醫師	所有 Health Net 特約輔助醫療服務提供者	所有 Health Net 簽約藥房	所有 Health Net 特約行為健康服務提供者
¹ 本計畫的醫師和醫院服務福利僅適用由 PureCare Network 簽約醫師或醫院提供的承保服務，但急診和緊急需求照護不在此限。					

Health Net PureCare HSP Network 醫療服務提供者名錄會列出 PureCare Network 服務區域以及其簽約醫師和醫院服務提供者清單，我們網站可取得此名錄，請上網 www.healthnet.com。您也能向 Health Net 客戶聯絡中心索取醫療服務提供者的資訊，請致電 1-877-609-8711。Health Net PureCare HSP Network 醫療服務提供者名錄有別於其他 Health Net 醫療服務提供者名錄。

備註：與 Health Net 簽約的醫師和醫院不一定是 PureCare Network 簽約醫療服務提供者。唯有明確標示與 PureCare Network 簽約的醫師和醫院才能提供本計畫的服務，但如依上表所述則不在此限。

除另有具體說明外，本手冊中使用的下列用語僅指 PureCare Network (如前文說明)。

- Health Net
- Health Net 服務區域
- 醫院
- 主治醫師、簽約醫師、醫師、簽約醫療服務提供者和特約醫療服務提供者
- 網絡
- 醫療服務提供者名錄

如果您有任何關於 PureCare Network 服務區域、選擇主治醫師、如何取得照護或您福利的疑問，請聯絡 Health Net 客戶聯絡中心，電話 1-877-609-8711。

為您和您的家人提供的 Health Net 個人與家庭承保

Health Net 提供以下個人和家庭醫療保健承保選項：

HMO – 我們的個人與家庭計畫管理式醫療組織 (HMO) 計畫的設計適合想要有一位醫師以可預測的費用協調其醫療保健的民眾。您必須從我們的 CommunityCare HMO 網絡選擇一位主要醫師 – 稱為主治醫師 (PCP)。您的主治醫師負責監督您的所有醫療保健，並在需要專科照護時提供轉介 / 授權。您選擇我們其中一項 HMO 計畫時，只能使用屬於 Health Net CommunityCare Network 的醫師或醫院。

HSP – 我們的個人與家庭計畫醫療保健服務計畫 (HSP) 的設計適合想要去看任何簽約醫師或醫療保健專業人士但不須先取得轉介的民眾。您必須從我們的 PureCare HSP Network 選擇一位主治醫師，但您隨時可以直接去看我們網絡中的任何簽約醫療服務提供者，不須取得轉介。您選擇我們其中一項 HSP 計畫時，只能使用屬於 Health Net PureCare Network 的簽約醫療服務提供者。

HMO 是否適合您？

我們的 HMO 計畫規定您必須選擇一位主治醫師。主治醫師會提供和協調您的醫療保健。您有權指定任何與我們 Health Net CommunityCare Network 簽約、診所在您住家合理距離範圍內以便您取得醫療保健，而且還能接受您或您家人的主治醫師 (須符合醫師團體的規定)。若是兒童，可指定兒科醫師擔任主治醫師。在您做出指定前，Health Net 會先為您指定一位主治醫師。如需如何選擇主治醫師和 Health Net CommunityCare 服務區域中的簽約主治醫師清單，可在 Health Net 網站取得，請上網 www.healthnet.com。您也可以致電 **1-877-609-8711** 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權經紀人聯絡。

您的主治醫師負責監督您的所有醫療保健，並在需要專科照護時提供轉介 / 授權。主治醫師包括全科和家醫科醫師、內科醫師、兒科醫師以及產科 / 婦科醫師。許多服務您只須支付固定的共付額。如欲取得醫療保健，只需出示您的會員卡並支付相關共付額。

您必須先聯絡您的主治醫師進行初步治療和諮詢，之後才能透過醫院、專科醫師或其他醫療保健服務提供者取得任何照護或治療，但產科 / 婦科看診不在此限，如以下所述。所有由這類醫療服務提供者建議的治療均須由您的主治醫師授權。

您不需取得 Health Net 或任何其他人(包括主治醫師)的事先授權(HMO)或事先證明(HSP)，即可從我們網絡中具備產科或婦科專業的醫療保健專業人士取得產科或婦科照護。不過，該醫療保健專業人士可能必須遵守某些程序，包括取得特定服務的事先授權(HMO)或事先證明(HSP)、遵循事先核准的治療計畫或轉介程序。Health Net 網站可提供具備產科或婦科專業的簽約醫療保健專業人士清單，請上網 www.healthnet.com。您也可以致電 1-877-609-8711 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權經紀人聯絡。請參閱本文件中「心理疾病和藥物依賴服務」一節，查詢有關取得心理疾病和藥物依賴照護的資訊。

您的主治醫師隸屬於較大的醫療保健專業人士團體，稱為簽約醫師團體。如果您需要專科醫師提供的照護，您的主治醫師就會在該團體內為您轉介一位。

HSP 是否適合您？

使用 Health Net HSP 時，您可以直接去看任何 PureCare HSP 簽約醫療服務提供者。只要在 *Health Net PureCare HSP 簽約醫療服務提供者名錄* 找到您想看的醫療服務提供者並預約看診時間即可。簽約醫療服務提供者接受以特別費率(稱為特約費率)做為全額付款。您的分攤費用以該特約費率為依據。HSP 計畫的所有福利(急診和緊急需求照護除外)均須由簽約醫療服務提供者提供才屬於承保範圍。

我們相信，與瞭解您且您可信賴的醫師持續維持關係是優質醫療保健方案的要素。因此，PureCare HSP 要求您必須為您自己和每個家人都選擇一位主治醫師。選擇主治醫師時，應選擇您住家合理距離內的簽約醫師以便您取得醫療保健。如需如何選擇主治醫師和 Health Net PureCare HSP 服務區域中的簽約醫師清單，可在 Health Net 網站取得，請上網 www.healthnet.com。您也可以致電 1-877-609-8711 索取醫療服務提供者資訊，或與您的 Health Net 授權經紀人聯絡。主治醫師包括全科和家醫科醫師、內科醫師、兒科醫師以及產科/婦科醫師。

PureCare HSP 計畫的部分承保費用必須先取得證明才不會收取無證明罰款。請參閱次頁的「僅 HSP 計畫適用的證明規定」。

年度自付額

部分 HMO 和 HSP 計畫的年度自付額規定適用特定服務並將計入自費額上限。請參閱福利一覽表查詢特定資訊。您必須先為註明的服務支付等於年度自付額的承保費用金額，之後您的計畫才會給付福利。達到自付額規定後，您仍應負責支付任何其他適用的共付額，直到您達到個人或家庭自費額上限為止。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到自付額規定。家庭自付額等於個人自付額的兩倍。

自費額上限

您或您的家人為承保服務和用品支付的共付額和自付額會計入個人或家庭的自費上限 (OOPM)。家庭 OOPM 等於個人 OOPM 的兩倍。您或您的家人達到 OOPM 後，在該年度剩餘期間就不須再為承保服務和用品支付任何額外金額。一旦家庭中有個別家人達到個人 OOPM，其餘投保家人仍須繼續支付共付額和自付額，直到 (a) 由全家人支付的前述共付額和自付額加總達到家庭 OOPM，或 (b) 每位投保家人均個別達到個人 OOPM。您應負責支付與健保計畫不承保的服務或用品相關的全部費用。為本計畫不承保的服務或用品支付的款項將不計入此年度 OOPM。若是 HSP 計畫，因服務未按規定取得證明而支付的罰款不計入年度 OOPM (請參閱本頁「僅 HSP 計畫適用的證明規定」)。您或您的家人均須以家庭身分投保，家庭 OOPM 才適用。

僅 HSP 計畫適用的證明規定

若是 HSP 計畫，取得特定承保服務之前必須先經 Health Net (醫療) 或管理者 (心理疾病或藥物依賴) 審查和核准，這稱為證明。如果未先取得證明就接受這類服務，您將負責支付無證明罰款 \$250。這些罰款不計入您的自費額上限。

我們可能不時修訂事先證明清單。任何這類變更 (包括在事先證明清單新增和刪除項目) 都會與簽約醫療服務提供者溝通並發布在 www.healthnet.com 網站。證明不是福利判定。這些服務或用品有些可能不屬於您計畫的承保範圍。即使服務或用品取得證明，仍將適用資格規則和福利限制。請參閱個人與家庭計畫的計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

需要證明的服務包括：

1. 住院¹

任何類型的機構，包括但不限於：

- 急性復健中心
- 物質濫用治療機構
- 安寧照護
- 醫院
- 行為健康治療機構
- 特護療養機構

2. 腹腔穿刺術 (在醫院執行時)

¹伴隨乳房切除術 (包括乳房腫瘤切除術) 而進行重建外科手術的住院期間或洗腎不需要證明。正常分娩後的最初 48 小時或剖腹生產後的最初 96 小時的住院期間，或廣泛性發展障礙或自閉症的行為健康治療也不需要證明。

3. 救護：非緊急空中或地面救護服務
4. 自閉症和廣泛性發展障礙的應用行為分析 (ABA) 以及其他型式的行為健康治療 (BHT)。
 - 最初 6 個月必須提供通知、診斷證明和治療計畫；6 個月後，必須事先證明以判定後續的醫療必要性
5. 背部外科手術
6. 減重程序
7. 眼皮整形術 (包括眉毛下垂)
8. 乳房縮小或隆乳
9. 腕隧道 (在醫院執行時)
10. 白內障外科手術 (在醫院執行時)
11. 軟骨細胞植入
12. 唇顎裂重建，包括牙科和齒列矯正服務
13. 臨床試驗
14. 人工電子耳植入
15. 訂製矯具
16. 皮膚科 – 住院程序
 - 皮膚注射和植入物
 - 皮膚磨削 / 化學換膚
 - 雷射治療
 - 化學去角質和電解法
17. 耐用醫療器材：
 - 骨生長刺激器
 - 連續式正壓呼吸輔助器 (CPAP)
 - 訂製用品
 - 醫院病床
 - 電動輪椅
 - 電動代步車
18. 體外加強搏衝治療 (EECP)
19. 選擇性剖腹產
20. 切除腹部、大腿、髖部、小腿、臀部、前臂、手臂、手部、頰下脂墊和其他部位的冗餘皮膚和皮下組織 (包括脂肪切除術和脂膜切除術)
21. 實驗性 / 研究性的服務和新技術
22. 基因檢測
23. 疝修補 (在醫院執行時)
24. 抽脂術
25. 肝臟切片 (在醫院執行時)
26. 男性女乳症的乳房切除術
27. 神經或脊髓刺激器
28. 職能和言語治療 (包括居家場所)
29. 醫療所必需並且是唇顎裂程序之重建外科手術必要部分的牙科或齒列矯正服務。唇顎裂包括顎裂、唇裂或其他與唇顎裂相關的顱面畸形。
30. 正顎程序 (包括顱下顎關節症候群 (TMJ) 治療)
31. 耳廓整形術
32. 門診診斷程序：
 - 心臟導管
 - CT (電腦斷層掃描)
 - 心臟超音波
 - MRA (腦部磁振造影)
 - MRI (磁振造影)
 - 核子心臟醫學程序，包括 SPECT (單光子電腦斷層掃描)
 - PET (正子斷層掃描)
 - 睡眠檢查

33. 門診藥品
 - 自行注射藥品
 - 特定的醫師施用藥品，無論是在醫師診所、獨立輸液中心、門診外科手術中心、門診洗腎中心或門診醫院施用。請到 Health Net 網站 www.healthnet.com 查詢需要取得證明的醫師施用藥品清單。
34. 門診物理治療和針灸 (超過 12 次，包括居家場所)。
35. 帳單收費超過 \$2,500 的義體項目
36. 放射治療
37. 鼻整形手術
38. 鼻中隔成形術
39. 扁桃體切除術和腺樣體切除術 (在醫院執行時)
40. 全關節置換術 (髖部、膝蓋、肩膀和腳踝)
41. 移植相關服務
42. 變性服務
43. 治療靜脈曲張
44. 上下消化道 (GI) 內視鏡檢查 (在醫院執行時)
45. 泌尿道程序 (在醫院執行時)
46. 懸壜垂顎咽整形術 (UPPP) 和雷射輔助 UPPP
47. 唇紅緣切除伴隨黏膜推移術
48. 前庭整形術
49. X-STOP

及時取得非急診醫療保健服務

California Department of Managed Health Care (DMHC) 已頒布的法規 (第 28 編第 1300.67.2.2 節) 規定必須及時提供非急診醫療保健服務。

您每週 7 天，每天 24 小時均可利用封底所示的電話號碼與 Health Net 聯絡，取得檢傷分類或篩檢服務。Health Net 會及時提供取得承保醫療保健服務的管道。

如需進一步的資訊，請參閱個人與家庭計畫 HMO 或 HSP Exchange 計畫合約和承保範圍證明，或撥打封底的電話號碼聯絡 Health Net 客戶聯絡中心。

計畫概覽 – Health Net Platinum 90 HMO

CommunityCare HMO 在 Los Angeles、Orange 和 San Diego 縣的全部區域以及 Kern、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ¹
無終身上限	
計畫上限	
年度自付額	無
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$4,000 / 家庭 \$8,000
專業服務	
門診共付額 ²	\$15
專科醫師看診 ²	\$40
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ³	\$15
預防保健服務 ^{2, 4}	\$0
X 光和診斷造影	\$40
化驗	\$20
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$150
復健和創建治療	\$15
門診服務 門診外科手術	機構 \$250 / 醫師 \$40
醫院服務	
住院機構 (包括孕婦和接生照護)	機構每天 \$250 (最多 5 天) / 醫師 \$40 ⁵
特護療養	每天 \$150、最多 5 天 ⁶
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$150 / 醫師 \$0
緊急醫療	\$15
救護服務 (地面和空中)	\$150
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	機構每天 \$250 (最多 5 天) / 醫師 \$40
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診 \$15 / 門診以外 \$0
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$20
其他服務	
耐用醫療器材	10%
安寧照護服務	\$0
自行注射藥品 (胰島素除外) ⁸	10%、每份處方箋最多 \$250
處方藥承保 ^{9, 10, 11, 12} (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$5
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$15
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$25
層級 IV (專科藥品) ¹³	10%、每份處方箋最多 \$250
小兒牙科¹⁴ 診斷和預防服務	\$0
小兒視力¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按本計畫規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

³包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁴依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁵每次住院只需支付一次醫師 / 外科醫師住院服務共付額。醫師 / 外科醫師住院服務共付額會與住院機構服務共付額同時收取。醫院連續住院最初 5 天後不再收取共付額。

⁶特護療養機構連續住院最初 5 天後不再收取共付額。

⁷福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁸自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁹口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹⁰如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Gold 80 HMO

CommunityCare HMO 在 Los Angeles、Orange 和 San Diego 縣的全部區域以及 Kern、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額的共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ¹
無終身上限	
計畫上限	
年度自付額	無
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$6,750 / 家庭 \$13,500
專業服務	
門診共付額 ²	\$30
專科醫師看診 ²	\$55
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ³	\$30
預防保健服務 ^{2, 4}	\$0
X 光和診斷造影	\$55
化驗	\$35
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁振造影 (MRI))	\$275
復健和創建治療	\$30
門診服務 門診外科手術	機構 \$600 / 醫師 \$55
醫院服務	
住院機構 (包括孕婦和接生照護)	機構：每天 \$600、最多 5 天；醫師：\$55 ⁵
特護療養	每天 \$300、最多 5 天 ⁶
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$325 / 醫師 \$0
緊急醫療	\$30
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	機構：每天 \$600、最多 5 天；醫師：\$55
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$30 / 門診以外：\$0
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$30
其他服務	
耐用醫療器材	20%
安寧照護服務	\$0
自行注射藥品 (胰島素除外) ⁸	20%、每份處方箋最多 \$250
處方藥承保^{9, 10, 11, 12}	
(透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$75
層級 IV (專科藥品) ¹³	20%、每份處方箋最多 \$250
小兒牙科¹⁴ 診斷和預防服務	\$0
小兒視力¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按本計畫規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

³包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁴依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁵每次住院只需支付一次醫師 / 外科醫師住院服務共付額。醫師 / 外科醫師住院服務共付額會與住院機構服務共付額同時收取。醫院連續住院最初 5 天後不再收取共付額。

⁶特護療養機構連續住院最初 5 天後不再收取共付額。

⁷福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁸自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁹口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹⁰如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會盡快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 70 HMO

CommunityCare HMO 在 Los Angeles、Orange 和 San Diego 縣的全部區域以及 Kern、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額的共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ¹
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ²	個人 \$2,500 / 家庭 \$5,000
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$6,800 / 家庭 \$13,600
專業服務	
門診共付額 ³	\$35 (免自付額)
專科醫師看診 ³	\$70 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁴	\$35 (免自付額)
預防保健服務 ^{3, 5}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$70 (免自付額)
化驗	\$35 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$300 (免自付額)
復健和創建治療	\$35 (免自付額)
門診服務	20% (免自付額)
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	
醫院服務	
住院機構 (包括孕婦和接生照護)	20%
特護療養	20%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$350 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$35 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁶	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	20%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$35 (免自付額) 門診以外：20%、最多 \$35 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$45 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	20% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁷ (胰島素除外)	20%、每份處方箋最多 \$250 (須處方藥自付額)
處方藥承保^{8, 9, 10, 11, 12}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	個人 \$250 / 家庭 \$500
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15 (免處方藥自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55 (須處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$80 (須處方藥自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹³	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)

福利說明	會員責任 ¹
小兒牙科 ¹⁴ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按本計畫規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²本計畫的特定服務和用品適用年度自付額規定，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

³產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁴包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁵依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁶福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁷自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁸口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

⁹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹⁰處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 94 HMO

CommunityCare HMO 在 Los Angeles、Orange 和 San Diego 縣的全部區域以及 Kern、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額的共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ¹
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ²	個人 \$75 / 家庭 \$150
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$2,350 / 家庭 \$4,700
專業服務	
門診共付額 ³	\$5 (免自付額)
專科醫師看診 ³	\$8 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁴	\$5 (免自付額)
預防保健服務 ^{3, 5}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$8 (免自付額)
化驗	\$8 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$50 (免自付額)
復健和創建治療	\$5 (免自付額)
門診服務	
(門診外科手術) (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	10% (免自付額)
醫院服務	
住院機構 (包括孕婦和接生照護)	10%
特護療養	10%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$50 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$5 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$30
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁶	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	10%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$5 (免自付額) 門診以外：10%、最多 \$5 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$3 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	10% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁷ (胰島素除外)	10%、每份處方箋最多 \$150 (免處方藥自付額)
處方藥承保^{8, 9, 10, 11, 12}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	無
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$3 (免自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$10 (免自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$15 (免自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹³	10%、每份處方箋最多 \$150 (免自付額)

