

個人與家庭計畫 EPO 保險計畫

透過 Covered California 提供
如需承保，今天就上網 www.CoveredCA.com 申請！



承保範圍和排除 與限制項目概覽

California 北部和中部可透過 Covered California 取得的計畫¹

Health Net Life Insurance Company 個人與家庭健康保險計畫重大醫療費用承保。

仔細閱讀您的保單

本承保概覽簡要說明 Health Net EPO 保單 (保單) 的重要特性。這不是保險合約，只有實際保單規定才有約束力。保單本身會詳細規定您和 Health Net Life Insurance Company (Health Net Life) 各自的權利與義務。因此，請務必仔細閱讀您的保單！

¹Health Net Life Insurance Company EPO 計畫使用 PureCare One 醫療網。在 Contra Costa、Marin、Merced、Napa、San Francisco、San Joaquin、San Mateo、Santa Cruz、Solano、Sonoma、Stanislaus 和 Tulare 縣提供服務。

計畫概覽 - Health Net Platinum 90 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
無終身上限。	
計畫上限 年度自付額	無
自費額上限 ⁴ (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	\$20
專科醫師看診	\$40
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$20
預防保健服務 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) 、磁振造影 (MRI))	10%
復健和創建服務	\$20
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	\$40
救護服務 (地面和空中)	\$150
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務	
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：\$20 門診以外：\$0
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 (胰島素除外)	10%，每份處方箋最多 \$250
處方藥承保	
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶	
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)	10%，每份處方箋最多 \$250
小兒牙科 ^{7,8}	
診斷和預防服務	\$0
小兒視力 ^{7,9}	
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。請參閱保單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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
無終身上限。	
計畫上限 年度自付額	無
自費額上限 ⁴ (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 \$6,200 / 家庭 \$12,400
專業服務 門診共付額	\$35
專科醫師看診	\$55
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$35
預防保健服務 ⁵	\$0
X 光和診斷造影	\$50
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	\$35
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 \$250 / 醫師 20%
緊急醫療	\$60
救護服務 (地面和空中)	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 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 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	20%
安寧照護服務	\$0
自行注射藥品 (胰島素除外)	20%，每份處方箋最多 \$250
處方藥承保 處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶	
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)	\$50
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$70
層級 IV (專科藥品)	20%，每份處方箋最多 \$250
小兒牙科 ^{7,8} 診斷和預防服務	\$0
小兒視力 ^{7,9} 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。請參閱保單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。
- 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。詳情請參閱保單。
- ³請參閱保單查詢網絡外補償方法。
- ⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。
- ⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。
- ⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。
- ⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。
- ⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。
- ⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
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	個人 \$2,250 / 家庭 \$4,500
自費額上限 ⁴ (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 \$6,250 / 家庭 \$12,500
專業服務 門診共付額	\$45 (免自付額)
專科醫師看診	\$70 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$45 (免自付額)
預防保健服務 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))	\$250 (免自付額)
復健和創建服務	\$45 (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 \$250 / 醫師 \$50
緊急醫療	\$90 (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 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)	門診：\$45 (免自付額) 門診以外：\$0 (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 (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 品牌藥品年度自付額 處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶ 層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	個人 \$250 / 家庭 \$500 \$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
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$75
層級 IV (專科藥品)	20%，每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)
小兒牙科 ^{7,8} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ^{7,9} 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。請參閱保單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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
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	個人 \$6,000 / 家庭 \$12,000
自費額上限 ⁴ (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 \$6,500 / 家庭 \$13,000
專業服務 門診共付額	第 1-3 次看診：\$70 (免自付額) / 第 4+ 次看診：\$70 (須自付額)
專科醫師看診	第 1-3 次看診：\$90 (免自付額) / 第 4+ 次看診：\$90 (須自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	第 1-3 次看診：\$70 (免自付額) / 第 4+ 次看診：\$70 (須自付額)
預防保健服務 ⁵	\$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)、磁振造影 (MRI))	100%
復健和創建服務	\$70 (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)	100%
緊急醫療	第 1-3 次看診：\$120 (免自付額) / 第 4+ 次看診：\$120 (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 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：\$70 (免自付額) 門診以外：\$0 (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 (胰島素除外)	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 品牌藥品年度自付額 處方藥 (透過簽約藥房 取得最多 30 天藥量) ⁶ 層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	個人 \$500 / 家庭 \$1,000 100%，每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)
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)	100%，每份處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後)
小兒牙科 ^{7,8} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ^{7,9} 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。請參閱保單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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
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	個人 \$6,850 / 家庭 \$13,700
自費額上限 ⁴ (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 \$6,850 / 家庭 \$13,700
專業服務 門診共付額	第 1-3 次看診：0% (免自付額) / 第 4+ 次看診：0% (須自付額)
專科醫師看診	0%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	第 1-3 次看診：0% (免自付額) / 第 4+ 次看診：0% (須自付額)
預防保健服務 ⁵	\$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)、磁共振造影 (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)	0%
緊急醫療	第 1-3 次看診：0% (免自付額) / 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 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) / 第 4+ 次門診：0% (須自付額) 第 1-3 次門診以外：0% (免自付額) / 第 4+ 次門診以外：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 (胰島素除外)	0%
處方藥承保 品牌藥品年度自付額 處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶ 層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	和醫療自付額合併 0%
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	0%
層級 III (僅非首選品牌藥品)	0%
層級 IV (專科藥品)	0%
小兒牙科 ^{7,8} 診斷和預防服務	0% (免自付額)
小兒視力 ^{7,9} 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。請參閱保單查詢承保條款與條件。

