

# WholeCare HMO

## Gold \$35 計畫概覽

本一覽表是用來協助您比較承保福利內容，僅為概要說明。您應參閱承保範圍證明 (EOC)，查詢承保福利及限制的詳細說明。

如欲確認 WholeCare HMO 醫療網有哪些醫療服務提供者可提供服務，請上網 [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) 使用 ProviderSearch (搜尋醫療服務提供者) 查詢。

福利說明	會員責任
無終身上限	✓
計畫上限	
年度自付額 (個人/家庭)	不適用
自費額上限 (個人/家庭)	\$6,000 / \$12,000
<b>專業服務<sup>1</sup></b>	
門診	\$35
專科醫師看診	\$55
透過 Teladoc 取得遠距保健服務 <sup>2</sup>	\$0
MinuteClinic <sup>3</sup>	\$30
X 光/化驗程序	\$50 / \$40
復健和創建治療	\$35
<b>複雜放射服務 (磁共振造影 (MRI)、電腦斷層掃描 (CT)、正子掃描 (PET))</b>	\$300
<b>門診服務</b>	
門診外科手術 (門診外科中心/醫院)	\$480 / \$1,200
<b>醫院服務</b>	
住院醫院	每天 \$750 (每次住院最多 3 天共付額)
專業護理機構	每天 \$25
<b>急診服務</b>	
急診室 (如果住院則免)	\$300
緊急醫療	\$55
<b>心理/行為健康/物質使用失調服務<sup>4</sup></b>	
心理/行為健康/物質使用失調 (住院)	每天 \$750 (每次住院最多 3 天共付額)
心理/行為健康/物質使用失調 (門診看診)	\$35
<b>其他服務</b>	
耐用醫療器材	30%
針灸 (醫療所必需) <sup>5</sup>	\$10
<b>處方藥承保<sup>6,7</sup></b>	
處方藥自付額 (個人/家庭)	\$0
處方藥承保層級 1/層級 2/層級 3 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) <sup>7,9</sup>	\$15 / \$50 / \$70
層級 4 藥品 <sup>8</sup>	30%
<b>小兒牙科<sup>9</sup></b>	
診斷和預防服務	\$0
<b>小兒視力<sup>10</sup></b>	
例行眼睛檢查	\$0
眼鏡 (適用限制規定)	\$0

(接下頁)

<sup>1</sup>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。

<sup>2</sup>Health Net 與 Teladoc 簽約提供醫療、心理疾病和藥物依賴病況的遠距保健服務。Teladoc 服務目的不是要取代醫師提供的服務，而是做為輔助服務。不是由 Teladoc 提供的遠距保健服務不屬於承保範圍。Teladoc 諮詢服務不承保專科醫師服務、DEA 管制物質的處方藥、非治療藥品或特定其他可能因為濫用而造成傷害的藥品。

<sup>3</sup>MinuteClinics 並未在 California 所有縣區設立據點。請上網 [www.minuteclinic.com](http://www.minuteclinic.com) 查詢最新據點資訊。

<sup>4</sup>福利由 MHN Services 管理。MHN Services 是一具簽約關係之行爲健康管理服務公司，提供行爲健康服務。

<sup>5</sup>針灸照護由 American Specialty Health Incorporated (ASH) 的子公司 American Specialty Health Plans of California, Inc. 管理。

<sup>6</sup>三個處方藥層級是指：層級 1 — 大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品。層級 2 — 非首選普通牌藥品；首選品牌藥品；或計畫的醫藥與療法 (P&T) 委員會根據藥品安全、療效和費用建議的藥品。層級 3 — 非首選品牌藥品；P&T 委員會根據藥品安全、療效和費用建議的藥品；或通常在較低層級有較低價的首選替代治療選擇藥品。

<sup>7</sup>Food 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。如果配發品牌藥品但市場上有等效的普通牌藥品，您即須支付普通牌藥品和品牌藥品間的差價。不過，如果品牌藥品是醫療所必需，且醫師取得 Health Net 的事先授權，即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)。

<sup>8</sup>層級 4 藥品包括：Food and Drug Administration (FDA) 或藥廠限制在專科藥房銷售的藥品；或需要訓練、臨床監督的自行施用藥品；或使用生物技術製造的藥品；或計畫的費用 (扣除退款後) 大於 \$600 的藥品。自行注射藥品 (胰島素以外) 視爲專科藥品。專科藥品需取得事先授權，也必須向特約專科藥房供應商取得。層級 4 藥品不超過 30 天藥量的個別處方共付額和共同保險上限 \$250。