福利說明	會員責任 ¹
小兒牙科 ¹⁴ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按本計畫規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²本計畫的特定服務和用品適用年度自付額規定，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

³產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁴包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁵依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁶福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁷自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁸口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

⁹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹⁰處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 87 HMO

CommunityCare HMO 在 Los Angeles、Orange 和 San Diego 縣的全部區域以及 Kern、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額的共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ¹
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ²	個人 \$650 / 家庭 \$1,300
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$2,350 / 家庭 \$4,700
專業服務	
門診共付額 ³	\$10 (免自付額)
專科醫師看診 ³	\$25 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁴	\$10 (免自付額)
預防保健服務 ^{3, 5}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$25 (免自付額)
化驗	\$15 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$100 (免自付額)
復健和創建治療	\$10 (免自付額)
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	15% (免自付額)
醫院服務	
住院機構 (包括孕婦和接生照護)	15%
特護療養	15%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$100 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$10 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$75
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁶	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	15%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$10 (免自付額) 門診以外：15%、最多 \$10 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$15 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	15% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁷ (胰島素除外)	15%、每份處方箋最多 \$150 (須處方藥自付額)
處方藥承保^{8, 9, 10, 11, 12}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	個人 \$50 / 家庭 \$100
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$5 (免處方藥自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$20 (須處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$35 (須處方藥自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹³	15%、每份處方箋最多 \$150 (達到處方藥自付額規定後)

福利說明	會員責任 ¹
小兒牙科 ¹⁴ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按本計畫規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²本計畫的特定服務和用品適用年度自付額規定，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

³產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁴包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁵依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁶福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁷自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁸口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

⁹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹⁰處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖端呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥

的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 73 HMO

CommunityCare HMO 在 Los Angeles、Orange 和 San Diego 縣的全部區域以及 Kern、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額的共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ¹
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ²	個人 \$2,200 / 家庭 \$4,400
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$5,700 / 家庭 \$11,400
專業服務	
門診共付額 ³	\$30 (免自付額)
專科醫師看診 ³	\$55 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁴	\$30 (免自付額)
預防保健服務 ^{3, 5}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$65 (免自付額)
化驗	\$35 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$300 (免自付額)
復健和創建服務	\$30 (免自付額)
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	20% (免自付額)
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	20%
特護療養	20%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$350 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$30 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁶	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	20%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診: \$30 (免自付額) 門診以外: 20%、最多 \$30 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$40 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	20% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁷ (胰島素除外)	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)
處方藥承保^{8, 9, 10, 11, 12}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	個人 \$250 / 家庭 \$500
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15 (免處方藥自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$50 (須處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$75 (須處方藥自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹³	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)

福利說明	會員責任 ¹
小兒牙科 ¹⁴ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按本計畫規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²本計畫的特定服務和用品適用年度自付額規定，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

³產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁴包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁵依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁶福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁷自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁸口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

⁹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹⁰處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥

的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨處取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Platinum 90 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Madera、Sacramento 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Nevada、Placer 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限。	
計畫上限	
年度自付額	無
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$4,000 / 家庭 \$8,000
專業服務	
門診共付額 ³	\$15
專科醫師看診 ³	\$40
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁴	\$15
預防保健服務 ^{3, 5}	\$0
X 光和診斷造影	\$40
化驗	\$20
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	10%
復健和創建服務	\$15
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	10%
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	10%
特護療養	10%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$150 / 醫師 10%
緊急醫療	\$15
救護服務 (地面和空中)	\$150
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁶	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	10%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$15 門診以外：10%、最多 \$15
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	10%
其他服務	
耐用醫療器材	10%
安寧照護服務	\$0
自行注射藥品 ⁷ (胰島素除外)	10%、每份處方箋最多 \$250
處方藥承保^{8, 9, 10, 11}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$5
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$15
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$25
層級 IV (專科藥品) ¹²	10%、每份處方箋最多 \$250

福利說明	會員責任 ^{1,2}
小兒牙科 ¹³ 診斷和預防服務	\$0
小兒視力 ¹⁴ 例行眼睛檢查	\$0
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁴包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁵依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁶福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行爲健康管理服務公司，提供行爲健康服務。

⁷自行注射藥品 (胰島素除外) 視爲專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁸口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

⁹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹⁰Food and Drug Administration 核准的預防藥品和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹¹基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱爲處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 爲做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到爲做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定爲醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹²層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹³小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁴小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Gold 80 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Madera、Sacramento 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Nevada、Placer 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限。	
計畫上限	
年度自付額	無
自費額上限 (為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$6,750 / 家庭 \$13,500
專業服務	
門診共付額 ³	\$30
專科醫師看診 ³	\$55
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁴	\$30
預防保健服務 ^{3, 5}	\$0
X 光和診斷造影	\$55
化驗	\$35
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁振造影 (MRI))	20%
復健和創建服務	\$30
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	20%
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	20%
特護療養	20%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$325 / 醫師 \$0
緊急醫療	\$30
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁶	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	20%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$30 門診以外：20%、最多 \$30
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	20%
其他服務	
耐用醫療器材	20%
安寧照護服務	\$0
自行注射藥品 ⁷ (胰島素除外)	20%、每份處方箋最多 \$250
處方藥承保^{8, 9, 10, 11}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$75
層級 IV (專科藥品) ¹²	20%、每份處方箋最多 \$250

福利說明	會員責任 ^{1,2}
小兒牙科 ¹³ 診斷和預防服務	\$0
小兒視力 ¹⁴ 例行眼睛檢查	\$0
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁴包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁵依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁶福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁷自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁸口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

⁹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹⁰Food and Drug Administration 核准的預防藥品和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹¹基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品，包括專科藥品。

¹²層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹³小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁴小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 70 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Madera、Sacramento 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Nevada、Placer 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ³	個人 \$2,500 / 家庭 \$5,000
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$6,800 / 家庭 \$13,600
專業服務	
門診共付額 ⁴	\$35 (免自付額)
專科醫師看診 ⁴	\$70 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁵	\$35 (免自付額)
預防保健服務 ^{4,6}	\$0
X 光和診斷造影	\$70 (免自付額)
化驗	\$35 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$300 (免自付額)
復健和創建服務	\$35 (免自付額)
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	20% (免自付額)
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	20%
特護療養	20%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$350 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$35 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	20%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$35 (免自付額) 門診以外：20%、每份處方箋最多 \$35 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$45 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	20% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁸ (胰島素除外)	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)
處方藥承保^{9, 10, 11, 12, 13}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	個人 \$250 / 家庭 \$500
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15 (免處方藥自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55 (免處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$80 (須處方藥自付額)

福利說明	會員責任 ^{1,2}
層級 IV (專科藥品) ¹⁴	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)
小兒牙科 ¹⁵ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁶ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³本計畫的特定服務和用品 (包括處方藥) 須支付年度自付額，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

⁴產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁵包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁶依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁷福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁸自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁹口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹⁰如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹¹處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹²Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹³基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品。

¹⁴層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁵小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁶小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 94 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Madera、Sacramento 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Nevada、Placer 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ³	個人 \$75 / 家庭 \$150
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$2,350 / 家庭 \$4,700
專業服務	
門診共付額 ⁴	\$5 (免自付額)
專科醫師看診 ⁴	\$8 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁵	\$5 (免自付額)
預防保健服務 ^{4,6}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$8 (免自付額)
化驗	\$8 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$50 (免自付額)
復健和創建服務	\$5 (免自付額)
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	10% (免自付額)
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	10%
特護療養	10%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$50 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$5 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$30
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	10%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$5 (免自付額) 門診以外：10%、每份處方箋最多 \$5 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$3 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	10% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁸ (胰島素除外)	10%、每份處方箋最多 \$150 (免處方藥自付額)
處方藥承保^{9,10,11,12}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	無
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$3 (免自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$10 (免自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$15 (免自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹³	10%、每份處方箋最多 \$150 (免自付額)

福利說明	會員責任 ^{1,2}
小兒牙科 ¹⁴ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁵ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³本計畫的特定服務和用品 (包括處方藥) 須支付年度自付額，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

⁴產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁵包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁶依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁷福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁸自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁹口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹⁰如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹¹Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹²基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品。

¹³層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁴小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁵小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 87 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Madera、Sacramento 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Nevada、Placer 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ³	個人 \$650 / 家庭 \$1,300
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$2,350 / 家庭 \$4,700
專業服務	
門診共付額 ⁴	\$10 (免自付額)
專科醫師看診 ⁴	\$25 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁵	\$10 (免自付額)
預防保健服務 ^{4,6}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$25 (免自付額)
化驗	\$15 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$100 (免自付額)
復健和創建服務	\$10 (免自付額)
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	15% (免自付額)
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	15%
特護療養	15%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$100 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$10 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$75
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	15%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診: \$10 (免自付額) 門診以外: 15%、每份處方箋最多 \$10 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$15 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	15% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁸ (胰島素除外)	15%、每份處方箋最多 \$150 (須處方藥自付額)
處方藥承保^{9, 10, 11, 12, 13}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	個人 \$50 / 家庭 \$100
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$5 (免處方藥自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$20 (須處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$35 (須處方藥自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹⁴	15%、每份處方箋最多 \$150 (達到處方藥自付額規定後)

福利說明	會員責任 ^{1,2}
小兒牙科 ¹⁵ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁶ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³本計畫的特定服務和用品 (包括處方藥) 須支付年度自付額，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

⁴產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁵包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁶依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁷福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁸自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁹口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹⁰如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹¹處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹²Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹³基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品。

¹⁴層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁵小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁶小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Silver 73 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Madera、Sacramento 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Nevada、Placer 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 ³	個人 \$2,200 / 家庭 \$4,400
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$5,700 / 家庭 \$11,400
專業服務	
門診共付額 ⁴	\$30 (免自付額)
專科醫師看診 ⁴	\$55 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁵	\$30 (免自付額)
預防保健服務 ^{4,6}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$65 (免自付額)
化驗	\$35 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	\$300 (免自付額)
復健和創建服務	\$30 (免自付額)
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	20% (免自付額)
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	20%
特護療養	20%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 \$350 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$30 (免自付額)
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	20%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$30 (免自付額) 門診以外：20%、每份處方箋最多 \$30 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	\$40 (免自付額)
其他服務	
耐用醫療器材	20% (免自付額)
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁸ (胰島素除外)	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)
處方藥承保^{9, 10, 11, 12, 13}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	個人 \$250 / 家庭 \$500
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15 (免處方藥自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$50 (須處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$75 (須處方藥自付額)
層級 IV (專科藥品) ¹⁴	20%、每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)

福利說明	會員責任 ^{1,2}
小兒牙科 ¹⁵ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁶ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³本計畫的特定服務和用品 (包括處方藥) 須支付年度自付額，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

⁴產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁵包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁶依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁷福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁸自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

⁹口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹⁰如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹¹處方藥自付額不適用層級 I 處方藥。對於所有其他處方藥，必須先支付處方藥自付額 (每個年度)，之後 Health Net 才會開始給付。如果您的家庭有兩人或更多人，在您達到個別會員的金額時或您全家達到家庭金額時，您就達到處方藥自付額規定。處方藥自付額不適用透過簽約藥房配發用於治療氣喘的尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、糖尿病用品和器材，以及預防藥品和女性避孕藥品。處方藥承保費用是指承保處方藥的 Health Net 特約藥房費率或藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。

¹²Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹³基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品。

¹⁴層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁵小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁶小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Bronze 60 HSP

PureCare HSP 在 Kings、Los Angeles、Madera、Orange、Sacramento、San Diego 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Kern、Nevada、Placer、Riverside, San Bernardino 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限 年度自付額 ³	個人 \$6,300 / 家庭 \$12,600
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$6,800 / 家庭 \$13,600
專業服務 門診共付額 ⁴	第 1-3 次看診：\$75 (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：\$75 (須自付額)
專科醫師看診 ⁴	第 1-3 次看診：\$105 (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：\$105 (須自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁶	第 1-3 次看診：\$75 (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：\$75 (須自付額)
預防保健服務 ^{4,7}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	100%
化驗	\$40 (免自付額)
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	100%
復健和創建服務	\$75 (免自付額)
門診服務 門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	100%
醫院服務 住院 (包括孕婦和接生照護)	100%
特護療養	100%
急診服務 急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 100% / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	第 1-3 次看診：\$75 (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：\$75 (須自付額)
救護服務 (地面和空中)	100%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁸ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	100%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	門診：\$75 (免自付額) / 門診以外：100%、每份處方箋最多 \$75 (免自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	100%
其他服務 耐用醫療器材	100%
安寧照護服務	\$0 (免自付額)
自行注射藥品 ⁹ (胰島素以外)	100%、每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)
處方藥承保^{10, 11, 12, 13} 處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 處方藥年度自付額	個人 \$500 / 家庭 \$1,000
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	100%、每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)

福利說明	會員責任 ^{1,2}
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	100%、每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	100%、每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)
層級 IV (專科藥品) ¹⁴	100%、每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)
小兒牙科 ¹⁵ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁶ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副 (免自付額)

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³本計畫的特定服務和用品 (包括處方藥) 須支付年度自付額，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

⁴產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁵年度自付額於最初 3 次非預防看診後開始適用。非預防看診包括緊急醫療看診，以及專科醫師、醫師、醫師助理、執業護士、其他執業人員門診或產後門診。

⁶包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁷依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁸福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁹自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

¹⁰口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹¹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹²Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹³基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品。

¹⁴層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁵小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁶小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

計畫概覽 – Health Net Minimum Coverage HSP

PureCare HSP 在 Kings、Los Angeles、Madera、Orange、Sacramento、San Diego 和 Yolo 縣的全部區域以及 El Dorado、Fresno、Kern、Nevada、Placer、Riverside, San Bernardino 和 Santa Clara 縣的部分區域透過 Covered California 提供。

本一覽表是用來協助您比較福利內容，僅為概要說明。如需查詢承保福利與限制的詳細說明，請參閱計畫合約和承保範圍證明 (EOC)。

以下所列的共付額金額是您接受承保服務時須支付的費用。共付額可以是固定金額或 Health Net 的服務或用品費用的百分比，且 Health Net 與特約醫療服務提供者事前已議定共付額。固定金額式共付額應於接受服務時支付。百分比式共付額通常在接受服務後提供帳單。

福利說明	會員責任 ^{1,2}
無終身上限，除非註明、否則福利皆須遵守自付額規定。	
計畫上限	
年度自付額 (也適用處方藥) ³	個人 \$7,150 / 家庭 \$14,300
自費額上限 (包括年度自付額、為本計畫不承保的服務和用品支付的款項將不計入此年度自費額上限。)	個人 \$7,150 / 家庭 \$14,300
專業服務	
門診共付額 ⁴	第 1-3 次看診：0% (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：0% (須自付額)
專科醫師看診 ⁴	0%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸) ⁶	第 1-3 次看診：0% (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：0% (須自付額)
預防保健服務 ^{4,7}	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	0%
化驗	0%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁振造影 (MRI))	0%
復健和創建服務	0%
門診服務	
門診外科手術 (包括機構費用和醫師 / 外科醫師費用)	0%
醫院服務	
住院 (包括孕婦和接生照護)	0%
特護療養	0%
急診服務	
急診室服務 (如果住院則免共付額)	機構 0% / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	第 1-3 次看診：0% (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：0% (須自付額)
救護服務 (地面和空中)	0%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁸	
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (住院)	0%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調 (門診)	第 1-3 次門診：0% (免自付額) ⁵ / 第 4+ 次看診：0% (須自付額)
居家醫療保健服務 (每個年度 100 次)	0%
其他服務	
耐用醫療器材	0%
安寧照護服務	0%
自行注射藥品 ⁹ (胰島素以外)	0%
處方藥承保^{10, 11, 12, 13}	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量)	
處方藥年度自付額	和醫療自付額合併
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$0
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$0

福利說明	會員責任 ^{1,2}
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$0
層級 IV (專科藥品) ¹⁴	\$0
小兒牙科 ¹⁵ 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ¹⁶ 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)
眼鏡 (適用限制規定)	每年 1 副

本文件是福利摘要，並未包括所有服務、限制或排除項目。請參閱計畫合約和承保範圍證明查詢承保條款與條件。

¹根據平價醫療法案，美國印第安人和阿拉斯加原住民若由 Exchange 判定符合資格，無論收入多寡，按此保單規定對屬於基本健康福利的用品或服務皆無任何分攤費用責任，但該用品或服務必須由印第安健康服務 (IHS)、印第安部落、部落組織或城市印第安組織，或透過特約健康服務轉介的醫療服務提供者提供，如聯邦法律所定義。分攤費用是指共付額，包括共同保險和自付額。此外，投保各項零分攤費用計畫的美國印地安人或阿拉斯加原住民 (因為 Exchange 已認定您的預期收入等於或低於聯邦貧窮線的 300%)，若基本健康福利的用品或服務是由任何簽約醫療服務提供者提供即無須支付分攤費用。

²特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，須多付 \$250。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明。

³本計畫的特定服務和用品 (包括處方藥) 須支付年度自付額，必須先達到年度自付額後這些服務和用品才會屬於承保範圍。只有當承保費用超過自付額時，這些服務和用品才會屬於承保範圍。適用年度自付額規定，除非以上具體註明。

⁴產前、產後和新生兒照護的預防保健門診 (包括孕前看診) 均全額承保。請參閱「預防保健服務」的共付額列表。如果門診的主要目的和預防服務無關，或如果在同一次門診中接受了其他的非預防服務，則應支付非預防服務的共付額。

⁵年度自付額於最初 3 次非預防看診後開始適用。非預防看診包括緊急醫療醫師、醫師助理、執業護士、其他執業人員或產後門診，以及心理疾病和藥物依賴門診。

⁶包括針灸看診，物理、職能和言語治療看診，以及其他不是由主治醫師或專科醫師提供的門診，或其他福利類別未載明的門診。脊椎推拿治療服務不屬於承保範圍。針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。

