

2018 年度福利摘要

Health Net Healthy Heart (HMO)

San Francisco County, CA

H0562-009



Health Net®

MEDICARE PROGRAMS

各項福利將自 2018 年 1 月 1 日起生效
H0562_18_3070SB_4525_CHI_Accepted 09092017

本手冊為您提供了本計畫的承保範圍及分攤費用摘要。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。若您想要了解本計畫完整的承保服務清單，請撥打本手冊最後一頁所列的電話號碼與我們聯絡以索取《承保範圍證明》(EOC)，或透過本計畫的網站 <https://ca.healthnetadvantage.com> 取得 EOC。

若您符合下列條件，您即符合投保 Health Net Healthy Heart (HMO) 的資格：

- 您有權享有 Medicare A 部分，並且已投保 Medicare B 部分。會員必須持續繳納您的 Medicare B 部分保費，否則須由 Medicaid 或其他第三方代替您繳納。
- 您必須為美國公民或合法居民，且您必須永久居住於計畫服務區域（換言之，您的永久住所位於 Health Net Healthy Heart (HMO) 的服務區域所屬郡縣）。我們的服務區域包括以下 California 各縣：San Francisco 縣。
- 您並未罹患末期腎臟病 (ESRD)。

Health Net Healthy Heart (HMO) 計畫讓您可以在您的所在地區使用我們技術卓越的醫療服務提供者網絡。您可以選擇一位主治醫療服務提供者 (PCP) 來與您共同協調您的照護。您可以索取一份最新的醫療服務提供者名錄，或上網 <https://ca.healthnetadvantage.com> 查詢最新的網絡醫療服務提供者清單。（請注意，除非是急診照護、網絡外緊急需求照護、區域外洗腎服務及本計畫授權使用網絡外醫療服務提供者的情況，否則如果您透過計畫外醫療服務提供者取得醫療保健服務，Medicare 和 Health Net 均不會支付服務費用。）

您可在我們的網站 <https://ca.healthnetadvantage.com> 上參閱本計畫的醫療服務提供者名錄。

本 Health Net (HMO) 計畫也包括 D 部分承保，方便您透過單一便捷的管道協調您的醫療和處方藥需求。

福利摘要

2018 年 1 月 1 日至 2018 年 12 月 31 日	
保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)
計畫月保費，包括 C 部分以及 D 部分保費	<p>\$124</p> <p>您必須繼續支付 Medicare B 部分的保費。</p>
自付額	<p>C 部分服務的自付額為 \$0</p> <p>D 部分處方藥的自付額為 \$0</p> <p>例行牙科服務的自付額為 \$35</p> <p>一旦您支付了您的自付額，在該福利期間剩餘時間，我們就會開始針對承保的醫療服務支付我們應付的分攤費用，而您則支付您的分攤費用（共付額或共同保險金額）。</p>
自費額 負擔上限 (不包含月保費及處方藥)	<p>每年 \$6,700</p> <p>此為您在該年為醫療服務支付共付額及共同保險的最高金額。</p> <p>並非所有承保服務費用均可計入自費額上限中。如需更多資訊，請參閱計畫的承保範圍證明 (EOC)。</p> <p>您還是必須為 D 部分處方藥支付分攤費用。</p>
住院承保範圍	<p>從第 1 天至第 4 天，每天共付額 \$335 ；</p> <p>從第 5 天開始，每天共付額 \$0</p> <p>可能需要事先授權（事先核准）。</p> <p>可能需要轉介。</p>
門診醫院 (包括在醫院門診機構和門診外科手術中心提供的服務)	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫院看診（包括硬膜外注射）： 每次看診共付額 \$275 ● 門診外科手術中心看診 （包括硬膜外注射）：每次看診共付額 \$100 <p>可能需要事先授權（事先核准）。</p> <p>可能需要轉介。</p>
醫師看診	<ul style="list-style-type: none"> ● 主治醫師：每次看診共付額 \$10 ● 專科醫師：每次就診共付額 \$15 <p>專科醫師服務可能需要事先授權（事先核准）。</p> <p>專科醫師看診可能需要轉介。</p>

