

2016 年度福利摘要

Health Net Violet (PPO)

San Francisco County, CA



各項福利將自 2016 年 1 月 1 日起生效
H5439 Health Net Life Insurance Company
H5439_2016_0193_CHI CMS Accepted 09172015



福利摘要

2016 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日

本手冊為您提供了本計畫的承保範圍及費用摘要。本手冊並未列出本計畫承保的所有服務，也並未列出所有限制或排除項目。如欲取得本計畫承保服務的完整清單，請致電與我們聯絡並向我們索取「承保範圍證明」。

您可選擇要如何取得 Medicare 福利

- 您可選擇透過 Original Medicare（按服務收費的 Medicare）取得 Medicare 福利。Original Medicare 是由聯邦政府直接管理。
- 您也可選擇加入 Medicare 健保計畫（如 **Health Net Violet (PPO)**）並透過其取得您的 Medicare 福利。

Medicare 選擇比較建議

此福利摘要手冊為您提供了 **Health Net Violet (PPO)** 的承保範圍及費用摘要。

- 如果您想將本計畫與其他 Medicare 健保計畫作比較，請向其他計畫索取其福利摘要手冊。或者，使用 <http://www.medicare.gov> 網站上的 Medicare Plan Finder（Medicare 計畫搜尋工具）。
- 如果您想瞭解更多有關 Original Medicare 承保範圍與費用的資訊，請參閱最新版的「**Medicare & You**」手冊。您可在網上檢視該手冊，網址為 <http://www.medicare.gov>，或者您可致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取一份副本，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。

本手冊的章節

- **Health Net Violet (PPO)** 相關須知事項
- 月保費、自付額以及承保服務的付費限制
- 承保的醫療福利與醫院福利
- 處方藥福利
- 自選福利（您必須支付額外保費才能享有這些福利）

本文件有其他格式可供索取，如盲文版和大字版。

This document may be available in a non-English language. For additional information, call us at 1-800-960-4638 (TTY: 711).

本文件可能有非英語的語言版本可供索取。如需額外資訊，請致電 1-800-960-4638（聽語障專線：711）與我們聯絡。

Health Net Violet (PPO) 相關須知事項

營業時間

您可於每週 7 天太平洋時間上午 8 點至晚上 8 點 致電與我們聯絡。

Health Net Violet (PPO) 電話號碼與網站

- 如果您是本計畫的會員，請致電免付費電話 1-800-960-4638（聽障專線：711）。
- 如果您不是本計畫的會員，請致電免付費電話 1-800-977-6738（聽障專線：711）。
- 我們的網站：<http://www.healthnet.com/medicare>

誰可以參加？

如欲加入 **Health Net Violet (PPO)**，您必須有權享有 Medicare A 部分，並且已投保 Medicare B 部分，同時住在本計畫的服務區域內。

本計畫的服務區域包括 California 以下各郡：San Francisco。

我可以使用哪些醫師、醫院及藥房？

Health Net Violet (PPO) 擁有一個由醫師、醫院、藥房及其他醫療服務提供者所組成的網絡。如果您使用本計畫網絡內的醫療服務提供者，您需為承保服務支付的費用可能會較低。不過如果您希望的話，您也可以使用非本計畫網絡內的醫療服務提供者。

一般而言，您必須使用網絡藥房領取承保的 D 部分處方藥。

本計畫的部分網絡藥房有首選分攤費用。如果您使用這些藥房，您所需支付的費用可能較低。

您可在我們的網站 (www.healthnet.com/medicare) 上參閱本計畫的醫療服務提供者名錄。

您可在我們的網站 (<https://www.healthnet.com/medicare/pharmacy>) 上參閱本計畫的藥房名錄。

或者，您可致電與我們聯絡，我們將會寄一份醫療服務提供者及藥房名錄給您。

本計畫承保哪些服務？

如同所有的 Medicare 健保計畫，本計畫承保 Original Medicare 承保的所有項目，還承保其他額外項目。

- 本計畫的會員可獲得屬於 Original Medicare 承保範圍的所有福利。就當中的某些福利而言，您在本計畫所需支付的費用可能會高於您在 Original Medicare 所需支付的費用。但就其他福利而言，您需支付的費用則可能會較少。
- 本計畫的會員還可獲得 Original Medicare 承保範圍外的其他服務。本手冊列出了部分額外福利。