⁷依您的醫師指示，並以 U.S. Preventive Services Task Force Grade 評級 A 和 B 建議之準則、Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 已採用的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之準則，以及如 Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持的嬰兒、兒童、青少年和婦女預防醫療保健準則為基礎時，兒童和成人預防保健服務屬於承保範圍。預防保健服務包括但不限於定期健康評估、免疫接種、診斷預防程序 (包括懷孕預防保健服務) 以及預防視力和聽力篩檢檢查、經聯邦 Food and Drug Administration (FDA) 核准的人類乳突病毒 (HPV) 篩檢檢測，以及任何經 FDA 核准的子宮頸癌篩檢檢測選項。每次懷孕一個吸乳器和操作吸乳器的必需用品會屬於承保範圍，會員無需支付費用。我們會判定器材類型、是否應租用或購買器材，以及提供器材的供應商。

⁸福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是具簽約關係之行為健康管理服務公司，提供行為健康服務。

⁹自行注射藥品 (胰島素除外) 視為專科藥品，必須從特約專科藥房供應商取得。專科藥品須取得 Health Net 的事先授權。

¹⁰口服抗癌藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額上限 \$200。

¹¹如果藥房的零售價格低於適用的共付額，您只須支付藥房的零售價格。

¹²Food and Drug Administration 核准的預防藥品 (包括戒煙藥品) 和女性避孕藥品屬於承保範圍，會員無需支付費用。預防藥品是指處方所開立的非處方藥或按照 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 而用於預防健康目的之處方藥。承保避孕藥品是指 FDA 核准的女性避孕藥品，無論是可隨櫃取得或只能憑處方取得。如果配發品牌預防藥品或女性避孕藥品但市場上有普通牌等效藥，則您必須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌預防藥品或女性避孕藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，則可免費配發品牌藥品。陰道內、口服、貼片和緊急避孕藥品均屬於處方藥福利的承保範圍。子宮內、植入式和注射式避孕裝置 / 避孕劑屬於醫療福利的承保範圍 (需由醫師施用)。

¹³基本處方藥品清單是獲得核准可用於疾病和病況的承保藥品清單。

由 Health Net 製作並發送給 Health Net 的特約醫師和簽約藥房。清單上部分藥品可能需取得 Health Net 的事先授權。清單上未列出的藥品 (原本稱為處方一覽表以外之藥品) 但並未排除或限制承保者屬於承保範圍。有些未列在清單上的藥品確實需要取得 Health Net 的事先授權。如果會員的醫師證明有醫療必要性，Health Net 便會以層級 III 共付額核准未列於清單上的藥品。對於醫師提出的緊急授權要求，我們會儘快處理，不超過 Health Net 收到要求以及 Health Net 為做成判定合理必需而要求的任何其他資訊後 24 小時。醫師的例行要求會視會員病況性質的適切性和醫療必要性做及時處理，不超過 Health Net 收到為做成判定合理必需而要求的資訊後 72 小時。如欲取得基本處方藥品清單，請撥您 Health Net 會員卡背面所列的號碼與 Health Net 的客戶聯絡中心聯絡，或請到我們的網站 www.healthnet.com。

如果有普通牌藥品等效藥時，便會配發普通牌藥品。如判定為醫療所必需時，Health Net 會以層級 II、層級 III 或層級 IV (專科藥品) 共付額承保有普通牌等效藥的品牌藥品。

¹⁴層級 IV (專科藥品) 在基本處方藥品清單中以「SP」標註，必須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配藥才屬於承保範圍。

¹⁵小兒牙科福利由 Health Net of California, Inc. 提供，由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 是 California 許可的專科牙科計畫，不是 Health Net 關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。請參閱個人與家庭計畫合約和承保範圍證明查詢詳情。

¹⁶小兒視力保健服務福利由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約管理小兒視力保健服務福利。

如何申請

如欲申請 Health Net 個人與家庭計畫，請上網 www.CoveredCA.com。

您的醫療承保重要須知

誰符合資格？

若要符合 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫資格，您必須：(a) 住在 Health Net CommunityCare HMO 對 HMO 計畫的服務區域內，或 PureCare HSP 對 HSP 計畫的服務區域內；(b) 是美國公民或國民，或在美國合法居留的外國人；(c) 未被監禁；以及 (d) 在下方定義的開放投保期間或特殊投保期間申請投保。此外，您未滿 65 歲的配偶或同居伴侶 (參閱次頁定義) 以及未滿 26 歲的子女都符合資格可以受撫養人身分投保。下列個人不符合取得本計畫承保的資格：(a) 符合資格可投保含最低基本承保的團保計畫的個人；(b) 年滿 65 歲且符合 Medicare 福利資格的個人；(c) 被監禁；以及 (d) 符合 Medi-Cal 或其他適用的州或聯邦方案資格的個人。

開放投保期間從 2016 年 11 月 1 日至 2017 年 1 月 31 日 (含)。

特別投保期間

除了開放投保期間，您符合資格可在發生特定事件起 60 天內投保本計畫，包括但不限於下列事件：

- 喪失含最低基本承保的計畫承保 (承保於喪失承保後的次月 1 號生效)，不包括自願終止或因未繳保費而喪失承保；
- 喪失醫療所需的 Medi-Cal 承保 (不包括自願終止或因未繳保費而終止承保)；
- 喪失妊娠相關的 Medi-Cal 承保 (不包括自願終止或因未繳保費而終止承保)；
- 新增受撫養人或成爲受撫養人；
- 因有效的州或聯邦法院命令，強制以受撫養人身分納入承保範圍；
- 出獄；
- 證明您的健康承保保險公司明顯違反您健康承保合約的重要規定；
- 因永久搬遷而取得新的健康福利計畫；
- 因下列任何病況，從不再與其他健康福利計畫簽約的特約醫療服務提供者取得該健保計畫的服務：(a) 急性或嚴重病況；(b) 末期疾病；(c) 懷孕；(d) 從出生至年齡滿 36 個月的新生兒照護；或 (e) 經授權而納入療程，且在合約終止日期或新承保會員的承保生效日期起 180 天內發生的外科手術或其他程序；

- 向 Covered California 證明，您沒有在前一個投保期間馬上投保健康福利計畫是因為您被告知您有最低基本承保，但該資訊有誤；
- 根據美國法典第 32 編服役而退役的美國軍隊後備軍人成員或加州國民警衛隊成員；
- 最近才成為美國公民或國民，或在美國合法居留的外國人；
- 因 Covered California 有意、無意或錯誤的行為，不得投保 Covered California 計畫；
- 剛符合或剛取消保費免稅額預付款資格，或分攤費用減免資格變更；
- 印第安人醫療保健改進法案第 4 節所定義的印第安人 (您可以每個月轉換計畫一次)；
- Covered California 根據個案情況判定，因為非 Covered California 實體提供投保協助或進行投保活動時的不當行為，導致合格個人或計畫參加者或其受撫養人沒有投保；以及
- Covered California 根據 Department of Health and Human Services 發布的準則證明，個人或計畫參加者符合 Covered California 可能規定的其他例外情況規定。

同居伴侶

同居伴侶是指投保人的同性配偶 (如果投保人和配偶是符合加州家庭法典第 308(c) 節全部規定的伴侶) 或投保人的註冊同居伴侶 (符合加州家庭法典第 297 節或第 299.2 節的全部規定)。

月帳單如何運作?

Health Net 必須在承保月份的 1 號前收到您的保費。如果在投保生效日期後增加保費或變更福利或計畫合約規定，您至少會提前 60 天收到通知。

Health Net 會至少提前 60 天通知投保人有關福利、投保費用或計畫合約規定的變更。本健保計畫福利沒有既定的取得權利。

能不能終止福利?

您在要求計畫合約終止日期的至少 14 天前通知 Covered California 或 Health Net，即可取消承保。在此情況下，計畫合約將於您通知 Covered California 或 Health Net 後 14 天、您要求的較晚日期或 Health Net 同意的您要求的較早日期當天上午 12:01 終止。Health Net 有權因以下任何理由單獨終止您的承保：

- 您沒有準時繳交保費 (Health Net 會核發 30 天事先通知，說明我們有權因您未繳保費而終止您的承保。此 30 天事先通知會在應付保費當月 1 號或提前寄出，其中將會說明 30 天寬限期，此寬限期則從保費已付的承保最後一天之後起算。如果您沒有在應付保費當月 1 號繳納保費，Health Net 可在 30 天寬限期後終止您的承保。) 取得保費免稅額預付款的投保人和投保受撫養人，寬限期為三個月而不是 30 天。本計畫會在未繳投保費用的三個月寬限期期間的第一個月提供所有准許理賠的承保。不過，Health Net 可在此三個月寬限期期間的第二和第三個月暫停您的承保以及暫停處理由醫療保健服務提供者提供的服務之理賠，最後可拒絕這些理賠，除非在三個月的寬限期結束時收到承保期間全部應付的投保費用。如果在三個月的寬限期結束前收到全部應付的投保費用金額，暫停的承保將會恢復至已付承保費用的最後一天。理賠遭到 Health Net 拒絕的醫療服務提供者可能會向您收取帳單費用。
- 您和 (或) 您的家人不再符合資格 (請參閱「誰符合資格？」一節)。
- 您從事構成詐欺或構成協議條款所定義的蓄意不實陳述重大事實的任何行為或作為。例子包括：不實陳述有關您或受撫養人的資格資訊；出具無效的處方箋或醫囑；或不當使用 (或讓其他人使用) Health Net 會員卡。

Health Net 可以在提供 90 天書面通知的情況下終止您的承保以及所有類似保單。會員須負責按醫療服務提供者現行非會員費率支付承保終止後提供的任何服務之費用。這也適用在承保終止日期因持續病況住院或接受治療的會員。

如果您為您自己或家人終止承保，您可以申請重新投保，但 Health Net 可自行裁量是否拒絕投保。

能不能因詐欺或蓄意不實陳述重要事實而撤銷或取消承保？

Health Net 可撤銷或取消計畫合約的情況：

在承保的最初 24 個月內，Health Net 得因構成詐欺的任何行為或作為，或因您或代表您提交或者與您投保申請表一起提交的任何書面資訊中蓄意不實陳述任何重要事實而撤銷計畫合約。

Health Net 得以構成詐欺的任何行為或作為，或蓄意不實陳述任何重要事實為理由而根據計畫合約條款取消計畫合約。

重要事實是指如果 Health Net 知道就會因此拒絕核發承保的資訊。

取消計畫合約

如果取消計畫合約，取消通知會在取消生效日期的 30 天前寄給您。

撤銷計畫合約

如果撤銷計畫合約，Health Net 就沒有責任提供計畫合約規定的承保。

在投保申請表上簽名即表示，盡您所知，所有回答均為真實、完整和正確，且若 Health Net 接受您的投保申請表，投保申請表即成為 Health Net 與您之間計畫合約的一部分。在投保申請表上簽名也表示，您還同意遵守計畫合約的條款。

投保後，如果 Health Net 調查您投保申請表的資訊，Health Net 必須通知您該調查、調查的基礎，並讓您有機會回應。

如果 Health Net 決定撤銷您的承保，這項決定會先送交 Health Net 特約獨立第三方審核人員審查。

如果撤銷計畫合約，Health Net 會在終止生效日期前 30 天提供包含下列內容的書面通知：

1. 解釋決定的依據；
2. 列出撤銷生效日期；
3. 釐清除了承保遭到撤銷的個人外，所有其他您的承保所承保的會員都可以繼續保有承保；

4. 解釋您的月保費會修改，以反映仍保有計畫合約的會員人數；
5. 解釋如果您不同意 Health Net 的決定，您享有的權利以及向 Health Net 和 (或) Department of Managed Health Care 尋求解決的選項；
6. 附上要求審查權利表。從取消、撤銷或不續約通知日期起，您有 180 天的時間可向 Health Net 和 (或) Department of Managed Health Care 提交要求權利表。

如果計畫合約遭到撤銷：

1. Health Net 可撤銷您的承保，如同從來不曾有過承保一樣，而且您會喪失健康福利，包括已接受治療的承保；
2. Health Net 會退還您繳納的所有保費金額並扣除 Health Net 代表您支付的所有醫療費用，還可要求您償還從原始承保日期起根據計畫合約規定已給付的任何金額；以及
3. Health Net 保留權利可取得任何其他因撤銷而產生且符合 California 法律的法律救濟措施。

如果 Health Net 拒絕您的上訴，您有權向 California Department of Managed Health Care 尋求協助。

是否有任何續約規定？

在符合所述之終止規定的前提下，承保於 Health Net 收到並接受預付費用的每個月均有效力。如有任何費用、福利或合約規定變更，您會提前 60 天收到通知。

Health Net 會不會進行福利協調？

Health Net 會為我們的會員協調本計畫承保的小兒牙科福利。個人市場的醫療服務不會進行福利協調。

什麼是使用審查？

Health Net 根據引導有效和謹慎使用資源的政策和程序規定，提供我們個人與家庭 Exchange 計畫承保的醫療保健，最終目的是持續改善照護品質。Health Net 依據下列主要程序核准或拒絕服務：

- 評估醫療服務，以評定醫療必要性和適當的照護級別。
- 執行長期或慢性病況個案管理。
- 審查和授權住院以及轉診至非特約醫療服務提供者。
- 審查福利範圍以判定承保範圍。

如需更多有關 Health Net 使用審查制度的資訊，請撥 Health Net 客戶聯絡中心電話 1-800-839-2172。

Health Net 會承保參加臨床試驗的費用嗎？

經診斷患有癌症或其他危及生命的疾病或病況的病人，若經會員的診療醫師建議並取得 Health Net 授權，在醫療所必需的情況下接受階段 I、II、III 或 IV 臨床試驗時，其例行病人照護費用屬於承保範圍。醫師必須確認參加試驗對會員可能有重要效益，且試驗必須以治療為目的。如需進一步資訊，請參閱計畫合約和承保範圍證明。

如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦？

會員如不滿所得到的照護品質，或認為服務或理賠遭到拒絕一事有誤，或須遵守不利福利判定或收到不利福利判定，即可提出申訴或上訴。不利福利判定包括：(a) 撤銷承保，即使當時對特定福利沒有不良影響也不例外；(b) 判定個人參加本 Health Net 計畫的資格；(c) 判定福利不屬於承保範圍；(d) 根據原已存在的病況或傷害來源的排除規定，排除或限制原承保福利；或 (e) 判定福利屬於實驗性、研究性，或非醫療所必需或無適當性。此外，如果計畫會員認為符合其 Health Net 計畫承保和給付資格的醫療保健服務受到 Health Net 或其特約醫療服務提供者不當拒絕、修改或延遲，會員可以向 Department of Managed Health Care 提出要求，針對爭議性的醫療保健服務進行獨立醫療審查。

而且，如果 Health Net 以缺乏醫療必要性為由拒絕會員的上訴，或者拒絕或延遲承保所要求涉及實驗性或研究性的藥品、裝置、程序或療法的治療，則如果會員符合計畫合約和承保範圍證明中所述的資格標準，就可以向 Department of Managed Health Care 提出要求，針對 Health Net 的決定進行獨立醫療審查。

會員如不滿上訴流程的結果，可將問題交付約束性仲裁。Health Net 採用約束性仲裁的方式來解決爭議，包括醫療疏失。會員的投保條件包括放棄由陪審團或法官審判解決相關爭議的權利。

California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。如果您想對 Health Net 提出申訴，您首先應撥打 Health Net 電話 **1-877-609-8711** 使用我們的申訴流程，之後再與 Department of Managed Health Care 聯絡。利用此申訴程序並不會妨礙您的任何潛在法定權利或可能使用的補救措施。如您需要協助處理事關緊急情況的申訴、Health Net 未能圓滿解決的申訴，或超過 30 天仍未獲解決的申訴，您可致電 Department of Managed Health Care 尋求協助。您亦可能符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，則 IMR 流程將會針對健保計畫對提議的服務或治療是否為醫療所需、實驗性或研究性的治療是否屬於承保範圍，以及有關急診或緊急醫療服務給付爭議而做成的醫療決定，進行公正無私的審查。Department of Managed Health Care 也設有免付費電話號碼 (**1-888-466-2219**)，以及為聽語障人士提供的聽障專線 (**1-877-688-9891**)。Department of Managed Health Care 網站 <http://www.hmohelp.ca.gov> 提供投訴表、IMR 申請表和說明。

如果我需要第二意見諮詢怎麼辦？

若是 HSP 計畫，Health Net 會員可直接前往任何 PureCare HSP 簽約醫療服務提供者，不需經過轉診。

若是 HMO 計畫，Health Net 會員有權在下列情況下要求第二意見諮詢：

- 會員對主治醫師或轉介醫師提供的診斷或建議的治療計畫不滿意；
- 會員對所接受治療的結果不滿意；
- 會員的診斷結果或建議會員接受的治療計畫是關於可能喪失生命、肢體或身體機能或造成重大損傷的病況，包括但不限於嚴重慢性病況；或
- 會員的主治醫師或轉介醫師無法診斷出會員的病況，或檢測結果出現矛盾。

如欲索取 Health Net 的第二意見諮詢政策，請聯絡 Health Net 客戶聯絡中心，電話 **1-877-609-8711**。

Health Net 的保費比率是多少？

Health Net of California 的個人與家庭 HMO 和 HSP 計畫 2015 年保費費用和健康服務給付金額的比值為百分之 71.6。

相關當事人之間有什麼關係？

醫師團體、特約醫師、醫院、簽約醫療服務提供者和其他醫療保健服務提供者不是 Health Net 的代理人或員工。Health Net 與其員工也不是任何醫師團體、特約醫師、醫院、或其他醫療保健服務提供者的代理人或員工。所有合約當事人都是獨立的承包商，彼此簽約以提供您承保選項的承保服務或用品。會員不需承擔 Health Net、其代理人或員工，或醫師團體、簽約醫療服務提供者、任何醫師或醫院、或任何其他

Health Net 已經安排或即將安排為您提供計畫承保服務與用品的個人或組織的任何行爲或疏忽之責任。

醫療服務提供者合約終止時如何持續照護？

如果 Health Net 與醫師團體、簽約醫療服務提供者或其他醫療服務提供者的合約終止，Health Net 會將任何受影響的會員轉移到其他特約醫師團體或簽約醫療服務提供者，並盡可能確保提供持續照護。Health Net 會在會員被指派接受服務的醫師團體、簽約醫療服務提供者或急性照護醫院合約終止的至少 60 天前，以書面方式通知受到影響的會員。針對所有其他與 Health Net 終止合約的醫院，則會在合約終止生效日期後五天內，以書面方式通知受到影響的會員。