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)
預防保健	<p>Medicare 承保的零分攤費用預防服務共付額為 \$0</p> <p>我們也為您承保 Original Medicare 承保的所有免費預防服務，您無需付費。若除了預防服務外，您還接受了其他服務，分攤費用即可能適用。</p> <p><i>有些服務可能需要事先授權（事先核准）。</i> <i>可能需要轉介。</i></p>
急診照護	<p>每次就診共付額 \$80</p> <p>如果您立即住院，您將無需支付急診照護的分攤費用。</p>
緊急需求服務	<p>每次就診共付額 \$10</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。</p>
診斷服務／化驗／造影	<ul style="list-style-type: none"> • 化驗服務：共付額 \$0 • 診斷檢測與程序：共付額 \$0 • 心電圖 (EKG)：共付額 \$0 • 門診 X 光：共付額 \$0 • 放射線診斷服務 （如磁振造影 (MRI)、磁振血管造影 (MRA)、電腦斷層掃描 (CT)、正子掃描 (PET)）：共付額 \$60 • 放射線治療服務 （如癌症放射線治療）：共付額 \$60 <p><i>有些服務可能需要事先授權（事先核准）。</i> <i>可能需要轉介。</i></p>
聽力服務	<ul style="list-style-type: none"> • 聽力檢查（Medicare 承保）：每次就診共付額 \$15 Medicare 承保服務包括用於診斷及治療聽力及平衡問題的檢查。會員無需自費支付分攤費用。 • 例行聽力檢查（非 Medicare 承保）： 每次就診共付額 \$15（每年最多 1 次） <p><i>有些服務可能需要事先授權（事先核准）。</i> <i>可能需要轉介。</i></p>

保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)
牙科服務	<p>DPPO：牙科預防和診斷服務：</p> <ul style="list-style-type: none"> 牙科預防服務的年度自付額 \$35 年度福利上限為 \$500（網絡內與網絡外合計） 例行洗牙、檢查及咬翼片 X 光片： <ul style="list-style-type: none"> 共付額 \$0，每年度 2 次 網絡內：達到自付額後，共付額 \$0 網絡外：達到自付額後，支付最高准許費用 (MAC) 的 20% 牙科 X 光：共付額 \$0（每年度最多 1 次） <ul style="list-style-type: none"> 網絡外：達到自付額後，支付最高准許費用 (MAC) 的 20% <p>MAC：最高准許費用 (MAC) 是指，計畫針對某項承保的牙科服務准許的最高費用金額。</p> <p>支付額外保費即可獲得額外綜合福利。請參閱自選附加福利一節。</p> <p><i>有些服務可能需要事先授權（事先核准）。</i></p> <p>可能需要轉介。</p>
視力保健服務	<ul style="list-style-type: none"> 診斷與治療眼睛疾病和病況的視力檢查（Medicare 承保）： <ul style="list-style-type: none"> 每次就診共付額 \$15 年度青光眼篩檢（Medicare 承保）：共付額 \$0 白內障外科手術後的眼鏡或隱形眼鏡（Medicare 承保）：共付額 \$0 例行眼科檢查（非 Medicare 承保）：每次就診共付額 \$15 <p>支付額外保費即可獲得例行眼鏡用品（非 Medicare 承保）。請參閱自選附加福利部分。</p> <p><i>有些服務可能需要事先授權（事先核准）。</i></p> <p>可能需要轉介。</p>
心理健康服務	<p>門診：每次就診共付額 \$25</p> <p>住院：每次住院共付額 \$900</p> <p><i>可能需要事先授權（事先核准）。</i></p>
特護療養機構	<p>每個福利期間您需支付：</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 從第 1 天至第 20 天，每天共付額 \$0 從第 21 天至第 100 天，每天共付額 \$75 <p>有些服務可能需要事先授權（事先核准）。 可能需要轉介。</p>
保費與福利	Health Net Healthy Heart (HMO)
物理治療	<p>每次就診共付額 \$20</p> <p>可能需要事先授權（事先核准）。 可能需要轉介。</p>
救護車	<p>共付額 \$210</p> <p>針對 Medicare 承保的救護車服務，費用以每趟單程計算。 若單日超過一趟以上，無需加收費用。</p> <p>非急診救護車服務可能必須事先授權（事先核准）。</p>
運輸服務	不屬於承保範圍
Medicare B 部分藥品	<ul style="list-style-type: none"> 化學治療藥品：20% 共同保險 其他 B 部分藥品：20% 共同保險 <p>可能需要事先授權（事先核准）。</p>
保健方案	<ul style="list-style-type: none"> 24 小時護士諮詢專線：共付額 \$0 <p>若有關於健康的問題，您可致電護理專線，本專線 24 小時全年無休。</p> <ul style="list-style-type: none"> 戒煙（戒煙諮詢）（Medicare 承保）：共付額 \$0 <p>額外的戒煙諮詢會談（不限次數）。</p> <p>由受過訓練之臨床人員提供的線上及電話戒煙諮詢。包括戒煙步驟、計畫、諮詢及教育指引；深入評估及個人化戒煙計畫、最多 4 次主動一對一諮詢電話、不限次數地使用免費戒煙輔導專線、不限次數地使用網上社群，網上社群有提供線上學習工具、社交支援以及戒煙相關資訊和協助您決定藥物類型、劑量和使用方式的支援。</p> <p>若您欲了解詳細的保健方案福利清單，請參閱《承保範圍證明》。</p>