<sup>9</sup>小兒牙科計畫由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 提供和管理。DBP 不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱計畫的承保範圍證明。

<sup>10</sup>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。

## 不歧視通知

除了 California 州的不歧視規定 (如福利承保範圍文件所說明)，Health Net of California, Inc. (Health Net) 也遵守適用的聯邦民權法律，不因種族、膚色、原始國籍、血統、宗教、婚姻狀態、性別、性別認同、性向、年齡或殘疾而歧視或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：

**透過 Exchange/Covered California 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 會員** 1-888-926-4988 (聽障專線：711)

**不是透過 Exchange 投保的個人與家庭計畫 (IFP) 會員** 1-800-839-2172 (聽障專線：711)

**個人與家庭計畫 (IFP) 申請人** 1-877-609-8711 (聽障專線：711)

**透過 Health Net 投保的團體計畫** 1-800-522-0088 (聽障專線：711)

如果您認為 Health Net 沒有提供這些服務或因為以上所列的任何特徵而有其他方式的歧視，您可撥打以上 Health Net 客戶聯絡中心電話提出申訴並告訴服務人員您需要協助提出申訴。Health Net 的客戶聯絡中心可協助您提出申訴。您也可以透過郵寄、傳真或電子郵件提出申訴：

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances

PO Box 10348

Van Nuys, CA 91410-0348

傳真：1-877-831-6019

電子郵件：Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (會員) 或  
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (申請人)

如果您的健康問題緊急、如果您已向 Health Net of California, Inc. 提出投訴但對決定不滿意或從您向 Health Net of California, Inc. 提出投訴起已經超過 30 天，您可以向 Department of Managed Health Care (DMHC) 提交獨立醫療審查 / 投訴表。您可以撥打 DMHC 服務電話 1-888-466-2219 (聽障專線：1-877-688-9891) 或上網 [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint) 提交投訴表。

如果您認為自己因為種族、膚色、原始國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR) 提出民權投訴，請透過 OCR 投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 或郵寄或致電：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, if you have an ID card, please call the Customer Contact Center number. Employer group applicants please call Health Net's Commercial Contact Center at 1-800-522-0088 (TTY: 711). Individual & Family Plan (IFP) applicants please call 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة، يرجى الاتصال برقم مركز خدمة العملاء المبين على بطاقتك. فيما يتعلق بمقدمي طلبات مجموعة صاحب العمل، يرجى التواصل مع مركز الاتصال التجاري في Health Net عبر الرقم: 1-800-522-0088 (TTY: 711). فيما يتعلق بمقدمي طلبات خطة الأفراد والعائلة، يرجى الاتصال بالرقم 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Եթե ID քարտ ունեք, օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման կենտրոնի հեռախոսահամարով: Գործատուի խմբի դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել Health Net-ի Կոմերցիոն սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Individual & Family Plan (IFP) դիմորդներին խնդրում ենք զանգահարել 1-877-609-8711 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711):

## Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員服務。您可請人將文件唸給您聽並請我們將某些文件翻譯成您的語言寄給您。如需協助且如果您有會員卡，請撥打客戶聯絡中心電話號碼。雇主團保計畫的申請人請撥打 1-800-522-0088（聽障專線：711）與 Health Net 私人保險聯絡中心聯絡。Individual & Family Plan (IFP) 的申請人請撥打 1-877-609-8711（聽障專線：711）。

## Hindi

बिना शुल्क भाषा सेवारं। आप एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेजों को अपनी भाषा में पढ़वा सकते हैं। मदद के लिए, यदि आपके पास आईडी कार्ड है तो कृपया ग्राहक संपर्क केंद्र के नंबर पर कॉल करें। नियोक्ता सामूहिक आवेदक कृपया हेल्थ नेट के कमर्शियल संपर्क केंद्र को 1-800-522-0088 (TTY: 711) पर कॉल करें। व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) आवेदक कृपया 1-877-609-8711 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## Hmong

Tsis Muaj Tus Nqi Pab Txhais Lus. Koj tuaj yeem tau txais ib tus kws pab txhais lus. Koj tuaj yeem muaj ib tus neeg nyeem cov ntaub ntauv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab cuam, yog tias koj muaj daim npav ID, thov hu rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj tus npawb. Tus tswv ntiav neeg ua haujlwm pab pawg sau ntauv thov ua haujlwm thov hu rau Health Net Qhov Chaw Tiv Toj Kev Lag Luam ntawm 1-800-522-0088 (TTY: 711). Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) cov neeg thov ua haujlwm thov hu rau 1-877-609-8711 (TTY: 711).