此外，如果合約終止時會員正在接受合約終止醫療服務提供者的下列照護，會員可要求繼續接受該醫療服務提供者的照護：

- 急性病況；
- 嚴重慢性病況，但不超過合約終止日期起十二個月；
- 妊娠 (包括妊娠期間以及產後照護)；
- 新生兒，最多至年齡滿 36 個月，但不超過合約終止日期起十二個月；
- 末期疾病 (末期疾病持續期間)；或
- 已經取得 Health Net 授權並記錄於療程文件的外科手術或其他程序。

Health Net 可承保合約已終止醫療服務提供者的服務直至完成，不過前提是必須遵守本計畫適用的共付額以及其他任何排除與限制項目的規定，且醫療服務提供者願意接受在合約終止之前適用於該醫療服務提供者的相同合約條款。您必須在醫療服務提供者的終止日期起 30 天內要求持續照護，除非您可以證明在醫療服務提供者的終止日期起 30 天內提出要求按常理並不可行，而且您已儘快在合理的時間內提出要求。

如果您需要更多如何要求持續照護的資訊，或要索取我們的持續照護政策，請撥打 Health Net 會員卡背面的電話號碼聯絡 Health Net 客戶聯絡中心。

什麼是嚴重精神疾病和兒童嚴重情緒障礙？

嚴重精神疾病包括精神分裂症、情感性精神分裂症、躁狂抑鬱症 (躁鬱症)、重度憂鬱症、恐慌症、強迫症、廣泛性發展障礙 (包括自閉症、雷特症、兒童期崩解症、亞斯伯格症，以及未明訂為包括非典型自閉症的廣泛性發展障礙，以上均應符合專業認可的標準，包括但不限於目前最新修訂版本的*精神障礙診斷和統計手冊*)、自閉症、心因性厭食症和心因性暴食症。

兒童嚴重情緒障礙是指 18 歲以下兒童患有一種或多種由目前最新修訂版本的*精神障礙診斷和統計手冊*所指明的心理疾病，此為主要物質濫用失調或發展障礙以外的心理疾病，造成兒童出現按預期發展常態判斷，不符合其年齡的行為。此外，該兒童必須符合以下一或多個標準：(a) 由於心理疾病，該兒童在以下至少兩種情況中出現實質性的損害：自我照顧、學校活動、家庭關係或社區活動能力，及下列兩者之一：(i) 該兒童可能有被帶離家中的風險或已經被帶離家中；或 (ii) 心理疾病和損害情況已經持續超過六個月，或如果不治療可能持續超過一年。(b) 該兒童出現以下任一種情況：精神病特徵、自殺傾向或因為心理疾病而導致的暴力傾向；和 (或) (c) 該兒童符合政府法典第 1 編第 7 部第 26.5 章 (從第 7570 節開始) 有關特殊教育的資格規定。

醫療服務提供者有沒有限制生殖照護服務？

某些醫院和其他醫療服務提供者不提供您或您的家人可能需要且計畫的計畫合約和承保範圍證明可承保的以下一項或多項服務：家庭計畫；避孕服務，包括緊急避孕；絕育，包括在分娩和生產時進行輸卵管結紮；不孕症治療；或墮胎。您應該在投保前取得更多資訊。請致電給您預定的醫師、醫療團體、獨立執業醫療協會或診所，或撥打 Health Net 客戶聯絡中心電話 1-877-609-8711，確認您可獲得所需的醫療保健服務。

醫療服務提供者的補償方法是什麼？

針對其 HMO 計畫，Health Net 在給付醫療服務提供者時採用財務獎勵和安排各種風險分攤方式。針對其 HSP 計畫，Health Net 根據議定的簽約費率，以按項收費為基礎給付簽約醫師和其他專業醫療服務提供者。會員可撥打其 Health Net 會員卡背面的電話號碼，向 Health Net 客戶聯絡中心索取更多有關我們給付方法的資訊。

Health Net 何時和如何給付我的醫療帳單？

您從簽約醫療服務提供者或主治醫師取得照護時，我們會進行承保服務的給付協調，若是 HMO 計畫，則在主治醫師將您轉診給專科醫師時進行協調。我們已和這些醫師達成協議，不需要提出理賠申請表。您只要出示 Health Net 會員卡即可。

如果我遭遇到緊急情況，我必須去看我的主治醫師或簽約醫療服務提供者嗎？

Health Net 承保在世界各地接受的急診和緊急需求照護。

遭遇嚴重的緊急狀況：請撥 911 或直接前往最近的醫院。

如果您的情況不是那麼嚴重：HMO 計畫會員應打電話給其主治醫師或醫師團體 (醫療) 或管理者 (心理疾病或解毒)。HSP 計畫會員應打電話給簽約醫療服務提供者 (醫療) 或管理者 (心理疾病和藥物依賴)。

如果您無法撥打電話，而您馬上需要醫療保健，請前往最近的醫療中心或醫院。

急診照護也包括由醫師 (或相關法律准許並於其執照和職權範圍內執行的其他人員) 在機構能力範圍內執行的醫療篩檢、檢查和評估，以確認是否有緊急醫療病況或持續陣痛狀況，而如果確實有這類狀況，則確認緩和和消除緊急醫療病況所需的照護、治療和外科手術 (若在該人士的執照範圍內)。

緊急醫療病況是指出現相當嚴重急性症狀的醫療病況 (包括劇痛)，若不立即進行醫療處置，合理預期有可能造成下列任何情況：
(a) 嚴重危害病人的健康；(b) 嚴重損害身體機能；或 (c) 造成任何身體器官或部位嚴重失能。持續陣痛是指合理預期可能會發生下列任一情形的生產：
(a) 在分娩前沒有足夠的時間安全轉送至另一家醫院；或 (b) 轉院對會員本人或其未出生子女的健康和安全構成威脅。急診照護也包括由醫師 (或相關法律准許並於其執照和職權範圍內執行的其他

人員) 執行的其他篩檢、檢查和評估，以確認是否有精神病緊急醫療病況，並確定緩和或消除精神病緊急醫療病況所需的照護和治療，無論是在機構的能力範圍內執行，或因醫療所必需而將會員移轉到一般急性醫院的精神科病房或急性精神科醫院。

如果是因為緊急醫療病況 (包括嚴重精神疾病和兒童嚴重情緒障礙) 而撥 911 電話，因此提供的全部空中和地面救護和救護運輸服務均屬於承保範圍。

若是 HMO 計畫，在急診或緊急情況已過且您的病況穩定後，所有追蹤照護 (包括嚴重精神疾病和兒童嚴重情緒障礙) 都必須由您的主治醫師或醫師團體 (醫療) 或管理者 (心理疾病和藥物依賴) 提供或授權，否則 Health Net 將不予承保。

若是 HSP 計畫，在急診或緊急情況已過且您的病況穩定後，追蹤照護 (包括嚴重精神疾病和兒童嚴重情緒障礙) 都必須由 Health Net (醫療) 或管理者 (心理疾病和藥物依賴) 授權，否則將不予承保。

我應該負責支付特定服務費用嗎？

我們負責給付簽約醫療服務提供者的承保服務費用。除共付額和自付額外，簽約醫療服務提供者不得向您收取超過我們給付金額的費用。您應負責支付：(a) 本計畫的計畫合約和承保範圍證明所述的福利限制項目以外的服務；以及 (b) 不屬於個人與家庭 Exchange 計畫承保範圍的服務。個人與家庭 Exchange 計畫不承保預付費用、共付額、自付額、不屬於個人與家庭 Exchange 計畫承保範圍的服務和用品，或由非簽約醫療服務提供者提供的非急診照護。

我能不能取得網絡外理賠的補償？

有些非簽約醫療服務提供者會在服務時要求您支付帳單費用。如果您必須支付承保服務的帳單費用，請在接受服務當日起一年內，提供一份帳單、帳單付款證明以及急診室或緊急醫療中心的報告給我們以便補償。若是 HMO 計畫，非簽約醫療服務提供者提供的服務僅限急診照護承保，以及您在醫師團體方圓 30 哩以外接受的緊急醫療承保。若是 HSP 計畫，非簽約或網絡外醫療服務提供者提供的服務僅限急診和緊急需求照護承保。

Health Net 如何處理會員資訊的保密和公開？

Health Net 瞭解病歷中的個人資訊屬於隱私。因此，我們在所有環境中保護您的個人健康資訊。Health Net 會員在申請表或投保登記表中簽署一份例行同意書，允許取得或公開其醫療資訊。此同意表供 Health Net 使用，以確保現在和未來因例行情況需要使用個人健康資訊時已通知會員並取得會員同意。

此同意表內容包括取得或公開所有與病史、為本計畫所有投保人和會員提供的服務或治療相關的紀錄，以供審查、調查或評估申請、理賠、上訴 (包括公開給獨立審查人員組織) 或申訴之用，或供預防保健或健康管理之用。

我們不會向雇主或保險經紀人等未經授權可取得您的病歷或其他保密資訊的任何人公開相關資訊。我們只會在您提供特別書面同意時才會公開資訊。我們唯一不經您特別同意即可公開相關資訊的情況是我們必須遵守法律、法院命令或傳票規定。

Health Net 通常必須遵守彙整評量和資料通報規定。在這些情況下，我們不公開會員的身分識別資訊，以保護您的隱私。

隱私權行使

如需有關可如何使用和透露您的受保護健康資訊以及您如何取得這類資訊的說明，請參閱本計畫的計畫合約中的「隱私權行使聲明」。

Health Net 如何處理新技術？

新技術指最新研發以治療特定疾病或病況的程序、藥品或裝置，或原有程序、藥品或裝置的新應用。新技術在臨床研究的不同階段均視為研究性或實驗性，因為安全性和有效性仍在評估，而該技術也有待納入醫療保健標準。如果臨床研究未能證實這些技術的安全性或有效性，或相關醫療專業領域未視其為標準照護，則這些技術仍可能繼續視為研究性或實驗性。經核准的技術會納入 Health Net 的福利中。

Health Net 對相關專科醫師所做的醫療研究進行廣泛審查後，會判定新技術是否應視為具醫療適切性，或仍屬研究或實驗性質。Health Net 會要求獨立的專家級醫療審查人員就新技術進行審查，以判定技術或程序的醫療適切性或者研究或實驗狀態。

當病人要求快速判定承保範圍、某些技術沒有指導原則，或病人的醫療狀況複雜度需有專家評估時，專家級醫療審查人員也會給 Health Net 相關建議。如果 Health Net 基於您要求的治療屬於實驗或研究性質而拒絕、修改或延遲承保，您可要求 Department of Managed Health Care 針對 Health Net 的決定進行獨立醫療審查 (IMR)。詳情請參閱計畫合約和承保範圍證明中的「有關爭議性的醫療保健服務申訴之獨立醫療審查」一節。

Health Net 採用哪些使用管理流程？

使用管理是醫療保健管理重要的一環。透過事先授權、同步和事後審查以及照護管理等流程，我們可以評估提供給會員的服務，以確定這些服務為醫療所必需，也是適合服務場所與時間的作法。此監管機制有助於維持 Health Net 高品質的醫療管理標準。

事先授權

某些建議的服務可能需要先評估才能予以核准。我們採用以實證為基礎的標準來評估程序是否為醫療所必需並規劃用於適當的場所 (即住院、門診外科手術等)。

同步審查

此流程會持續同步授權住院和特定門診病況，但同時會追蹤會員的進展，例如，在住院期間或接受門診居家照護服務期間。

出院規劃

這是同步審查流程的一個環節，可確保配合醫師的出院醫囑為會員做好安全的出院規劃，並視需要授權出院後的服務。

事後審查

此醫療管理流程會在提供服務之後，依個案評估醫療服務的適切性。通常會針對需要取得但未取得事先證明的個案進行這類審查。

照護或個案管理

在發生重大急性和(或)慢性長期健康問題時，護士照護經理會提供會員(和會員家人)協助、教育和輔導。照護經理會與會員、會員醫師和社區資源密切合作。

其他產品資訊

心理疾病和藥物依賴服務

心理疾病和藥物依賴福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是與 Health Net 簽約的行為健康管理服務公司(管理者)，負責管理這類福利。您需要去看簽約心理健康專業人士時，請撥打您 Health Net 會員卡上的電話號碼聯絡 Health Net 客戶聯絡中心，即可聯絡管理者。管理者會協助您，找到位於您住家或工作地點附近，且您可以預約看診的網絡內簽約心理健康專業人士、簽約獨立醫師或分包特約醫療服務提供者協會(IPA)。

特定心理疾病和藥物依賴的服務和用品可能需要管理者事先授權(HMO)或事先證明(HSP)才屬於承保範圍。門診不須事先授權(HMO)或事先證明(HSP)，但我們鼓勵您主動向管理者登記。

請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明，查詢心理疾病和藥物依賴服務和用品更完整的說明，包括須經管理者事先授權(HMO)或事先證明(HSP)的服務和用品。

處方藥方案

Health Net 和 California 許多主要藥房簽約，包括超市附設藥房和私人藥房。請瀏覽我們的網站 www.healthnet.com，查詢對您來說有地利之便的簽約藥房，或撥打 Health Net 的客戶聯絡中心電話 1-877-609-8711。

處方藥方案適用特定限制與排除規定。請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明，查詢完整詳情。請記得，部分藥品可能有數量、劑量和治療持續期間的限制。

透過郵購藥品方案領取維持型處方藥

如果您的處方是維持型藥品，可透過本公司的郵購方案領藥，非常便利。

維持型藥品是指會員為了管理慢性或長期病況而持續服用，且會員對該藥品治療有正面反應的處方藥。每一種承保維持型藥品，郵購管理者最多只能配發連續 90 個曆日的藥量，以及該醫囑每次准許補充的藥品。維持型藥品也能按郵購方案福利的規定在 CVS 零售藥房取得。您可向客戶聯絡中心索取處方藥郵購表和進一步的資訊，電話 1-877-609-8711。

備註

透過郵購取得的表 II 麻醉藥品不屬於承保範圍。請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明，查詢其他資訊。

Health Net 「基本處方藥品清單」：層級 I 藥品 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品，列於基本處方藥品清單時) 和層級 II 藥品 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品、尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、胰島素和糖尿病用品，列於基本處方藥品清單時)

Health Net 「基本處方藥品清單」(或稱處方一覽表或清單) 是針對疾病和病況承保的核准藥品清單。制定此藥品清單是為標明對 Health Net 會員最安全也最有效的藥品，同時也為會員提供負擔得起的藥房福利。

我們特別建議所有 Health Net 簽約醫療服務提供者、特約主治醫師和專科醫師在為其 Health Net 會員病人選擇藥品時參考本清單。當醫師開立「基本處方藥品清單」所列的藥品時，就能夠確定您將獲得高品質、高價值的處方藥。

「基本處方藥品清單」會根據 Health Net 藥房與治療方法 (P&T) 委員會的意見定期更新。委員會的委員是目前執業中的各醫療專科醫師和臨床藥劑師。有投票權的委員來自 California 各地的特約醫師團體，以其經驗、知識和專業為遴選基礎。此外，P&T 委員會也會經常向其他醫療專家請教，以提供更多的意見給委員會。當有新的臨床資訊和新藥可使用時，「基本處方藥品清單」和用藥準則就會進行更新。為能讓清單隨時保持為最新狀態，P&T 委員會將透過下列來源評估臨床有效性、安全性和整體價值：

- 醫學和科學刊物，
- 相關使用經驗，以及
- 醫師建議。

如欲索取 Health Net 最新的「基本處方藥品清單」，請瀏覽我們的網站

www.healthnet.com 或撥打 Health Net 客戶聯絡中心電話 1-877-609-8711。

層級 III 藥品

層級 III 藥品是指在「基本處方藥品清單」上列為層級 III，或未列於「基本處方藥品清單」且並未排除承保的非首選品牌處方藥。

層級 IV (專科藥品)

層級 IV (專科藥品) 是指可能只在少數藥房提供或銷售，可透過內服、外用、吸入或需要訓練或臨床監督而進行注射 (皮下、肌內或靜脈注射) 等方式自行施用，可使用生物技術生產或由 Covered California 確定為高費用的特定處方藥。層級 IV (專科藥品) 在「基本處方藥品清單」上以「SP」標示。請到我們網站 www.healthnet.com 參閱 Health Net 的「基本處方藥品清單」，瀏覽層級 IV (專科藥品) 清單。

所有層級 IV (專科藥品) 均須取得 Health Net 事先授權，還可能必須透過專科藥房供應商配發才屬於承保範圍。層級 IV (專科藥品) 不可透過郵購取得。

自行注射藥品 (胰島素除外) (包括治療血友病的藥品) 以及這類自我注射藥品使用的針頭和注射器列為層級 IV (專科藥品)，必須取得事先授權，也必須透過 Health Net 的特約專科藥房供應商取得。您的主治醫師或診療醫師會協調授權事宜，只要取得核准，專科藥房供應商就會安排配發藥品、針頭和注射器。專科藥房供應商可直接與您聯絡，協調您的藥品遞送事宜。

什麼是「事先授權」？

有些層級 I、層級 II 和層級 III 處方藥必須事先授權。這是指您的醫師必須事先聯絡 Health Net，提供開立藥品處方的醫療理由。收到您的醫師提出的事先授權要求後，Health Net 會評估所收到的資訊，根據該特定藥品既定的臨床標準做成判定。您可以瀏覽我們的網站 www.healthnet.com 或撥打封底的 Health Net 客戶聯絡中心電話號碼，取得須事先授權的藥品清單。

事先授權所使用的標準是根據 Health Net P&T 委員會以及專科醫師專家的意見所制定。您的醫師可聯絡 Health Net，以取得特定藥品的用藥準則。

如果 Health Net 拒絕授權，您會收到書面通知，其中列有拒絕的具體原因。如果您不同意該決定，可以提出上訴。請參閱本指南稍早的「如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦？」。

處方藥方案排除與限制項目

藥房服務排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利部分的承保範圍。除了以下所列的排除與限制項目，處方藥福利須遵守計畫的一般排除與限制規定。請參閱計畫合約和承保範圍證明，查詢更多資訊。