門診處方藥

自付額階段	無 D 部分自付額			
初始承保階段 （在您支付了 D 部分自付額後，如適用）	分攤費用可能會依據您所選擇的藥房（如標準零售藥房、郵購藥房、長期照護或居家輸液藥房）以及您是否已進入 D 部分福利四個階段中的另一個階段而有所變動。			
		首選零售藥房處方藥 30 天藥量分攤費用	標準零售藥房處方藥 30 天藥量分攤費用	郵購 90 天藥量
	層級 1： 首選普通牌藥品	共付額 \$0	共付額 \$5	共付額 \$0
	層級 2： 普通牌藥品	共付額 \$10	共付額 \$15	共付額 \$20
	層級 3： 首選品牌藥品	共付額 \$37	共付額 \$47	共付額 \$101
	層級 4： 非首選品牌藥品	共付額 \$90	共付額 \$100	共付額 \$260
	層級 5： 專科藥品	33% 共同保險	33% 共同保險	33% 共同保險
	層級 6： 特選保健藥品	共付額 \$0	共付額 \$0	共付額 \$0
重要資訊：	<p>若您欲了解更多有關長期藥量、居家輸液或其他特定藥房分攤費用以及福利階段的資訊，請致電與我們聯絡或使用網上《承保範圍證明》。</p> <p>本文件並非本計畫承保藥品的完整清單。如需完整清單，請致電 1-800-275-4737（聽障專線使用者請致電 711）或瀏覽 https://ca.healthnetadvantage.com。您也可在我們的網站 https://ca.healthnetadvantage.com 上查看本計畫的藥房名錄。</p>			

自選附加福利

(您每個月必須為這些福利支付額外保費)