我們承保 D 部分藥品。此外，我們承保 B 部分藥品，如化學治療以及部分由您醫療服務提供者所施用的藥品。

- 您可在我們的網站 <https://www.healthnet.com/medicare/pharmacy> 上檢視完整的計畫處方一覽表（D 部分處方藥清單）以及任何相關限制。
- 或者，您可致電與我們聯絡，我們將會寄一份處方一覽表給您。

我該如何判定自己的藥品費用？

本計畫將各項藥物分別歸類至六個「層級」中的其中一個層級。您將需使用處方一覽表來查詢您藥品所屬的層級以判定您所需支付的費用。您所需支付的費用金額將視您藥品的層級以及您所達到的福利階段而定。我們將會於本文件的後面詳述您將會遇到的各福利階段：初步承保、承保缺口及重大傷病承保。

福利摘要

2016年1月1日至2016年12月31日

月保費、自付額以及承保服務的付費限制

月保費為多少？	每個月 0 美元。此外，您必須繼續支付 Medicare B 部分保費。
自付額為多少？	本計畫針對部分的醫院服務及醫療服務設有自付額。 每年 520 美元，適用於部分網絡內及網絡外服務。 本計畫未針對 D 部分處方藥設定自付額。
我需為承保服務支付的費用是否有任何限制？	是的。如同所有的 Medicare 健保計畫，本計畫針對您醫療照護及醫院照護的自費額設有年度上限，以為您提供保障。 您在本計畫的年度上限如下： <ul style="list-style-type: none">• 透過網絡內醫療服務提供者取得的服務為 5,000 美元。• 透過任何醫療服務提供者取得的服務為 6,700 美元。 您透過網絡內醫療服務提供者取得服務的上限金額將會計入此上限中。 如果您達到自費額上限，您可繼續接受承保的醫院服務及醫療服務，而我們將會在該年度剩餘的時間裡給付全額費用。 請注意，您還是必須支付月保費及為您的 D 部分處方藥支付分攤費用。
計畫的給付額是否有限制？	沒有。本計畫沒有針對計畫給付額設限。

承保的醫療福利與醫院福利

注意：

- 有 1 標記的服務可能需要事先授權。

門診照護與服務

針灸	本計畫承保針灸福利，但需額外付費。請參閱本手冊的「自選福利」部分，以瞭解相關費用。
救護 1	<ul style="list-style-type: none">• 網絡內：345 美元共付額• 網絡外：345 美元共付額
脊椎推拿治療 1	矯正半脫位（1 節或多節脊椎骨脫位）的脊椎推拿： <ul style="list-style-type: none">• 網絡內：20 美元共付額• 網絡外：40 美元共付額
牙科服務	有限的牙科服務（此不包含與照護、治療、補牙、拔牙或換牙相關的服務）： <ul style="list-style-type: none">• 網絡內：您無需支付任何費用• 網絡外：您無需支付任何費用
糖尿病用品與服務 1	糖尿病監控用品： <ul style="list-style-type: none">• 網絡內：您無需支付任何費用• 網絡外：費用的 10% 至 20%，視用品而定 糖尿病自我管理訓練： <ul style="list-style-type: none">• 網絡內：您無需支付任何費用• 網絡外：您無需支付任何費用 治療鞋或鞋墊： <ul style="list-style-type: none">• 網絡內：費用的 10%• 網絡外：費用的 10% 至 20%，視用品而定