- 過敏血清屬於醫療福利的承保範圍。
- 品牌藥品如有藥效相當的普通牌藥品時，未經 Health Net 事先授權即不屬於承保範圍。
- 裝置的承保以陰道避孕裝置、尖峰呼氣流速計、吸入輔助器和糖尿病用品為限。其他裝置即使由簽約醫師開立處方，亦不屬於承保範圍。
- 為治療肥胖而開立處方的藥品不屬於承保範圍，除非是治療病態性肥胖症時醫療所必需。
- 為縮短普通感冒患病持續時間而開立處方的藥品。
- 實驗性的藥品 (即標有如下字樣的藥品：「Caution – Limited by Federal Law to investigational use only (警告 - 根據聯邦法律僅限於研究使用)」)。如果因為藥品屬於研究或實驗性質而被拒絕承保，您有權利要求獨立醫療審查。請參閱本手冊的「如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦？」一節，查詢其他資訊。
- 皮下注射針頭或注射器，但胰島素針頭、注射器和特定品牌的注射筆不在此限。
- 以塑膠、單位劑量或鋁箔包裝配發的個別藥品劑量，以及為了方便使用的劑量形式，只有經 Health Net 判定為醫療所必需或該藥品只有該種形式時，才屬於承保範圍。
- 郵購藥品最多承保連續 90 個曆日的藥量。維持型藥品也能按郵購方案福利的規定在 CVS 零售藥房取得，但 Bronze 和 Minimum Coverage 計畫不在此限。
- 部分藥品必須遵守以 FDA 使用建議或 Health Net 用藥準則為依據，每次支付共付額時有特定數量限制的規定。若藥品是「視需要」而使用，則共付額會根據特定數量、標準包裝、小瓶裝、安瓿、管裝或其他標準單位而定。若為這類情況，所配的藥品可能少於連續 30 個曆日的藥量。若為醫療所必需，您的醫師可以向 Health Net 要求更多的藥量。
- 無需處方箋即可取得的醫療器材和用品 (包括胰島素)，若是由醫師開立處方來管理和治療糖尿病，或根據 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 用於預防目的 (包括戒煙藥品)，或經 FDA 核准的女性避孕劑，即屬於承保範圍。其他無需處方箋即可購買的非處方藥、醫療器材或用品，即使是醫師開立該藥品、器材或用品的處方，亦不屬於承保範圍。不過，如果較高劑量的處方藥或非處方藥 (OTC) 劑型只能透過處方箋取得，該較高劑量藥品如為醫療所必需即屬於承保範圍。如果先前憑處方取得的藥品現在有與處方藥相同含量的 OTC 劑型，則類似藥劑且臨床效果相當的任何處方藥只有在醫療所必需並取得 Health Net 事先授權時，才屬於承保範圍。

- 在非 Health Net 藥房網絡的藥房領取的處方藥，但急診或緊急醫療狀況則不在此限。
- 由非會員醫師、非簽約醫師或非授權專科醫師開立處方的處方藥不屬於承保範圍，但若醫師的服務經過授權，或是因為醫療緊急病況、疾病或傷害而進行的緊急需求照護或有特別說明者，則不在此限。
- 替換遺失、失竊或是損壞的藥品。
- 處方藥量超過 FDA 或 Health Net 的指示用藥建議時不屬於承保範圍，但若為醫療所必需並取得 Health Net 的事先授權則不在此限。
- 為本計畫不承保的病況或治療而開立處方的藥品不屬於承保範圍。不過，當非承保服務的併發症超過例行追蹤照護 (例如危及生命的整容外科手術併發症)，本計畫會承保與該非承保服務直接相關的醫療狀況醫療所必需的藥品。
- 治療性功能障礙的醫療所必需藥品 (包括注射藥品) 以任何 30 天期間最多 8 劑為限。

這僅為摘要說明。如需完整清單，請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明。

針灸照護方案

針灸服務由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) 簽約提供高品質且平價的針灸承保。使用本方案時，您可以從 ASH Plans 特約針灸師名錄選擇特約針灸師以取得照護。

ASH Plans 會為您安排承保針灸服務。您取得任何特約針灸師服務時可不經簽約醫療服務提供者、醫師或主治醫師轉診。

您可以接受任何特約針灸師的承保針灸服務，而且您不須在就診前先指定一位特約針灸師來提供您要接受的承保針灸服務。您必須接受特約針灸師提供的承保針灸服務，但有以下例外：

- 您可以接受任何針灸師提供的急診針灸服務，包括非特約針灸師；以及
- 如果您居住的縣沒有提供承保針灸服務，您可以向鄰縣的非特約針灸師取得承保針灸服務，但必須經由 ASH Plans 轉診。

所有承保針灸服務均須取得 ASH Plans 事先核准，但以下情況例外：

- 特約針灸師對新病人進行的檢查，以及在新病人檢查中提供或開始的醫療所必需服務，這些服務必須是承保針灸服務，且符合專業認可的執業標準；以及
- 急診針灸服務。

針灸照護方案排除與限制項目

針灸照護方案排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利部分的承保範圍。詳情請參閱計畫的計畫合約和承保範圍證明。

- 輔助輔具和服務不屬於承保範圍；
- 由在 California 以外地區執業的針灸師提供的服務不屬於承保範圍，除非與急診針灸服務相關；
- 診斷放射 (包括磁振造影 (MRI) 或攝溫影像) 不屬於承保範圍；
- X 光、化驗和 X 光第二意見諮詢；
- 催眠治療、行為訓練、睡眠治療和體重控制方案不屬於承保範圍；
- 教育方案、非醫療自我照護、自助訓練以及相關診斷檢測不屬於承保範圍；

- 實驗性或研究性的針灸服務不屬於承保範圍；
- 住院和相關服務的費用不屬於承保範圍；
- 麻醉費用不屬於承保範圍；
- 未與 ASH Plans 簽約的針灸師提供的服務或治療不屬於承保範圍，除非與急診針灸服務相關；
- 只有在 California 由持照針灸師在其執照範圍內提供的服務屬於承保範圍。

這僅為摘要說明。如需完整清單，請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明。

小兒視力照護方案 (從出生至 18 歲)

眼鏡福利是由 Health Net 提供。Health Net 與 EyeMed Vision Care, LLC (視力服務提供者小組) 簽約提供和管理眼鏡福利。EyeMed Vision Care 透過包含配鏡師和眼鏡工廠的網絡提供眼鏡福利。視力檢查透過您的簽約醫療服務提供者或醫師團體提供，您也可以透過 EyeMed Vision Care 預約視力檢查。如欲查詢簽約配鏡師，請致電 Health Net 視力方案 1-866-392-6058，或瀏覽我們的網站 www.healthnet.com。

專業服務	共付額
例行散瞳劑眼睛檢查	\$0 ¹
隱形眼鏡檢查	
標準隱形眼鏡驗配和追蹤	最高 \$55
高級隱形眼鏡驗配和追蹤	零售價 10% 的折扣
限制： ¹ 根據專業認可的執業標準，本計畫每個年度承保一次完整視力檢查。	
備註： 隱形眼鏡檢查不包括在會員視力檢查之內。隱形眼鏡首次驗配檢查後有一次追蹤看診不再收取共付額。	
福利不得與任何折扣、促銷優惠或其他團體福利計畫合併使用。補貼福利限一次使用，不會有餘額。	
標準隱形眼鏡包括軟式、球面型和日拋型隱形眼鏡。	
高級隱形眼鏡包括散光、雙焦點、多焦點、美瞳、術後和透氣型隱形眼鏡。	

材料 (包括鏡框和鏡片)	共付額
醫療服務提供者精選鏡框 (每 12 個月一副)	\$0
標準塑膠眼鏡鏡片 (每 12 個月一副) <ul style="list-style-type: none"> • 單焦點、雙焦點、三焦點、柱面 • 玻璃或塑膠 	\$0
自選鏡片和處理，包括： <ul style="list-style-type: none"> • 抗紫外線處理 • 染色鏡片 (流行、漸變、灰色) • 標準塑膠防刮塗層鏡片 • 標準聚碳酸酯鏡片 • 變色 / 調光塑膠鏡片 • 標準防反射塗層鏡片 • 偏光鏡片 • 標準漸進多焦點鏡片 • 高折射率鏡片 • 混合分段鏡片 • 中間視區鏡片 • 精選或超薄漸進多焦點鏡片 	\$0
高級漸進多焦鏡片	\$0
醫療服務提供者精選隱形眼鏡 (取代眼鏡鏡片) <ul style="list-style-type: none"> • 長戴型拋棄式：最多 6 個月使用量的月拋型或雙週使用量的拋棄式單焦點球面型或散光隱形眼鏡 • 日拋型 / 拋棄式：最多 3 個月使用量的日拋式單焦點球面型隱形眼鏡 • 傳統式：一副醫療服務提供者精選指定隱形眼鏡 • 醫療所必需² 	\$0
² 如果個人確診患有下列任一病況、則隱形眼鏡視為醫療所必需： <ul style="list-style-type: none"> • 高屈光不正、經線度數超過 -10D 或 +10D • 兩眼屈光不等、經線度數達 3D • 圓錐角膜、使用標準鏡片也無法將會員單眼或雙眼的視力矯正至 20/25 • 視力矯正效果在視力表上可進步兩行的會員 (和使用最好的矯正標準鏡片比較) 	

醫療所必需的隱形眼鏡：

醫療所必需的隱形眼鏡承保須符合醫療必要性、取得 Health Net 事先授權 (HMO) 或事先證明 (HSP)，並符合所有適用的排除與限制規定。

小兒視力保健方案排除與限制項目

視力保健方案排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利部分的承保範圍。詳情請參閱計畫的計畫合約和承保範圍證明。

- 由不是簽約視力服務提供者的醫療服務提供者提供的服務和用品不屬於承保範圍。
- 排除 Health Net 判定為非醫療所必需的服務和材料之收費。每個年度一次例行散瞳劑眼睛檢查屬於承保範圍，不須確認醫療必要性。
- 排除 Plano (無度數) 鏡片。
- 隱形眼鏡處方承保須符合醫療必要性、取得 Health Net 事先授權 (HMO) 或事先證明 (HSP)，並符合所有適用的排除與限制規定。如提供承保，隱形眼鏡的承保頻率比照本視力福利眼鏡鏡片的承保規定。隱形眼鏡會取代所有眼鏡鏡片和鏡框。
- 任何種類的醫院和醫療費用、在醫院提供的視力保健服務，以及眼睛的醫療或外科治療不屬於承保範圍。
- 排除因遺失、失竊或損毀而進行的替換，除非是按本計畫正常的承保頻率替換。
- 基本福利排除替代雙焦點眼鏡的第二副眼鏡。不過，當初始福利使用完畢時，Health Net 簽約視力服務提供者可為後續購買提供其正常費用最多百分之 40 的折扣。

這僅為摘要說明。如需完整清單，請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明。

小兒牙科服務 (從出生至 18 歲)

除了如下所述，下列所有服務均須由您選定的 Health Net 簽約主要牙科服務提供者提供才屬於承保範圍。

如果您已在 Exchange 購買附加小兒牙科福利計畫，本計畫承保的小兒牙科福利將首先獲得給付，附加小兒牙科福利計畫則承保非承保服務和 (或) 分攤費用，如您的附加小兒牙科福利計畫承保範圍文件所述。

重要：如果您選擇接受的牙科服務並非本計畫的承保服務，簽約牙科服務提供者可能針對這些服務向您收取其一般慣例費率。牙醫為病人提供非承保福利的牙科服務之前，應先提供治療計畫給病人，內容包括預定提供的各項服務以及各項服務的預估費用。如果您想要更多有關牙科承保選項的資訊，您可撥打 Health Net 牙科會員卡上的客戶聯絡中心電話號碼或聯絡您的保險經紀人。如欲充分瞭解您的承保範圍，建議您仔細閱讀承保範圍證明文件。

這些小兒牙科計畫內容的管理符合小兒牙科 EHB 指標計畫規定，包括在有醫療必要性的情況下提供服務承保，如小兒牙科服務的早期定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 福利中所定義。

備註：若是 HSP Minimum Coverage 計畫，須支付下列小兒牙科共付額，直到達到年度自付額規定為止。達到 HSP Minimum Coverage 計畫的年度自付額規定後，您在年度剩餘期間須為註明的承保服務支付共付額 \$0。

選擇牙醫

- 步驟 1 :** 請上網
www.yourdentalplan.com/healthnet。
- 步驟 2 :** 點選在右側導覽列
「*Links and Tools*」(連結和工具)下的「*Find a Dentist*」(尋找牙醫)。
- 步驟 3 :** 從 *Select a Network* (選取網絡) 下拉式清單選取
Health Net DHMO CA ONLY (限 *Health Net DHMO CA*)。
- 步驟 4 :** 選取要按照地點、牙醫姓名或診所名稱進行搜尋。
- 步驟 5 :** 輸入搜尋條件，然後點選在網頁底部的 *Submit* (送出) 查看搜尋結果。

您每個月都能變更主治牙醫一次。在當月 15 號之前變更主治牙醫時，生效日期為次月 1 號。只要從主治牙醫清單中選擇一位新的牙醫，再打電話將您的變更通知 Health Net Dental 的客戶聯絡中心即可，電話 1-866-249-2382。

專科醫生轉介

治療過程中，您可能需要專科醫師的服務。您選定的主治牙醫將提交所有必要的文件紀錄給我們，我們就會把要提供所需治療的專科醫師姓名、地址和電話號碼告訴您。只有當選定的主治牙醫因為問題的嚴重程度而無法執行牙科程序時，才可提供這類服務。

轉診至專科醫師以接受齒列矯正照護

每個會員的主治牙醫都會負責指示和協調會員的完整牙齒保健以取得福利。如果您的主治牙醫建議齒列矯正照護，而且您希望按本牙科計畫的規定取得這類照護福利，Health Net 的客戶聯絡中心會協助您從簽約齒列矯正醫師名錄中選擇一位簽約齒列矯正醫師。

牙科急診

牙科急診服務是指為了評估和穩定剛發病，伴隨流血過多、劇痛或急性感染的嚴重牙科病況，以致個人合理可預期需要立即接受牙科照護而在牙醫診間、牙科診所或其他等同機構進行的牙科程序。

我們選定的所有一般牙醫每週七 (7) 天，每天二十四 (24) 小時都提供牙科急診服務，我們鼓勵您向自己選定的一般牙醫尋求照護。如果您需要牙科急診服務，您可以去看任何牙科服務提供者、前往最近的急診室或撥打 911 尋求協助 (視需要)。牙科急診服務不需要事先授權。

代碼	服務	共付額
診斷		
D0120	定期口腔評估 – 原病人、每 6 個月限 1 次	不收費
D0140	局部口腔評估 – 針對問題	不收費
D0145	三歲以下病人的口腔評估和向主要照護提供者諮詢	不收費
D0150	綜合口腔評估 – 新病人或原病人	不收費
D0160	詳細廣泛的口腔評估 – 針對問題、按報告	不收費
D0170	重新評估 – 局部、針對問題 (非術後看診)、3 個月期間最多六次、且 12 個月期間上限為 12 次	不收費
D0180	綜合牙周評估 – 新病人或原病人	不收費
D0210	口腔內 X 光 – 完整系列 (含咬翼片)、限每 36 個月一次	不收費
D0220	口腔內 X 光 – 根尖周圍、第一片、12 個月期間上限 20 張根尖周片	不收費
D0230	口腔內 X 光 – 根尖周圍、每多一片、12 個月期間上限 20 片根尖周片	不收費
D0240	口腔內 X 光 – 咬合片 – 6 個月期間限 2 片	不收費
D0250	口腔外 – 第一片	不收費
D0270	X 光咬翼片 – 單片 – 每個服務日期限一次	不收費
D0272	X 光咬翼片 – 兩片 – 每 6 個月限一次	不收費
D0273	X 光咬翼片 – 三片	不收費
D0274	X 光咬翼片 – 四片 – 每 6 個月限 1 組	不收費
D0277	垂直咬翼片 – 7 至 8 片	不收費
D0290	後向 – 前向或側向顱骨和臉骨檢查 X 光片、每個服務日期上限 3 片	不收費
D0310	唾液腺造影	不收費
D0320	顱下顎關節造影、包括注射、每個服務日期上限 3 片	不收費
D0322	斷層掃描檢查、12 個月期間限兩次	不收費
D0330	環口片、36 個月期間限一次	不收費
D0340	測顱 X 光片、12 個月期間限兩次	不收費
D0350	拍攝照片、第一次、每個服務日期上限 4 張	不收費
D0460	牙髓活性檢測	不收費
D0470	必須存在上述狀況之一才能提供診斷牙模	不收費
D0502	其他口腔病理程序、按報告	不收費
D0601	齲齒風險評估和書面記錄、評估結果為低風險	不收費
D0602	齲齒風險評估和書面記錄、評估結果為中等風險	不收費
D0603	齲齒風險評估和書面記錄、評估結果為高風險	不收費
D0999	門診費用 – 每次 (未分類診斷程序、按報告)	不收費
預防		
D1110	預防性潔牙 – 成人、12 個月期間限一次	不收費
D1120	預防性潔牙 – 兒童、6 個月期間限一次	不收費
D1206	局部塗氟漆、6 個月期間限一次	不收費
D1208	局部塗氟、6 個月期間限一次	不收費

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D1310	控制牙齒疾病的營養諮詢	不收費
D1320	為控制和預防口腔疾病而提供的吸菸諮詢	不收費
D1330	口腔衛生指導	不收費
D1351	封填劑 – 每顆牙、限佔據第二臼齒位置的第一、第二和第三恆齒臼齒	不收費
D1352	中度至高度齲齒風險病人的預防性樹脂修復 – 恆齒、限佔據第二臼齒位置的第一、第二和第三恆齒臼齒	不收費
D1510	空間維持器 – 固定式 – 單側、每象限限一次	不收費
D1515	空間維持器 – 固定式 – 雙側	不收費
D1520	空間維持器 – 活動式 – 單側、每象限限一次	不收費
D1525	空間維持器 – 活動式 – 雙側	不收費
D1550	重新黏合空間維持器	不收費
D1555	移除固定式空間維持器	不收費
修復		
D2140	汞齊 – 一面、乳齒、12 個月期間限一次	\$25
	汞齊 – 一面、恆齒、36 個月期間限一次	\$25
D2150	汞齊 – 兩面、乳齒、12 個月期間限一次	\$30
	汞齊 – 兩面、恆齒、36 個月期間限一次	\$30
D2160	汞齊 – 三面、乳齒、12 個月期間限一次	\$40
	汞齊 – 三面、恆齒、36 個月期間限一次	\$40
D2161	汞齊 – 四面或以上、乳齒、12 個月期間限一次	\$45
	汞齊 – 四面或以上、恆齒、36 個月期間限一次	\$45
D2330	樹脂基複合材質 – 一面、乳齒前齒、12 個月期間限一次	\$30
	樹脂基複合材質 – 一面、恆齒前齒、36 個月期間限一次	\$30
D2331	樹脂基複合材質 – 兩面、乳齒前齒、12 個月期間限一次	\$45
	樹脂基複合材質 – 兩面、恆齒前齒、36 個月期間限一次	\$45
D2332	樹脂基複合材質 – 三面、乳齒前齒、12 個月期間限一次	\$55
	樹脂基複合材質 – 三面、恆齒前齒、36 個月期間限一次	\$55
D2335	樹脂基複合材質 – 四面或以上或有切角(前齒)、乳齒、12 個月期間限一次	\$60
	樹脂基複合材質 – 四面或以上或有切角(前齒)、恆齒、36 個月期間限一次	\$60
D2390	樹脂基複合材質牙冠、前齒、乳齒、12 個月期間限一次	\$50
	樹脂基複合材質牙冠、前齒、恆齒、36 個月期間限一次	\$50
D2391	樹脂基複合材質 – 一面、後齒、乳齒、12 個月期間限一次	\$30
	樹脂基複合材質 – 一面、後齒、恆齒、36 個月期間限一次	\$30