自選附加福利組合 # 6

可能需要事先授權 (事先核准)。

月保費 此額外月保費是您除了計畫月保費和每月 Medicare B 部分保費外的額外支付款項。	每月 \$23	
DPPO 牙科服務 您可接受任何持照牙醫所提供的承保預防和一般綜合牙科服務，但若您使用計畫醫療服務提供者，分攤費用將會較低。 *MAC：最高准許費用是指，計畫針對某項承保的牙科服務准許的最高費用金額。達到自付額後，您還要負擔 MAC 與帳單收費間的差額。	網絡內 <ul style="list-style-type: none"> ● 一次性的年度網絡內自付額 \$35 ● 另有每年計畫上限 \$500 (所有服務皆與網絡外服務合併計算) ● 預防服務：達到自付額後，共付額 \$0 ● 一般綜合服務：達到自付額後，需 20% 共同保險 	網絡外 <ul style="list-style-type: none"> ● 一次性的年度網絡外自付額 \$35 ● 另有每年計畫上限 \$500 (所有服務皆與網絡內服務合併計算) ● 預防服務：達到自付額後，支付最高准許費用 (MAC)* 的 20% 共同保險 ● 一般綜合服務：達到自付額後，支付最高准許費用 (MAC)* 的 40% 共同保險
例行眼鏡用品 *本計畫的給付金額以補助金額為上限，會員需負責支付任何餘額。跨年度福利在後續年度可能不再提供。	每 24 個月最高補助 \$250* <ul style="list-style-type: none"> ● 例行 (非 Medicare 承保) 眼鏡用品：隱形眼鏡和 (或) 眼鏡 (鏡框和鏡片) 補助最多 \$250，每 24 個月 / 每年度提供一次 	
脊椎推拿治療和針灸服務 每年就診次數上限合計： 30 次就診	<ul style="list-style-type: none"> ● 例行 (非 Medicare 承保) 脊椎推拿治療：每次就診共付額 \$10 ● 針灸：每次就診共付額 \$10 	
健身福利	選擇獲得簽約健身機構的會籍或居家健身方案的會籍。健身福利無需支付共付額、共同保險或自付額。	

如欲瞭解更多資訊，請聯絡

Health Net Healthy Heart (HMO)
Post Office Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420
<https://ca.healthnetadvantage.com>

現有會員請致電：1-800-275-4737（聽障專線：711）

準會員請致電：1-800-977-6738（聽障專線：711）

從 10 月 1 日起至 2 月 14 日止，您可於每週 7 天的上午 8 點至晚上 8 點致電與我們聯絡。從 2 月 15 日起至 9 月 30 日止，您可於週一至週五的上午 8 點至晚上 8 點致電與我們聯絡。在非營業時間、週末及聯邦法定假日，我們將會使用留言系統。

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 www.medicare.gov，也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，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。

此資訊並非完整的福利說明。請與計畫聯絡以取得更多資訊。限制、共付額和約束規定可能適用。福利、保費和（或）共付額／共同保險可能會於每年的 1 月 1 日變更。「共同保險」是指您為特定醫療服務支付的總費用百分比。您在取得醫療服務時需支付共同保險。

處方一覽表、藥房網絡和（或）醫療網可能會隨時變更。您將會在必要時收到通知。

本文件有其他格式可供索取，如盲文版、大字版或語音版。

Health Net of California, Inc. 與 Medicare 簽有合約，得以提供 HMO 計畫。投保 Health Net Medicare Advantage 計畫需視合約續約情況而定。

Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711). From October 1 to February 14, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From February 15 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)。
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
TAGALOG	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
ARMENIAN	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք: 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
PERSIAN	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) تماس بگیرید.
RUSSIAN	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).
JAPANESE	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけ ます。1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275- 4737 (All Other HMO) (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
ARABIC	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (مكبلا و مصلا فتاه مقرر: 711).
PUNJABI	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

MON-KHMER,
CAMBODIAN

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711)។

HMONG

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab
dawb rau koj. Hu rau 1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP),
1-800-275-4737 (All Other HMO) (TTY: 711).

HINDI

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया
1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All
Other HMO) (TTY: 711). पर कॉल करें।

THAI

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-431-9007
(Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (All Other HMO)
(TTY: 711)