<p>診斷檢測、化驗和放射服務以及 X 光（這些服務的費用可能會根據服務地點而異）¹</p>	<p>診斷放射服務（如磁振造影 (MRI)、電腦斷層 (CT) 掃描）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：費用的 30% <p>診斷檢測與程序：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：費用的 30% <p>化驗服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：費用的 30% <p>門診 X 光：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：費用的 30% <p>放射治療服務（如癌症放射治療）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：費用的 30%
<p>醫師門診</p>	<p>主治醫師看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：10 美元共付額 • 網絡外：35 美元共付額 <p>專科醫師看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：30 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額
<p>耐用醫療器材（輪椅、氧氣等）¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：費用的 10% • 網絡外：費用的 10%
<p>急診照護</p>	<p>75 美元共付額</p> <p>如果您立即住院，您將無需支付急診照護的分攤費用。請參閱本手冊的「住院照護」部分，以瞭解其他費用。</p> <p>計畫針對在美國及其領土境外提供的附加緊急／急診服務每年的承保上限是 50,000 美元。</p>
<p>足部照護 （足科服務）</p>	<p>足部檢查和治療，但條件是您必須有因糖尿病而引起的神經損傷和／或您符合特定條件：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額

聽力服務	<p>用於診斷和治療聽力及平衡問題的檢查：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：費用的 30%
居家醫療保健 ¹	<ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：您無需支付任何費用
精神健康照護 ¹	<p>住院看診：</p> <p>針對在精神病院所提供的住院精神健康照護，本計畫終身最多承保 190 天。住院照護限制不適用於在一般醫院所提供的住院精神健康服務。醫院及專業護理院所 (SNF) 福利的共付額是根據福利期來計算。福利期是從您住院成為住院病人當天開始算起，並當您連續達 60 天未接受任何住院照護（如在 SNF 則為專業照護）時終止。如果您在一段福利期結束後又入住醫院或 SNF，新的福利期便會開始。每段福利期您都必須支付住院自付額。福利期沒有次數上限。</p> <p>本計畫承保 90 天的住院。</p> <p>本計畫亦承保 60 天的「終身儲備日」。終身儲備日是指本計畫承保的「額外」天數。如果您住院超過 90 天，您即可使用這些額外的天數。不過一旦您用盡了這額外的 60 天，您的住院承保範圍將僅限 90 天。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：每次住院 300 美元共付額 • 網絡外：每次住院 500 美元共付額 <p>門診團體治療看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額 <p>門診個人治療看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額
門診復健 ¹	<p>心臟復健服務（每天最多 2 節一小時的復健，36 週內最多限 36 節）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額 <p>職能治療看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額 <p>物理治療以及言語和語言治療看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：40 美元共付額

門診藥物濫用 ¹	<p>團體治療看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：費用的 30% <p>個人治療看診：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：25 美元共付額 • 網絡外：費用的 30%
門診外科手術 ¹	<p>門診外科手術中心：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：100 美元共付額 • 網絡外：費用的 30% <p>門診醫院：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：250 美元共付額 • 網絡外：費用的 30%
非處方項目	不屬於承保範圍
義肢裝置 (支架、義肢等) ¹	<p>義肢裝置：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：費用的 10% • 網絡外：費用的 10% <p>相關醫療用品：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：費用的 10%
洗腎	<ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：費用的 20% • 網絡外：費用的 20%
運輸服務	不屬於承保範圍
緊急需求服務	<p>35 美元共付額</p> <p>如果您立即入院，您將無需支付緊急需求服務的分攤費用。請參閱本手冊的「住院照護」部分，以瞭解其他費用。</p>

<p>視力保健服務</p>	<p>用於診斷及治療眼部疾病和病況的檢查（包含年度青光眼篩檢）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：0 至 25 美元共付額，視服務而定 • 網絡外：費用的 0% 至 30%，視服務而定 <p>例行眼睛檢查（每年最多 1 次）：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：10 美元共付額 • 網絡外：費用的 0% 至 30%，視服務而定 <p>白內障外科手術後的眼鏡或隱形眼鏡：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：您無需支付任何費用
<p>預防照護</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：您無需支付任何費用 • 網絡外：您無需支付任何費用 <p>本計畫承保許多預防服務，其中包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 腹主動脈瘤篩檢 • 酒精濫用諮詢 • 骨質密度測量 • 乳癌篩檢（乳房 X 光攝影） • 心血管疾病（行為治療） • 心血管疾病篩檢 • 子宮頸癌及陰道癌篩檢 • 大腸直腸癌篩檢 （結腸鏡檢查、大便隱血試驗、軟式乙狀結腸鏡） • 憂鬱症篩檢 • 糖尿病篩檢 • 人類免疫不全病毒 (HIV) 篩檢 • 醫療營養治療服務 • 肥胖症篩檢與諮詢 • 前列腺癌篩檢 (PSA) • 性傳染疾病篩檢與諮詢 • 戒煙諮詢（適用於沒有吸煙相關疾病徵兆之人士的諮詢） • 疫苗，包含流感預防針、B 型肝炎預防針、肺炎鏈球菌預防針 • 「歡迎投保 Medicare」預防門診（一次性） • 年度「保健」看診 <p>在合約年度期間經由 Medicare 核准的任何其他預防服務皆可獲得承保。</p>