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D2392	樹脂基複合材質 – 兩面、後齒、乳齒、12 個月期間限一次	\$40
	樹脂基複合材質 – 兩面、後齒、恆齒、36 個月期間限一次	\$40
D2393	樹脂基複合材質 – 三面、後齒、乳齒、12 個月期間限一次	\$50
	樹脂基複合材質 – 三面、後齒、恆齒、36 個月期間限一次	\$50
D2394	樹脂基複合材質 – 四面或以上、後齒、乳齒、12 個月期間限一次	\$70
	樹脂基複合材質 – 四面或以上、後齒、恆齒、36 個月期間限一次	\$70
牙冠 – 限單一修復		
D2710	牙冠 – 樹脂基複合材質 (間接)、5 年期間限一次	\$140
D2712	牙冠 – ¾ 冠、樹脂基複合材質 (間接)、5 年期間限一次	\$190
D2721	牙冠 – 樹脂與賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D2740	牙冠 – 陶瓷 / 瓷基底、5 年期間限一次	\$300
D2751	牙冠 – 陶瓷熔合賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D2781	牙冠 – ¾ 冠、鑄造賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D2783	牙冠 – ¾ 冠、陶瓷 / 瓷、5 年期間限一次	\$310
D2791	牙冠 – 全冠、鑄造賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D2910	重新黏合嵌體、冠蓋體或局部覆蓋修復、12 個月期間限一次	\$25
D2915	重新黏合鑄造或預製牙柱和牙心	\$25
D2920	重新黏合牙冠	\$25
D2929	預製陶瓷 / 瓷牙冠 – 乳齒、12 個月期間限一次	\$95
D2930	預製不鏽鋼牙冠 – 乳齒、12 個月期間限一次	\$65
D2931	預製不鏽鋼牙冠 – 恆齒、36 個月期間限一次	\$75
D2932	預製樹脂牙冠、乳齒、12 個月期間限一次	\$75
	預製樹脂牙冠、恆齒、36 個月期間限一次	\$75
D2933	預製不鏽鋼牙冠、含樹脂窗口、乳齒、12 個月期間限一次	\$80
	預製不鏽鋼牙冠、含樹脂窗口、恆齒、36 個月期間限一次	\$80
D2940	保護性修復、12 個月期間每顆牙限一次	\$25
D2950	牙心製作、含任何牙釘	\$20
D2951	牙釘固定 – 每顆牙齒、修復以外	\$25
D2952	牙冠以外的牙柱和牙心、間接製造、每顆牙限一次、無論置入多少個牙柱	\$100
D2953	每多一個間接製造牙柱 – 同一顆牙	\$30
D2954	牙冠以外的預製牙柱和牙心、每顆牙限一次、無論置入多少個牙柱	\$90
D2955	移除牙柱	\$60
D2957	每多一個預製牙柱 – 同一顆牙	\$35

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D2971	在原有局部假牙框架下製作新牙冠的額外程序	\$35
D2980	牙冠修復、按報告	\$50
D2999	未分類修復程序、按報告	\$40
牙髓病		
D3110	覆髓 – 直接 (不含最後修復)	\$20
D3120	覆髓 – 間接 (不含最後修復)	\$25
D3220	治療性質牙髓切斷術 (不含最後修復)、每顆乳齒限一次	\$40
D3221	牙髓清創、乳齒與恆齒	\$40
D3222	局部牙髓切斷術以進行根尖生形術、牙根發育不完全恆齒、每顆恆齒限一次	\$60
D3230	牙髓治療 (可吸收充填) – 前齒、乳齒 (不含最後修復)、每顆乳齒限一次	\$55
D3240	牙髓治療 (可吸收充填) – 後齒、乳齒 (不含最後修復)、每顆乳齒限一次	\$55
D3310	根管治療、前齒 (不含最後修復)、首次根管治療時每顆牙限一次	\$195
D3320	根管治療、雙尖齒 (不含最後修復)、首次根管治療時每顆牙限一次	\$235
D3330	根管治療、臼齒 (不含最後修復)、首次根管治療時每顆牙限一次	\$300
D3331	治療根管阻塞、非外科手術進入	\$50
D3332	不完全牙髓治療；無法動手術、無法修復或斷裂牙	\$50
D3333	牙根內部穿孔缺陷修復	\$80
D3346	重新治療原先根管治療 – 前齒	\$240
D3347	重新治療原先根管治療 – 雙尖齒	\$295
D3348	重新治療原先根管治療 – 臼齒	\$365
D3351	根尖成形術 / 再鈣化 – 首次看診、每顆恆齒限一次	\$85
D3352	根尖成形術 / 再鈣化 – 治療過程中看診 (限 D3351 後) 每顆恆齒限一次、	\$45
D3410	根尖切除術 / 根尖外科手術 – 限恆齒前齒	\$240
D3421	根尖切除術 / 根尖外科手術 – 限恆齒雙尖齒 (第一牙根)	\$250
D3425	根尖切除術 / 根尖外科手術 – 限恆齒第一和第二臼齒 (第一牙根)	\$275
D3426	根尖切除術 / 根尖外科手術 (每多一個牙根)、限恆齒	\$110
D3430	根尖逆充填 – 每個牙根	\$90
D3910	使用橡皮障隔離牙齒的外科程序	\$30
D3999	未分類牙髓治療程序、按報告	\$100
牙周病		
D4210	牙齦切除術或牙齦整形術 – 每 36 個月每象限一次	\$150
D4211	牙齦切除術或牙齦整形術 – 每 36 個月每象限一次	\$50
D4249	臨床牙冠加長 – 硬組織	\$165
D4260	骨 – 黏膜 – 牙齦外科手術 – 每 36 個月每象限一次	\$265
D4261	骨外科手術 (含翻瓣進入與閉合) – 一至三顆相鄰牙齒或相連牙齒間隙 – 每 36 個月每象限一次	\$140

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D4265	協助軟組織和骨組織再生的生物材料	\$80
D4341	牙周刮治和牙根整平 – 四顆或以上牙齒 – 每 24 個月每象限一次	\$55
D4342	牙周刮治和牙根整平 – 一至三顆牙 – 每 24 個月每象限一次	\$30
D4355	全口清瘡以便進行完整評估和診斷	\$40
D4381	經由控制釋放型工具將抗微生物藥劑局部遞送至患病的牙齦溝組織、每顆牙	\$10
D4910	牙周維護、一個日曆季度限一次	\$30
D4920	非預約更換敷料 (由診療牙醫以外人士更換)	\$15
D4999	未分類牙周治療程序、按報告	\$350
義齒補綴，活動式		
D5110	全口假牙 – 上顎、從前次全口、即裝或覆蓋式全口假牙起 5 年期間限一次	\$300
D5120	全口假牙 – 下顎、從前次全口、即裝或覆蓋式全口假牙起 5 年期間限一次	\$300
D5130	即裝假牙 – 上顎	\$300
D5140	即裝假牙 – 下顎	\$300
D5211	上顎局部假牙 – 樹脂基托 (包括任何傳統牙鉤、牙靠和牙齒)、5 年期間限一次	\$300
D5212	下顎局部假牙 – 樹脂基托 (包括任何傳統牙鉤、牙靠和牙齒)、5 年期間限一次	\$300
D5213	上顎局部假牙 – 鑄造金屬框架、含樹脂假牙基托 (包括任何傳統牙鉤、牙靠和牙齒)、5 年期間限一次	\$335
D5214	下顎局部假牙 – 鑄造金屬框架、含樹脂假牙基托 (包括任何傳統牙鉤、牙靠和牙齒)、5 年期間限一次	\$335
D5410	調整全口假牙 – 上顎、每個服務日期限一次；12 個月期間兩次	\$20
D5411	調整全口假牙 – 下顎、每個服務日期限一次；12 個月期間兩次	\$20
D5421	調整局部假牙 – 上顎、每個服務日期限一次；12 個月期間兩次	\$20
D5422	調整局部假牙 – 下顎、每個服務日期限一次；12 個月期間兩次	\$20
D5510	修復壞損的全口假牙基托、每個服務日期每牙弓限一次；12 個月期間兩次	\$40
D5520	替換缺牙或斷牙 – 全口假牙 (每顆牙)、每個服務日期每牙弓上限四顆；12 個月期間每牙弓兩次	\$40
D5610	修復樹脂假牙基托、每個服務日期每牙弓限一次；12 個月期間每牙弓兩次	\$40
D5620	修復鑄造框架、每個服務日期每牙弓限一次；12 個月期間每牙弓兩次	\$40
D5630	修復或替換壞損牙鉤、每個服務日期限三個；12 個月期間每牙弓兩次	\$50
D5640	替換斷牙 – 每顆牙、每個服務日期每牙弓上限四顆；12 個月期間每牙弓兩次	\$35
D5650	原有局部假牙新增牙齒、每個服務日期上限三顆；每顆牙一次	\$35

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D5660	原有局部假牙新增牙鉤、每個服務日期上限三個；12 個月期間每牙弓兩次	\$60
D5730	全口上顎假牙重襯 (診椅邊)、12 個月期間限一次	\$60
D5731	全口下顎假牙重襯 (診椅邊)、12 個月期間限一次	\$60
D5740	上顎局部假牙重襯 (診椅邊)、12 個月期間限一次	\$60
D5741	下顎局部假牙重襯 (診椅邊)、12 個月期間限一次	\$60
D5750	全口上顎假牙重襯 (牙科技工室)、12 個月期間限一次	\$90
D5751	全口下顎假牙重襯 (牙科技工室)、12 個月期間限一次	\$90
D5760	上顎局部假牙重襯 (牙科技工室)、12 個月期間限一次	\$80
D5761	下顎局部假牙重襯 (牙科技工室)、12 個月期間限一次	\$80
D5850	組織調整、上顎、36 個月期間每個膺復體限兩次	\$30
D5851	組織調整、下顎、36 個月期間每個膺復體限兩次	\$30
D5862	精密覆蓋體、按報告	\$90
D5863	覆蓋式假牙 – 全口、上顎	\$300
D5865	覆蓋式假牙 – 全口、上顎	\$300
D5899	未分類活動式義齒程序、按報告	\$350
顎面義體		
D5911	面部印模 (分段)	\$285
D5912	面部印模 (完整)	\$350
D5913	人工鼻	\$350
D5914	人工耳	\$350
D5915	人工眼眶	\$350
D5916	人工眼睛	\$350
D5919	人工顏面	\$350
D5922	人工鼻中隔	\$350
D5923	人工眼睛、臨時性	\$350
D5924	人工顱骨	\$350
D5925	顏面豐隆植體	\$200
D5926	人工鼻、替換	\$200
D5927	人工耳、替換	\$200
D5928	人工眼眶、替換	\$200
D5929	人工顏面、替換	\$200
D5931	人工閉孔器、外科手術	\$350
D5932	人工閉孔器、永久性	\$350
D5933	人工閉孔器、修改、12 個月期間限兩次	\$150
D5934	下顎骨切除義體、含導向法蘭	\$350
D5935	下顎骨切除義體、無導向法蘭	\$350
D5936	人工閉孔器、臨時性	\$350
D5937	牙關緊閉用具 (不是為了治療 TMD)	\$85
D5951	進食輔具	\$135
D5952	言語輔助義體、小兒	\$350
D5953	言語輔助義體、成人	\$350
D5954	腭豐隆義體	\$135

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D5955	腭提升義體、永久性	\$350
D5958	腭提升義體、臨時性	\$350
D5959	腭提升義體、修改、12 個月期間限兩次	\$145
D5960	言語輔助義體、修改、12 個月期間限兩次	\$145
D5982	外科支架	\$70
D5983	輻射載體	\$55
D5984	輻射屏蔽	\$85
D5985	輻射錐定位器	\$135
D5986	氟化物凝膠載體	\$35
D5987	連合固定夾	\$85
D5988	外科固定夾	\$95
D5991	外用藥物載體	\$70
D5999	假牙複製	\$350
植牙服務		
D6010	外科手術植入植體：骨內植入	\$350
D6040	外科手術植入：骨內植入	\$350
D6050	外科手術植入：經骨植入	\$350
D6055	連接桿 – 植體支撐式或基台支撐式	\$350
D6056	預製基台 – 包括修改和植入	\$135
D6057	訂製基台 – 包括植入	\$180
D6058	基台支撐式陶瓷 / 瓷牙冠	\$320
D6059	基台支撐式陶瓷熔合金屬牙冠 (高貴金屬)	\$315
D6060	基台支撐式陶瓷熔合金屬牙冠 (賤金屬為主)	\$295
D6061	基台支撐式陶瓷熔合金屬牙冠 (貴金屬)	\$300
D6062	基台支撐式鑄造金屬牙冠 (高貴金屬)	\$315
D6063	基台支撐式鑄造金屬牙冠 (賤金屬為主)	\$300
D6064	基台支撐式鑄造金屬牙冠 (貴金屬)	\$315
D6065	植體支撐式陶瓷 / 瓷牙冠	\$340
D6066	植體支撐式陶瓷熔合金屬牙冠 (鈦、鈦合金、高貴金屬)	\$335
D6067	植體支撐式金屬牙冠 (鈦、鈦合金、高貴金屬)	\$340
D6068	基台支撐式固定器、陶瓷 / 瓷 FPD	\$320
D6069	基台支撐式固定器、陶瓷熔合金屬 FPD (高貴金屬)	\$315
D6070	基台支撐式固定器、陶瓷熔合金屬 FPD (賤金屬為主)	\$290
D6071	基台支撐式固定器、陶瓷熔合金屬 FPD (貴金屬)	\$300
D6072	基台支撐式固定器、鑄造金屬 FPD (高貴金屬)	\$315
D6073	基台支撐式固定器、鑄造金屬 FPD (賤金屬為主)	\$290
D6074	基台支撐式固定器、鑄造金屬 FPD (貴金屬)	\$320
D6075	植體支撐式固定器、瓷 FPD	\$335
D6076	植體支撐式陶瓷熔合金屬 FPD (鈦、鈦合金或高貴金屬)	\$330

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D6077	植體支撐式固定器、鑄造金屬 FPD (鈦、鈦合金或高貴金屬)	\$350
D6080	植體維護程序、包括移除贗復體、清洗贗復體和基台以及重新安裝贗復體	\$30
D6090	修復植體支撐式贗復體、按報告	\$65
D6091	更換植體 / 基台支撐式贗復體的半精密或精密覆蓋體 (公或母部件)、每個覆蓋體	\$40
D6092	重新黏合植體 / 基台支撐式牙冠	\$25
D6093	重新黏合植體 / 基台支撐固定式局部假牙	\$35
D6094	基台支撐式牙冠 (鈦)	\$295
D6095	修復植體基台、按報告	\$65
D6100	移除植體、按報告	\$110
D6110	植體 / 基台支撐活動式假牙、缺牙牙弓 - 上顎	\$350
D6111	植體 / 基台支撐活動式假牙、缺牙牙弓 - 下顎	\$350
D6112	植體 / 基台支撐活動式假牙、局部缺牙牙弓 - 上顎	\$350
D6113	植體 / 基台支撐活動式假牙、局部缺牙牙弓 - 下顎	\$350
D6114	植體 / 基台支撐固定式假牙、缺牙牙弓 - 上顎	\$350
D6115	植體 / 基台支撐固定式假牙、缺牙牙弓 - 下顎	\$350
D6116	植體 / 基台支撐固定式假牙、局部缺牙牙弓 - 上顎	\$350
D6117	植體 / 基台支撐固定式假牙、局部缺牙牙弓 - 下顎	\$350
D6190	X 光 / 外科手術植牙指標、按報告	\$75
D6194	基台支撐式固定牙冠、FPD (鈦)	\$265
D6199	未分類植牙程序、按報告	\$350
固定式義齒補綴		
D6211	橋體 - 鑄造賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D6241	橋體 - 陶瓷熔合賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D6245	橋體 - 陶瓷 / 瓷、5 年期間限一次	\$300
D6251	牙冠 - 樹脂與賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D6721	牙冠 - 樹脂與賤金屬為主- 假牙、5 年期間限一次	\$300
D6740	牙冠 - 陶瓷 / 瓷、5 年期間限一次	\$300
D6751	牙冠 - 陶瓷熔合賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D6781	牙冠 - ¾ 冠、鑄造賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D6783	牙冠 - ¾ 冠、陶瓷 / 瓷、5 年期間限一次	\$300
D6791	牙冠 - 全冠、鑄造賤金屬為主、5 年期間限一次	\$300
D6930	重新黏合牙橋	\$40
D6980	牙橋修復、按報告	\$95
D6999	未分類固定式義齒程序、按報告	\$350

(接下頁)