## Japanese

無料の言語サービスを提供しております。通訳者もご利用いただけます。日本語で文書をお読みすることも可能です。ヘルプについては、IDカードをお持ちの場合は顧客連絡センターまでお電話ください。雇用主を通じた団体保険の申込者の方は、Health Netの顧客連絡センター（1-800-522-0088、TTY: 711）までお電話ください。個人・家族向けプラン（IFP）の申込者の方は、1-877-609-8711（TTY: 711）までお電話ください。

**Khmer**

សេវាកាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យ  
លោកអ្នកជាភាសារបស់លោកអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួន សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់  
លេខរបស់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជន។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំគម្រោងជាក្រុមដែលជាបុគ្គលិក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅ  
កាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងរបស់ Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-522-0088 (TTY: 711)។ អ្នកដាក់ពាក្យសុំ  
គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-609-8711 (TTY: 711)។

**Korean**

무료 언어 서비스입니다. 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 문서 낭독 서비스를 받으실 수 있으며  
일부 서비스는 귀하가 구사하는 언어로 제공됩니다. 도움이 필요하시면 ID 카드에 수록된 번호로  
고객서비스 센터에 연락하십시오. 고용주 그룹 신청인의 경우 Health Net의 상업 고객서비스 센터에  
1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 개인 및 가족 플랜(IFP) 신청인의 경우  
1-877-609-8711(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

**Navajo**

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'iiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádíóót'jį́. Naaltsos da t'áá  
shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníí. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo  
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'  
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí kojí' hodíílnih Health Net's Commercial  
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'á'chíní (IFP) báhígíí éí kojí' hojilnih  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Persian (Farsi)**

خدمات زبان بدون هزینه. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید اسناد به زبان شما برایتان خوانده شوند. برای  
دریافت کمک، اگر کارت شناسایی دارید، لطفاً با شماره مرکز تماس مشتریان تماس بگیرید. متقاضیان گروه کارفرما لطفاً با مرکز تماس  
تجاری Health Net به شماره 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید. متقاضیان طرح فردی و خانوادگی (IFP) \* لطفاً با  
شماره 1-877-609-8711 (TTY:711) تماس بگیرید.

**Panjabi (Punjabi)**

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ  
ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਇੱਕ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਹੈ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ  
ਕੇਂਦਰ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਮਾਲਕ ਦਾ ਗਰੁੱਪ ਬਿਨੈਕਾਰ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਦੇ ਵਪਾਰਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ  
1-800-522-0088 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਬਿਨੈਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ  
1-877-609-8711 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Russian**

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь переводчика. Вам могут прочитать  
документы на Вашем родном языке. Если Вам нужна помощь и у Вас при себе есть карточка  
участника плана, звоните по телефону Центра помощи клиентам. Участники коллективных планов,  
предоставляемых работодателем: звоните в коммерческий центр помощи Health Net по телефону  
1-800-522-0088 (TTY: 711). Участники планов для частных лиц и семей (IFP): звоните по телефону  
1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Spanish**

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete, obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, si tiene una tarjeta de identificación, llame al número del Centro de Comunicación con el Cliente. Los solicitantes del grupo del empleador deben llamar al Centro de Comunicación Comercial de Health Net, al 1-800-522-0088 (TTY: 711). Los solicitantes de planes individuales y familiares deben llamar al 1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Tagalog**

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo sa inyong wika. Para sa tulong, kung mayroon kayong ID card, mangyaring tumawag sa numero ng Customer Contact Center. Para sa mga grupo ng mga aplikante ng tagapag-empleyo, mangyaring tumawag sa Commercial Contact Center ng Health Net sa 1-800-522-0088 (TTY: 711). Para sa mga aplikante ng Planong Pang-individuwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP), mangyaring tumawag sa 1-877-609-8711 (TTY: 711).

**Thai**

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ และคุณมีบัตรประจำตัว โปรดโทรหมายเลขศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ ผู้สมัครกลุ่มนายจ้าง โปรดโทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ของ Health Net ที่หมายเลข 1-800-522-0088 (โหมด TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โหมด TTY: 711)

**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 bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được giúp đỡ, nếu quý vị có thẻ ID, vui lòng gọi đến số điện thoại của Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng. Những người nộp đơn xin bảo hiểm nhóm qua hãng sở vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Thương Mại của Health Net theo số 1-800-522-0088 (TTY: 711). Người nộp đơn thuộc Chương Trình Cá Nhân & Gia Đình (IFP), vui lòng gọi số 1-877-609-8711 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017550EH00 (12/17)