安寧照護	針對由經 Medicare 認證的安寧照護機構所提供的安寧照護，您無需支付任何費用。您可能必須為藥品及喘息照護支付部分費用。本計畫外的安寧照護亦屬於承保範圍。請與本計畫聯絡以瞭解詳情。
住院照護	
住院照護 ¹	<p>醫院及專業護理院所 (SNF) 福利的共付額是根據福利期來計算。福利期是從您住院成為住院病人當天開始算起，並當您連續達 60 天未接受任何住院照護（如在 SNF 則為專業照護）時終止。如果您在一段福利期結束後又入住醫院或 SNF，新的福利期便會開始。每段福利期您都必須支付住院自付額。福利期沒有次數上限。</p> <p>本計畫承保不限天數的住院。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內： <ul style="list-style-type: none"> - 每次住院 300 美元共付額 - 從第 91 天之後，您每天皆無需支付任何費用 • 網絡外： <ul style="list-style-type: none"> - 每次住院 500 美元共付額
住院精神健康照護	如欲瞭解有關住院精神健康照護的資訊，請參閱本手冊的「精神健康照護」部分。
專業護理院所 (SNF) ¹	<p>本計畫最多承保 100 天的 SNF 住院。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內： <ul style="list-style-type: none"> - 從第 1 天至第 20 天，您每天皆無需支付任何費用 - 從第 21 天至第 100 天，每天 100 美元共付額 • 網絡外： <ul style="list-style-type: none"> - 從第 1 天至第 100 天，每天費用的 15%

處方藥福利

<p>我需支付多少費用？</p>	<p>B 部分藥品，如化學治療藥品 ¹：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：費用的 8% • 網絡外：費用的 10% <p>其他 B 部分藥品 ¹：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 網絡內：費用的 8% • 網絡外：費用的 10% 			
<p>初步承保</p>	<p>在您的年度總藥品費用達到 3,310 美元之前，您將需支付以下費用：年度總藥品費用是指由您及 D 部分計畫所共同支付的總藥費。 您可透過網絡零售藥房和郵購藥房取得您的藥品。</p>			
<p>標準零售藥房分攤費用</p>	<p>層級</p>	<p>一個月藥量</p>	<p>兩個月藥量</p>	<p>三個月藥量</p>
	<p>層級 1 (首選普通牌)</p>	<p>10 美元共付額</p>	<p>20 美元共付額</p>	<p>30 美元共付額</p>
	<p>層級 2 (普通牌)</p>	<p>20 美元共付額</p>	<p>40 美元共付額</p>	<p>60 美元共付額</p>
	<p>層級 3 (首選品牌)</p>	<p>47 美元共付額</p>	<p>94 美元共付額</p>	<p>141 美元共付額</p>
	<p>層級 4 (非首選品牌)</p>	<p>100 美元共付額</p>	<p>200 美元共付額</p>	<p>300 美元共付額</p>
	<p>層級 5 (專科層級)</p>	<p>費用的 33%</p>	<p>費用的 33%</p>	<p>費用的 33%</p>
	<p>層級 6 (特選保健藥品)</p>	<p>0 美元</p>	<p>0 美元</p>	<p>0 美元</p>