最低承保計畫可提供給未滿 30 歲的民眾。您如果年滿 30 歲且豁免無須遵守維持最低基本承保的聯邦規定，您可能也符合本計畫資格。您投保後必須重新向 Marketplace 申請有條件豁免，每年 1 月 1 日前必須將載明豁免證明編號的 Marketplace 通知函重新提交給 Health Net，您才能繼續留在本計畫。

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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
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	個人 \$75 / 家庭 \$150
自費額上限 ⁴ (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 \$2,250 / 家庭 \$4,500
專業服務 門診共付額	\$5 (免自付額)
專科醫師看診	\$8 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$5 (免自付額)
預防保健服務 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 \$30 / 醫師 \$25
緊急醫療	\$6 (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 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: \$0 (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 (胰島素除外)	10%，每份處方箋最多 \$150 (免自付額)
處方藥承保 處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶	
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)	10%，每份處方箋最多 \$150 (免自付額)
小兒牙科 ^{7,8} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ^{7,9} 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。請參閱保單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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
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	個人 \$550 / 家庭 \$1,100
自費額上限 ⁴ (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 \$2,250 / 家庭 \$4,500
專業服務 門診共付額	\$15 (免自付額)
專科醫師看診	\$25 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$15 (免自付額)
預防保健服務 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)、磁振造影 (MRI))	\$100 (免自付額)
復健和創建服務	\$15 (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 \$75 / 醫師 \$40
緊急醫療	\$30 (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 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：\$15 (免自付額) 門診以外：\$0 (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 (胰島素除外)	15%，每份處方箋最多 \$150 (達到處方藥自付額規定後)
處方藥承保 處方藥年度自付額 處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶ 層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	個人 \$50 / 家庭 \$100
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$5 (免處方藥自付額)
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$20
層級 IV (專科藥品)	\$35
層級 V (專科藥品)	15%，每份處方箋最多 \$150 (達到處方藥自付額規定後)
小兒牙科 ^{7,8} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ^{7,9} 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。請參閱保單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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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 EPO