代碼	服務	共付額
口腔頤面外科手術		
D7111	拔牙、殘餘牙冠 – 脫落牙齒	\$40
D7140	拔牙、萌生齒或曝露牙根	\$65
D7210	外科手術移除萌生齒、必須提升黏膜骨膜皮瓣和移除牙骨和 (或) 部分牙齒	\$120
D7220	拔除阻生齒 – 軟組織	\$95
D7230	拔除阻生齒 – 部分骨性阻生	\$145
D7240	拔除阻生齒 – 完全骨性阻生	\$160
D7241	拔除阻生齒 – 出現罕見外科手術併發症的完全骨性阻生	\$175
D7250	外科手術移除殘餘牙根 (需切除軟組織和骨並閉合)	\$80
D7260	口腔上顎竇瘻閉合	\$280
D7261	竇穿孔初步閉合	\$285
D7270	牙齒重新植入和 (或) 穩固、每牙弓限一次、無論涉及多少顆牙；限恆齒前齒	\$185
D7280	外科手術接觸未萌生齒	\$220
D7283	放入裝置以促進阻生齒萌生	\$85
D7285	口腔組織切片 – 硬組織 (骨、牙齒)、僅限取出檢體；每個服務日期每牙弓一次	\$180
D7286	口腔組織切片 – 軟組織、僅限取出檢體；每個服務日期上限 3 份	\$110
D7290	外科手術牙齒復位、限恆齒；積極進行齒列矯正治療的病人每牙弓一次	\$185
D7291	經隔膜纖維切開術 / 上牙槽嵴纖維切開術、按報告、積極進行齒列矯正治療的病人每牙弓限一次	\$80
D7310	同時拔牙的齒槽整形術 – 每象限	\$85
D7311	同時拔牙的齒槽整形術 – 一至三顆牙齒或牙齒間隙 – 每象限	\$50
D7320	無同時拔牙的齒槽整形術 – 每象限	\$120
D7321	無同時拔牙的齒槽整形術 – 一至三顆牙齒或牙齒間隙 – 每象限	\$65
D7340	前庭整形術 – 牙脊擴充 (次級上皮化)、5 年期間每牙弓限一次	\$350
D7350	前庭整形術 – 牙脊擴充 (包括軟組織移植、肌肉再附著、修改軟組織附著以及管理肥厚和增生組織)、每牙弓限一次	\$350
D7410	切除良性病變組織、小於等於 1.25 公分	\$75
D7411	切除良性病變組織、大於 1.25 公分	\$115
D7412	切除良性病變組織、複雜	\$175
D7413	切除惡性病變組織、小於等於 1.25 公分	\$95
D7414	切除惡性病變組織、大於 1.25 公分	\$120
D7415	切除惡性病變組織、複雜	\$255
D7440	切除惡性腫瘤 – 病變直徑小於等於 1.25 公分	\$105
D7441	切除惡性腫瘤 – 病變直徑大於 1.25 公分	\$185
D7450	移除良性牙源性囊腫或腫瘤 – 病變直徑小於等於 1.25 公分	\$180

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D7451	移除良性牙源性囊腫或腫瘤 – 病變直徑大於 1.25 公分	\$330
D7460	移除良性非牙源性囊腫或腫瘤 – 病變直徑小於等於 1.25 公分	\$155
D7461	移除良性非牙源性囊腫或腫瘤 – 病變直徑大於 1.25 公分	\$250
D7465	使用物理或化學方法摧毀病變組織、按報告	\$40
D7471	移除橫向外生骨贅(上顎或下顎)、每象限限一次、限移除頰部或面部外生骨贅	\$140
D7472	移除腭隆凸、每位病人終身限一次	\$145
D7473	移除下顎隆凸、每象限限一次	\$140
D7485	外科手術縮小牙骨粗隆、每象限限一次	\$105
D7490	上顎或下顎根治性切除術	\$350
D7510	腫膿切開與引流 – 口腔內軟組織、同一服務日期每象限限一次	\$70
D7511	腫膿切開與引流 – 口腔內軟組織 – 複雜(包括多個筋膜間隙的引流)	\$70
D7520	腫膿切開與引流 – 口腔外軟組織	\$70
D7521	腫膿切開與引流 – 口腔外軟組織 – 複雜	\$80
D7530	移除黏膜、皮膚或皮下牙槽組織異物、每個服務日期限一次	\$45
D7540	移除產生反應的異物、肌肉骨骼系統、每個服務日期限一次	\$75
D7550	部分骨切除術 / 死骨切除術以移除非活性骨、每個服務日期每象限限一次	\$125
D7560	上顎竇切除術以移除牙齒片段或異物	\$235
D7610	上顎 – 切開復位(固定牙齒、如出現)	\$140
D7620	上顎 – 閉合復位(固定牙齒、如出現)	\$250
D7630	下顎 – 切開復位(固定牙齒、如出現)	\$350
D7640	下顎 – 閉合復位(固定牙齒、如出現)	\$350
D7650	顴骨和(或)顴弓 – 切開復位	\$350
D7660	顴骨和(或)顴弓 – 閉合復位	\$350
D7670	牙槽骨 – 閉合復位、可包括穩固牙齒	\$170
D7671	牙槽骨 – 切開復位、可包括穩固牙齒	\$230
D7680	臉骨 – 複雜復位、使用固定術和多種外科手術方法	\$350
D7710	上顎 – 切開復位	\$110
D7720	上顎 – 閉合復位	\$180
D7730	下顎 – 切開復位	\$350
D7740	下顎 – 閉合復位	\$290
D7750	顴骨和(或)顴弓 – 切開復位	\$220
D7760	顴骨和(或)顴弓 – 閉合復位	\$350
D7770	牙槽骨 – 切開復位、穩固牙齒	\$135
D7771	牙槽骨 – 閉合復位、穩固牙齒	\$160
D7780	臉骨 – 複雜復位、使用固定術和多種外科手術方法	\$350
D7810	錯位切開復位	\$350
D7820	錯位閉合復位	\$80

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D7830	麻醉下操作	\$85
D7840	髌狀突切除術	\$350
D7850	外科椎間盤切除術、有 / 無植體	\$350
D7852	椎間盤修復	\$350
D7854	滑膜切除術	\$350
D7856	肌切開術	\$350
D7858	關節重建	\$350
D7860	關節切開術	\$350
D7865	關節成形術	\$350
D7870	關節穿刺術	\$90
D7871	非關節鏡下灌洗和溶解粘連	\$150
D7872	關節鏡 – 診斷、有或無切片	\$350
D7873	關節鏡 – 外科手術：灌洗和溶解粘連	\$350
D7874	關節鏡 – 外科手術：椎間盤重新定位和穩定	\$350
D7875	關節鏡 – 外科手術：滑膜切除術	\$350
D7876	關節鏡 – 外科手術：椎間盤切除術	\$350
D7877	關節鏡 – 外科手術：清創	\$350
D7880	咬合矯正裝置、按報告	\$120
D7899	未分類 TMD 治療、按報告	\$350
D7910	縫合最新小傷口、小於等於 5 公分	\$35
D7911	複雜縫合 – 小於等於 5 公分	\$55
D7912	複雜縫合 – 大於 5 公分	\$130
D7920	皮膚移植 (確認覆蓋缺損、位置和移植植物類型)	\$120
D7940	骨成形術 – 用於齒顎矯正畸形	\$160
D7941	骨切開術 – 下顎支	\$350
D7943	骨切開術 – 下顎支、有骨移植；包括取得移植植物	\$350
D7944	骨切開術 – 分段或根尖下	\$275
D7945	骨切開術 – 下顎體	\$350
D7946	LeFort I (上顎 – 全部)	\$350
D7947	LeFort I (上顎 – 分段)	\$350
D7948	LeFort II 或 LeFort III (中臉發育不全或後縮之臉骨骨成形術) – 無骨移植	\$350
D7949	LeFort II 或 LeFort III – 有骨移植	\$350
D7950	下顎或臉骨之骨骼、骨骨膜或軟骨移植 – 自體或非自體、按報告	\$190
D7951	透過側向切開方式進行竇豐隆、有骨或骨替代物	\$290
D7952	透過頂端直接進入方式進行竇豐隆、有骨或骨替代物	\$175
D7955	修復顎面軟組織和 (或) 硬組織缺損	\$200
D7960	繫帶切整術 (繫帶切除術或繫帶切斷術) – 單獨程序	\$120
D7963	繫帶成形術	\$120
D7970	切除增生組織 – 每牙弓、每個服務日期每牙弓限一次	\$175
D7971	切除冠周牙齦	\$80

(接下頁)

代碼	服務	共付額
D7972	外科手術縮小纖維粗隆、每個服務日期每象限限一次	\$100
D7980	唾液腺結石切開術	\$155
D7981	切除唾液腺、按報告	\$120
D7982	唾液腺成形術	\$215
D7983	唾液瘻閉合術	\$140
D7990	緊急氣管切開術	\$350
D7991	冠狀突切除術	\$345
D7995	人工移植骨 – 下顎或臉骨、按報告	\$150
D7997	移除用具 (由非安裝用具的牙醫進行)、包括移除牙弓桿、每個服務日期每牙弓限一次	\$60
D7999	未分類口腔外科程序、按報告	\$350
醫療所必需的齒列矯正		
	醫療所必需的環套盒	
D8080	青少年齒列的全口齒列矯正治療造成障礙的咬合不正	\$1,000
D8210	活動式用具治療	
D8220	固定式用具治療	
D8660	齒列矯正治療前看診	
D8670	定期齒列矯正治療看診 (屬合約部分) 造成障礙的咬合不正	
D8680	齒列矯正固定器 (移除用具、建造和安置固定器)	
D8691	修復齒列矯正用具	
D8692	替換遺失或斷裂固定器	
D8693	重裝或重新黏合：和 (或) 修復、視固定式固定器所需	
D8999	未分類齒列矯正程序、按報告	
附屬一般服務		
D9110	牙痛緩解 (急診) 治療 – 小程序	\$30
D9120	固定式局部假牙切段	\$95
D9210	未與手術或外科程序同時進行的局部麻醉、每個服務日期限一次	\$10
D9211	區域性阻斷麻醉	\$20
D9212	三叉神經阻斷麻醉	\$60
D9215	局部麻醉	\$15
D9223	深度鎮靜 / 全身麻醉 – 每多 15 分鐘	\$45
D9230	鎮痛、笑氣	\$15
D9243	靜脈注射中度 (有意識) 鎮靜 / 鎮痛 – 每多 15 分鐘	\$60
D9248	非靜脈注射清醒鎮靜	\$65
D9310	諮詢 – 由牙醫或醫師 (非提供治療的執業人員) 提供的診斷服務	\$50
D9410	住家 / 長期照護機構電話	\$50
D9420	醫院或門診外科手術中心電話	\$135

小兒牙齒保健方案排除與限制項目

小兒牙齒保健方案排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利部分的承保範圍。請參閱計畫的計畫合約和承保範圍證明，查詢您的福利計畫詳情。

- 植牙服務福利僅限病歷記錄例外醫療狀況，並將進行醫療必要性審查。
 - 治療牙痛的緩解(急診)治療，每位會員每天限一次。
 - 住家 / 長期照護機構電話，每位會員每個服務日期一次。
 - 每位會員每個醫療服務提供者每天一次醫院或門診外科手術中心電話。
 - 麻醉(未滿 19 歲會員)、深度鎮靜或全身麻醉服務按個案情況事先授權承保，但口腔外科手術服務不在此限。若是口腔外科手術服務，深度鎮靜或全身麻醉服務不需事先授權。
 - 醫療所必需並經事先授權的咬合護套，適用 12 至 19 歲會員恆齒齒列。
 - 以下服務若由主治牙醫或 Health Net 認定並非牙科醫療所必需，即不屬於承保範圍：
 - 治療顳下顎關節症候群(TMJ)。
 - 選擇性的牙科和美容牙科。
- 需有斷裂或脫位情況才進行的口腔外科手術、正顎外科手術和純粹以齒列矯正為目的而拔牙(不適用斷裂或脫位(受外力衝擊)的牙齒)。
 - 治療惡性腫瘤、囊腫、贅瘤或先天畸型。
 - 處方藥。
 - 任何種類的醫院費用。
 - 全口或局部假牙遺失或失竊。
 - 任何植入程序。
 - 任何實驗性的程序。
 - 全身麻醉或靜脈注射 / 清醒鎮靜，但醫療福利部分載明者不在此限。
 - 因病人身體或行為限制而無法提供的服務。
 - 因未按預約時間到診而產生的費用(未於 24 小時前通知)應由會員負責支付。不過，下列情況下可能不適用未按預約時間到診的共付額：(1) 會員至少於 24 小時前即取消；或(2) 會員因緊急狀況或超出會員控制以外的情況而未按預約時間到診。
 - 以矯正輪廓、接觸或咬合為目的而執行的任何程序。
 - 並未特別列為承保服務的任何程序。
 - 州政府或其機構，或任何市政府、縣政府或其下屬部門免費為會員提供的服務。
 - 在任何形式的牙科福利中使用貴重金屬的費用。

- 兒童牙醫 / 小兒牙醫提供的服務，除非會員無法由其健保醫療服務提供者治療，或由兒童牙醫 / 小兒牙醫提供的治療是醫療所必需，或會員的計畫醫療服務提供者就是兒童牙醫 / 小兒牙醫。
- 在急診照護場所因非急診病況而提供的小兒牙科服務 (如果在合理情況下投保人可預期並無牙科緊急情況)。

齒列矯正福利

本牙科計畫承保以上所述的齒列矯正福利。預防疾病和促進口腔健康、恢復口腔結構的健康與機能以及治療緊急病況之醫療所必需的齒列矯正照護屬於承保範圍。齒列矯正治療必須由簽約牙醫提供。

個人與家庭 Exchange 計畫排除與限制項目

所有個人與家庭 Exchange 計畫共同排除與限制項目

以下任何項目所產生或其追蹤照護的費用，Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫均不給付。以下只是部分清單。如需完整清單，請參閱 Health Net 個人與家庭 Exchange 計畫的計畫合約和承保範圍證明。

- Health Net 判定非醫療所必需的服務和用品，但本指南稍早的「Health Net 會承保參加臨床試驗的費用嗎？」和「如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦？」所規定者不在此限。
- 並未導致運輸或未達急診照護標準的救護和救護員服務，除非這類服務為醫療所必需並已取得事先授權 (HMO) 或事先證明 (HSP)。
- 水中運動治療和其他水療不屬於承保範圍，除非水中運動治療和其他水療服務屬於物理治療計畫的一部分。
- 療養照護。療養照護並非復健照護，提供的目的是要協助病人做到日常生活活動，例如幫助病人走路、上下床、洗澡、更衣、餵食和準備特殊飲食，以及監督使用一般都是自行施用的藥品，但這類照護不需要持續的特護療養服務。
- Health Net 判定屬於實驗或研究性質的程序，但本指南稍早的「Health Net 會承保參加臨床試驗的費用嗎？」和「如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦？」所規定者不在此限。
- 承保生效日期前即已提供的服務或用品以及本計畫承保結束後提供的服務或用品均不屬於承保範圍。
- 法律上來說會員沒有義務支付醫療服務提供者費用或醫療服務提供者並未付費的服務補償。
- 並未特別列為承保費用的任何服務或用品，除非州或聯邦法律規定必須承保。
- 以使婦女懷孕為目的而提供的服務或用品不屬於承保範圍。排除的程序包括但不限於採集、儲放或購買精子或卵子。
- 為改變或重塑身體正常構造以改善外觀的整容外科手術。²

²執行醫療所必需的乳房切除術 (包括乳房腫瘤切除術) 後，乳房重建外科手術和為恢復或達成乳房對稱 (比例平衡) 而在任一邊乳房執行的外科手術屬於承保範圍。此外，如執行外科手術是為矯正或修復因先天缺陷、發展異常、創傷、感染、腫瘤或疾病所導致身體異常結構，進行以下兩者之一：在可能範圍內改善機能或創造正常外觀，除非外科手術對於會員外觀只能達成最低程度的改善。

- 為顫下顎關節障礙提供的治療和服務如判定為醫療所必需即屬於承保範圍，但排除牙冠、冠蓋體、牙橋和用具。
- 本計畫只承保由合法經營的醫院、Medicare 核准的特護療養機構或本計畫的計畫合約和承保範圍證明中所列屬於承保範圍的其他適當持照機構提供的服務或用品。凡主要做為養老院、療養院的機構或類似機構，不論其名稱為何，均非合格機構。此等機構提供的服務或用品皆不屬於承保範圍。
- 滿 19 歲個人的牙齒保健。不過，本計畫會承保屬於唇顎裂程序重建外科手術必要部分的醫療所必需牙科或齒列矯正服務。唇顎裂包括顎裂、唇裂或其他與唇顎裂相關的顫面畸形。
- 為矯正上下顎骨骼錯位或不正常發展而進行的外科手術和相關服務，除非這類外科手術是因為創傷或存在腫瘤或贅瘤而必須執行或因為其他理由屬於醫療所必需。請參閱以上「牙齒保健」排除規定，查詢唇顎裂程序相關資訊。
- 助聽器。
- 私人看護。輪班照護以及輪班照護服務的任何部分也不屬於承保範圍。
- 為矯正眼睛屈光缺陷而進行的任何眼睛外科手術，除非為醫療所必需、由會員的診療醫師建議且經 Health Net 授權。
- 隱形眼鏡或矯正鏡片 (除非是取代有機眼睛水晶體的植入式水晶體)、視力治療和眼鏡，但本指南稍早的小兒視力保健方案所述者不在此限。
- 自願以外科手術造成不孕的復原服務。
- 與承保病況、疾病或傷害的診斷或治療無關的任何服務或用品。不過，當非承保服務的併發症超過例行追蹤照護 (例如危及生命的整容外科手術併發症)，本計畫會承保與該非承保服務直接相關之醫療狀況的醫療所必需服務和用品。
- 任何門診藥品、藥物或在任何場所配發或施用的其他物質，但本計畫的計畫合約和承保範圍證明特別說明者不在此限。
- 因國外旅行 / 職業所需的免疫接種和注射。
- 如代理孕母為 Health Net 會員時，為代理懷孕而提供的服務屬於承保範圍。若因代理懷孕而取得酬勞，本計畫應有相關酬勞的留置權以補償醫療支出。
- 雖然本計畫承保耐用醫療器材，但並不承保下列用品：(a) 運動器材；(b) 衛生器材和用品；(c) 您的簽約醫療服務提供者、醫師團體或醫院用來蓋在皮膚病變或外科手術切口上的最初敷料以外的外科敷料；(d) 按摩浴缸和漩渦浴缸；(e) 用來治療與顫下顎 (下顎) 關節障礙相關牙科病況的矯正用具；(f) 支撐用具，例如長筒襪、非處方支撐裝置或矯具，以及改善運動表現或體育相關活動的裝置或矯具；以及 (g) 矯具和矯正鞋具 (但為預防或治療糖尿病相關併發症的足部裝置不在此限)。