首選零售藥房分攤費用	層級	一個月藥量	兩個月藥量	三個月藥量
	層級 1 (首選普通牌)	5 美元共付額	10 美元共付額	15 美元共付額
	層級 2 (普通牌)	15 美元共付額	30 美元共付額	45 美元共付額
	層級 3 (首選品牌)	37 美元共付額	74 美元共付額	111 美元共付額
	層級 4 (非首選品牌)	90 美元共付額	180 美元共付額	270 美元共付額
	層級 5 (專科層級)	費用的 33%	費用的 33%	費用的 33%
	層級 6 (特選保健藥品)	0 美元	0 美元	0 美元
標準郵購分攤費用	層級	一個月藥量	兩個月藥量	三個月藥量
	層級 1 (首選普通牌)	10 美元共付額	20 美元共付額	30 美元共付額
	層級 2 (普通牌)	20 美元共付額	40 美元共付額	60 美元共付額
	層級 3 (首選品牌)	47 美元共付額	94 美元共付額	141 美元共付額
	層級 4 (非首選品牌)	100 美元共付額	200 美元共付額	300 美元共付額
	層級 5 (專科層級)	費用的 33%	費用的 33%	費用的 33%
	層級 6 (特選保健藥品)	0 美元	0 美元	0 美元

首選郵購分攤費用	層級	一個月藥量	兩個月藥量	三個月藥量
	層級 1 (首選普通牌)	5 美元共付額	10 美元共付額	10 美元共付額
	層級 2 (普通牌)	15 美元共付額	30 美元共付額	30 美元共付額
	層級 3 (首選品牌)	37 美元共付額	74 美元共付額	101 美元共付額
	層級 4 (非首選品牌)	90 美元共付額	180 美元共付額	260 美元共付額
	層級 5 (專科層級)	費用的 33%	費用的 33%	費用的 33%
	層級 6 (特選保健藥品)	0 美元	0 美元	0 美元
	<p>如果您居住在長期照護機構，您需支付的費用將與您在零售藥房領藥時相同。</p> <p>您可透過網絡外藥房領藥並支付與在網絡內藥房領藥時相同的費用。</p>			
承保缺口	<p>大多數的 Medicare 藥品計畫皆有承保缺口（亦稱為「甜甜圈缺口」）。承保缺口是指您需支付的藥品費用發生暫時性的變化。在您的年度總藥品費用（包括本計畫給付的費用以及您所支付的費用）達到 3,310 美元之後，您即開始進入承保缺口。</p> <p>在您進入承保缺口之後，您將需為承保的品牌藥品支付計畫費用的 45%，並為承保的普通牌藥品支付計畫費用的 58%，直到您的費用達到 4,850 美元，即承保缺口終止為止。並非所有人皆會進入承保缺口。</p>			
重大傷病承保	<p>在您的年度藥品自費額（包括您透過零售藥房和郵購所購買的藥品）達到 4,850 美元之後，您需支付的費用將以下列較高者為準：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 費用的 5%；或 • 普通牌藥品 2.95 美元的共付額（包括可視為是普通牌藥品的品牌藥品）以及其他所有藥品 7.40 美元的共付額。 			

自選福利

(您每個月必須為這些福利支付額外保費)

組合 1： 附加 #4 PPO：牙科 + 眼鏡用品 + 脊椎推拿治療 / 針灸	福利包括： <ul style="list-style-type: none">• 脊椎推拿治療服務• 針灸• 預防牙科服務• 綜合牙科服務• 眼鏡用品
月保費為多少？	每個月額外 27.00 美元。您必須繼續支付 Medicare B 部分保費以及您 0 美元的計畫月保費。
自付額為多少？	本組合沒有自付額。
計畫的給付額是否有限制？	本計畫針對特定福利設有承保限制。

如欲瞭解更多資訊，請聯絡

Health Net Violet (PPO)
Post Office Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

現有會員請致電 1-800-960-4638 (聽 / 語障人士請撥：711)

準會員請致電 1-800-977-6738 (聽 / 語障人士請撥：711)

從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，我們的服務時間為每週 7 天的上午 8 點至晚上 8 點，特定假日除外。但是在 2 月 14 日之後，您在週末及特定假日期間的來電將由本公司的自動電話系統處理。

www.healthnet.com

BKT003782CK00 (6/15)

Health Net 與 Medicare 簽有合約，得以提供 PPO 計畫。投保 Health Net Medicare Advantage 計畫需視合約是否續約而定。

Health Net Life Insurance Company 是 Health Net, Inc. 的子公司。Health Net 是 Health Net, Inc. 的註冊服務標章。保留所有權利。