- 個人舒適用品。
- 居家使用的拋棄式用品，但特定拋棄式造口或泌尿系統用品不在此限。請參閱計畫合約和承保範圍證明或您的福利計畫，查詢其他資訊。
- 居家分娩，除非符合急診照護的標準。
- 醫師自我治療。
- 由近親提供的治療。
- 脊椎推拿治療服務。
- 居家醫療保健 (每個年度限合計 100 次；每天最多三次，每次四小時)。
- 未經 Health Net、簽約醫療服務提供者 (醫療)、醫師團體 (醫療) 或管理者 (心理疾病或藥物依賴) 根據 Health Net 的程序授權的服務或用品。
- 基因疾病的診斷程序或檢測，但不包括高風險懷孕時對胎兒基因疾病所做的產前診斷。
- 無需憑處方箋即可購買的非處方藥、醫療器材或用品 (但若由醫師開立處方來管理和治療糖尿病，或根據 U.S. Preventive Services Task Force 建議評級 A 和 B 用於預防目的，或經 FDA 核准的女性避孕劑不在此限)。
- 例行足部照護，除非開立的處方是爲了治療糖尿病或周圍血管疾病。
- 診斷、評估或治療不孕症的服務不屬於承保範圍。
- 除與廣泛性發展障礙或自閉症行爲健康治療相關的服務外，所有其他與教育或訓練相關或包含教育或訓練的服務，包括爲了就業或專業目的時，均不屬於承保範圍，即使是由 California 州發給醫療保健服務提供者執照的個人提供時也不例外。
- 利用臍帶血、臍帶血幹細胞和成人幹細胞進行的治療 (其採集、保存和儲放也不屬於承保範圍)，因爲這類治療視爲實驗或研究性質。如需更多關於因計畫基於服務視爲實驗性或研究性拒絕承保而要求獨立醫療審查的資訊，請參閱本指南稍早的「如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦?」。
- 爲治療病態性肥胖症而提供的減重外科手術，如爲醫療所必需、經 Health Net 授權，且由與 Health Net 減重外科手術執行中心有簽約關係的 Health Net 減重外科手術執行中心網絡外科醫師在 Health Net 減重外科手術執行中心執行時，即屬於承保範圍。Health Net 有特定的減重機構和外科醫師網絡，是指定執行減重外科手術的減重外科手術執行中心。您的會員醫師可提供有關該網絡的資訊。在您取得授權時，您會被指示到 Health Net 減重外科手術執行中心。

- 透過將行為與令人厭惡的刺激聯結起來以產生厭惡感，進而改變行為的療法 (厭惡治療) 不屬於承保範圍。
- 復健治療承保僅限由計畫特約醫師、持照物理、言語或職能治療師或其他在其執照範圍內執行服務的特約醫療服務提供者所提供用於治療身體或心理健康病況的醫療所必需服務，或由合格自閉症服務 (QAS) 醫療服務提供者、QAS 專業人士或 QAS 輔助專業人士所提供用於治療廣泛性發展障礙或自閉症的醫療所必需服務。承保必須依規定取得計畫或會員醫療團體的必要授權。服務必須以依規定經計畫或會員醫療團體授權的治療計畫為依據。
- 創建服務和 (或) 治療承保僅限幫助個人保持、學習或改善日常生活技能和機能，由會員醫師、持照物理、言語或職能治療師或其他在其執照範圍內執行服務的特約醫療服務提供者所提供用於治療身體或心理健康病況的醫療保健服務和裝置，但必須按規定取得 Health Net 或您的醫師團體授權。服務必須以按規定經 Health Net 或您的醫師團體授權的治療計畫為依據。
- 下列治療類型只有在與精神疾病或藥物依賴的承保治療一起提供時才屬於承保範圍：(a) 多重藥物依賴症的治療；(b) 心理壓力的治療；以及 (c) 婚姻或家庭失常的治療。治療神經認知失調 (包括譫妄、嚴重和輕微神經認知失調和其亞型，以及神經發展失調) 的醫療所必需醫療服務屬於承保範圍，但只有可以採用心理治療或精神病、藥物依賴或物質使用治療方式時，伴隨的行為和 (或) 心理症狀、藥物依賴或物質使用失調病況的醫療所必需醫療服務才屬於承保範圍。本項規定不影響在第四版精神障礙診斷和統計手冊文字修訂中定義的任何心理健康病況的醫療所必需治療承保，或在最新修訂版精神障礙診斷和統計手冊中定義為 SED 或 SMI 的醫療所必需治療承保。此外，Health Net 只會承保由根據 California 法律取得執照並在其執照範圍內執行或根據 California 法律獲得其他授權的醫療服務提供者提供的心理疾病或藥物依賴服務。本計畫承保所有基本健康福利的醫療所必需治療，包括在第四版精神障礙診斷和統計手冊文字修訂中所述的「心理疾病」。
- 不符合專業醫療或心理健康全國執業標準的服務，包括但不限於 Erhard/The Forum、原始療法、生物能療法、催眠療法和水晶療法，均不屬於承保範圍。如需更多關於因承保遭拒而要求獨立醫療審查的資訊，請參閱本指南稍早的「如果我與 Health Net 的意見分歧怎麼辦？」。

- 生物反饋療法的承保以失禁和慢性疼痛等特定生理失調醫療所必需的治療以及由管理者另外事先授權者為限。
- 心理檢測，但由持照心理醫師執行以協助治療規劃時不在此限，包括藥品管理或診斷釐清。此外，排除自動化電腦報告評分的承保，除非由有資格評分的醫療服務提供者進行評分。
- 排除非醫療所必需的住宿治療。不視為醫療所必需且不屬於承保範圍的住院，包括為了野外中心訓練而住院；為了療養照護、處境或環境改變的住院；或做為寄養家庭或中途之家的替代安置。
- 州立醫院的服務以急診或緊急需求照護所致的治療或住院為限。
- 透過電話提供的治療或諮詢不屬於承保範圍。
- 做為假釋或緩刑條件的醫療、心理健康照護或藥物依賴服務，以及法院命令的檢測，以醫療所必需的承保服務為限。
- 為保險、證照、就業、就學、營隊或其他非預防目的而進行的例行身體檢查(包括心理檢查或藥物篩檢)。例行檢查是指沒有醫療指徵或非經醫師指示，在沒有出現症狀的情況下或為了其他非預防目的而對會員進行的一般健康檢查。例如，為了取得工作而進行的檢查，或因為第三方(例如學校、營隊或運動組織)要求而施行的檢查。

所有 HSP 計畫的額外排除與限制項目

- 本計畫不承保按摩治療，除非相關服務屬於物理治療計畫的一部分。服務必須以按規定經 Health Net 授權的治療計畫為依據。
- 只有經 Health Net (醫療)、管理者(心理疾病或藥物依賴) 授權或在您需要急診或緊急需求照護時，由非特約醫療服務提供者或機構提供的服務或用品才屬於承保範圍。

所有 HMO 計畫的額外排除與限制項目

- 本計畫不承保按摩治療，除非相關服務屬於物理治療計畫的一部分。服務必須以按規定經 Health Net 授權的治療計畫為依據。
- 只有經您的醫師團體 (醫療)、管理者(心理疾病或藥物依賴) 授權或在您需要急診或緊急需求照護時，由非特約醫療服務提供者或機構提供的服務或用品才屬於承保範圍。

Health Net of California, Inc. (Health Net) 遵守 California 州的不歧視要求（如福利承保文件所述），也遵守相關的聯邦民權法律規定，不會因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而歧視任何人。Health Net 不會因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而排除任何人或給予差別待遇。

Health Net：

- 為殘疾人士提供免費協助和服務，例如合格手語翻譯員和其他形式的書面資訊（大字體、無障礙電子格式、其他形式），以便與我們有效地溝通。
- 為主要語言不是英文的民眾提供免費語言服務，例如合格口譯員和其他語言版本的書面資訊。

如果您需要相關服務，請聯絡 Health Net 的客戶聯絡中心，電話 **1-888-926-4988 (聽障專線：711)**。

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而有其他方式的歧視，您可撥打以上電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴；Health Net 的客戶聯絡中心可以幫助您。您也可以通過寫信：Health Net of California, Inc., PO Box 10348, Van Nuys, California 91410-0348，或通過傳真：1-877-831-6019，或上網：healthnet.com 提出申訴。

您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴，只要前往 Office for Civil Rights 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或寫信或致電提出投訴，聯絡資訊：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201；電話 1-800-368-1019 (聽障專線：1-800-537-7697)。

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711). If you bought coverage through the California marketplace call 1-888-926-4988 (TTY: 711). For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy from Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in an HMO or HSP plan from Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219.

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية أو اتصل على مركز الاتصال التجاري في 1-800-522-0088 (TTY: 711). في حال قمت بشراء التغطية من سوق كاليفورنيا، اتصل على الرقم 1-888-926-4988 (TTY: 711) وللحصول على المساعدة: في حال كنت مسجلاً في بوليصة تأمين المنظمة المزودة المفضلة PPO أو المنظمة المزودة الحصرية EPO من شركة التأمين على الحياة Health Net Life Insurance Company، اتصل على قسم التأمين في كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357. في حال كنت مسجلاً في منظمة المحافظة على الصحة HMO أو خطة التوفير الصحية HSP من شركة Health Net of California, Inc.، اتصل على خط المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-HMO-2219.

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Եթե ապահովագրում եք գնել Կալիֆորնիայի շուկայական հրապարակի միջոցով, զանգահարեք 1-888-926-4988 (TTY: 711) հեռախոսահամարով: Լրացուցիչ օգնության համար, եթե անդամագրված եք Health Net Life Insurance Company-ի PPO կամ EPO ապահովագրությանը, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության բաժին՝ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով: Եթե անդամագրված եք Health Net of California, Inc.-ի HMO կամ HSP ծրագրին, զանգահարեք DMHC օգնության գիծ՝ 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով:

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。如果您是透過加州健康保險交易市場購買承保，請致電 1-888-926-4988 (TTY: 711)。如需進一步協助：如果您透過 Health Net Life Insurance Company 投保 PPO 或 EPO 保單，請致電 1-800-927-4357 與加州保險局聯絡。如果您透過 Health Net of California, Inc. 投保 HMO 或 HSP 計畫，請致電 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。

Hindi

बिना लागत वाली भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। यदि आपने कैलिफोर्निया मार्केट प्लैस के माध्यम से कवरेज खरीदा है तो 1-888-926-4988 (TTY: 711) पर कॉल करें। अधिक मदद के लिए: यदि आप Health Net Life Insurance Company पीपीओ PPO या ईपीओ EPO बीमा पॉलिसी में नामांकित हैं, तो कैलिफोर्निया बीमा विभाग को 1-800-927-4357 पर कॉल करें। यदि आप Health Net of California, Inc. के एचएमओ HMO या एचएसपी HSP प्लैन में नामांकित हैं, तो डीएमएसडी DMHC हेल्पलाइन के 1-888-HMO-2219 पर कॉल करें।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj teev nyob rau hauv koj daim ID card los yog hu rau 1-800-522-0088 (TTY: 711). Yog tias koj yuav kev pov hwm ntawm California marketplace hu 1-888-926-4988 (TTY: 711). Xav tau kev pab ntxiv: Yog koj tau tsab ntawv tuav pov hwm PPO los yog EPO los ntawm Health Net Life Insurance Company, hu mus rau CA Dept. of Insurance ntawm 1-800-927-4357. Yog koj tau txoj kev pab kho mob HMO los yog HSP los ntawm Health Net of California, Inc., hu mus rau DMHC tus xov tooj pab Helpline ntawm 1-888-HMO-2219.

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。日本語で文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088、(TTY: 711)までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイス（保険購入サイト）を通じて保険を購入された方は、1-888-926-4988 (TTY: 711) までお電話ください。さらに援助が必要な場合: Health Net Life Insurance CompanyのPPOまたはEPO保険ポリシーに加入されている方は、カリフォルニア州保険局 1-800-927-4357 まで電話でお問い合わせください。Health Net of California, Inc.のHMOまたはHSPに加入されている方は、DMHCヘルプライン 1-888-HMO-2219 まで電話でお問い合わせください。

Khmer

សេវាកម្មសេរីដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ បើសិនអ្នកបានទិញការធានារ៉ាប់រងតាមរយៈ ទីផ្សារនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711)។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែម ៖ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងគោលការណ៍ធានារ៉ាប់រង PPO ឬ EPO ពីក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងជីវិត Health Net Life Insurance Company សូមទាក់ទងទៅនាយកដ្ឋានធានារ៉ាប់រង CA តាមរយៈទូរសព្ទលេខ 1-800-927-4357។ បើសិនអ្នកបានចុះឈ្មោះក្នុងផែនការ HMO ឬ HSP ពីក្រុមហ៊ុន Health Net of California, Inc. នៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា សូមទាក់ទងលេខទូរសព្ទជំនួយ DMHC ៖ 1-888-HMO-2219។

Korean

무료 언어 서비스, 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화하시거나 1-800-522-0088 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스를 통해 보험을 구입하셨으면 1-888-926-4988 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 추가 도움이 필요하시면, Health Net Life Insurance Company의 PPO 또는 EPO 보험에 가입되어 있으시면 캘리포니아 주 보험국에 1-800-927-4357번으로 전화해 주십시오. Health Net of California, Inc.의 HMO 또는 HSP 플랜에 가입되어 있으시면 DMHC 도움라인에 1-888-HMO-2219번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'ehjí naaltsoos hach'í' wóltah. Shíká a'doowot nínizingo naaltsoos bee néiho'dólinígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áají' hodíílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711). California marketplace hoolyéhíjí béeso ách'áááh naaniilí ats'íís baa áháyá biniiyé nahiniíniigo éí kojí' hólne' 1-888-926-4988 (TTY: 711). Shíká anáa'doowot jinízingo: PPO éí doodaii' EPOqjí Health Net Life Insurance Company wolyéhíjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hwe'iina' bik'é'ésti'go éí CA Dept. of Insurance bich'í' hojilnih 1-800-927-4357. HMO éí doodaii' HSPqjí Health Net of California, Inc.qjí béeso ách'áááh naa'nil biniiyé hats'íís bik'é'ésti'go éí kojí' hojilnih DMHC Helpline 1-888-HMO-2219.

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر پوشش بیمه را از طریق بازارگاه کالیفرنیا خریداری کردید با شماره 1-888-926-4988 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای دریافت راهنمایی بیشتر: اگر در بیمه نامه PPO یا EPO از سوی Health Net Life Insurance Company عضویت دارید، با CA Dept. of Insurance به شماره 1-800-927-4357 تماس بگیرید. اگر در برنامه HMO یا HSP از سوی Health Net of California, Inc. عضویت دارید، با خط راهنمایی تلفنی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید.

Punjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ਿਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਮਾਰਕਿਟ ਪਲੇਸ ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਬੀਮਾ ਕਵਰੇਜ ਖਰੀਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 1-888-926-4988 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਧੇਰੀ ਮਦਦ ਲਈ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net Life Insurance Company ਪੀਪੀਓ PPO ਜਾਂ ਈਓਪੋ EPO ਬੀਮਾ ਪਾਲਿਸੀ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ, ਤਾਂ ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆਂ ਬੀਮਾ ਵਿਭਾਗ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਤੁਸੀਂ Health Net of California, Inc. ਤੋਂ ਇੱਕ ਐਚਐਮਓ HMO ਜਾਂ ਐਚਐਸਪੀ HSP ਪਲੈਨ ਵਿੱਚ ਨਾਮਾਕਿਤ ਹੋ ਤਾਂ ਡੀਐਮਐਚਸੀ DMHC ਹੈਲਪਲਾਈਨ ਨੂੰ 1-888-HMO-2219 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711). Если свою страховку вы приобрели на едином сайте по продаже медицинских страховок в штате Калифорния, звоните по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711).
Дополнительная помощь: Если вы включены в полис PPO или EPO от страховой компании Health Net Life Insurance Company, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance), телефон 1-800-927-4357. Если вы включены в план HMO или HSP от страховой компании Health Net of California, Inc., звоните по контактной линии Департамента управляемого медицинского обслуживания DMHC, телефон 1-888-HMO-2219.

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Si adquirió la cobertura a través del mercado de California, llame al 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para obtener más ayuda, haga lo siguiente: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO de Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de California, al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP de Health Net of California, Inc., llame a la línea de ayuda del Departamento de Atención Médica Administrada, al 1-888-HMO-2219.

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711). Kung bumili kayo ng pagsakop sa pamamagitan ng California marketplace tawagan ang 1-888-926-4988 (TTY: 711). Para sa higit pang tulong: Kung nakatala kayo sa insurance policy ng PPO o EPO mula sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung nakatala kayo sa HMO o HSP na plan mula sa Health Net of California, Inc., tawagan ang Helpline ng DMHC sa 1-888-HMO-2219.

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตามหมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711) หากคุณซื้อความคุ้มครองผ่านทาง California marketplace โทร 1-888-926-4988 (TTY: 711) สำหรับความช่วยเหลือเพิ่มเติม หากคุณสมัครทำกรมธรรม์ประกันภัย PPO หรือ EPO กับ Health Net Life Insurance Company โทรหากรมการประกันภัยรัฐแคลิฟอร์เนียได้ที่ 1-800-927-4357 หากคุณสมัครแผน HMO หรือ HSP กับ Health Net of California, Inc. โทรหาสายด่วนความช่วยเหลือของ DMHC ได้ที่ 1-888-HMO-2219.

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711). Nếu quý vị mua khoản bảo trả thông qua thị trường California 1-888-926-4988 (TTY: 711). Để nhận thêm trợ giúp: Nếu quý vị đăng ký hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO từ Health Net Life Insurance Company, vui lòng gọi Sở Y Tế CA theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị đăng ký vào chương trình HMO hoặc HSP từ Health Net of California, Inc., vui lòng gọi Đường Dây Trợ Giúp DMHC theo số 1-888-HMO-2219.

Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (英語)

1-877-891-9053 (廣東話)

1-877-339-8596 (韓語)

1-877-891-9053 (普通話)

1-800-331-1777 (西班牙語)

1-877-891-9051 (塔加洛語)

1-877-339-8621 (越南語)

聽障和語障人士協助

聽障專線使用者請撥 711。

www.healthnet.com