福利說明	受保人的責任 ^{1,2,3}
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	個人 \$1,900 / 家庭 \$3,800
自費額上限 ⁴ (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 \$5,450 / 家庭 \$10,900
專業服務	
門診共付額	\$40 (免自付額)
專科醫師看診	\$55 (免自付額)
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$40 (免自付額)
預防保健服務 ⁵	\$0 (免自付額)
X 光和診斷造影	\$50 (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))	\$250 (免自付額)
復健和創建服務	\$40 (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 \$250 / 醫師 \$50
緊急醫療	\$80 (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	
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：\$40 (免自付額) 門診以外：\$0 (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 (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	
處方藥年度自付額	個人 \$250 / 家庭 \$500
處方藥 (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) ⁶	
層級 I (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15 (免自付額)
層級 II (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$45
層級 III (僅非首選品牌藥品)	\$70
層級 IV (專科藥品)	20%，每份處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)
小兒牙科 ^{7,8}	
診斷和預防服務	\$0 (免自付額)
小兒視力 ^{7,9}	
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。請參閱保單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。

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。詳情請參閱保單。

³請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴為網絡內服務支付的共付額或共同保險不會計入網絡外醫療服務提供者的自費額上限，為網絡外服務支付共同保險也不會計入首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵以 United States Preventive Services Task Force (USPSTF) 建議評級 A 和 B 為基礎的承保服務；疾病控制與預防中心主任 (Director of the Centers for Disease Control and Prevention, CDC) 採納的 Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 之建議；Health Resources and Services Administration (HRSA) 支持之完整準則規定的女性預防保健和篩檢；以及 HRSA 支持的嬰兒、兒童和青少年完整準則。如需更多一般建議預防服務的資訊，請前往 www.healthcare.gov。這類服務將收取預防保健適用的分攤費用。

⁶基本處方藥品清單列出屬於本計畫承保範圍的處方藥。部分藥品需要 Health Net 的事先授權。如欲索取基本處方藥品清單，請前往 Health Net 網站。請參閱保單查詢處方藥的完整資訊。計畫會承保大部分的女性處方避孕劑，無須支付任何分攤費用。有些藥品的承保可能並未遵循普通牌和品牌藥品的層級制度。請參閱您的保單和 Health Net 的基本處方藥品清單，查詢承保範圍、分攤費用和層級相關資訊。保單是具有法律約束力的文件。本手冊的資訊若與保單的資訊有所出入，以保單為準。透過郵購領取的處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的兩倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.healthnet.com。

⁷所有計畫皆包括小兒牙科和視力。

⁸小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保，由 Dental Benefit Providers, Inc. (營業名稱 Dental Benefit Administrative Services, DBP 實體) 管理。DBP 實體不是 Health Net 的關係企業。額外小兒牙科福利屬於承保範圍。詳情請參閱保單。

⁹小兒視力服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保。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。

重大醫療費用承保

此類承保旨在為被保人提供由於承保意外或疾病而產生之重大醫院、醫療和外科手術費用。提供的福利可包括每日醫院食宿、其他各類醫院服務、外科手術服務、麻醉服務、院內醫療服務、院外照護和義體用具，須遵守自付額、共付額規定或保單載明的其他限制規定。



主要福利和承保

請參閱下列清單，查看每項計畫承保服務和用品的摘要；也請參閱您投保計畫後所收到的保單。關於您的健康保險計畫包含的福利與承保，保單會提供更詳細的資訊。

備註：EPO 保險計畫不承保 PureCare One 網絡外的醫療保健服務，但急診和緊急醫療除外。

- 過敏血清
- 過敏檢測和治療
- 救護服務 – 地面救護運輸和空中救護運輸
- 門診外科手術中心
- 減重外科手術
- 妊娠病況的照護
- 臨床試驗
- 為預防或治療糖尿病相關併發症的矯正鞋具
- 糖尿病器材
- 診斷造影 (含 X 光) 與化驗程序
- 創建治療
- 居家醫療保健機構服務
- 安寧照護
- 住院服務
- 取代有機眼睛水晶體的醫療所必需植入式水晶體
- 醫療所必需的重建外科手術
- 醫療所必需的外科植入藥品
- 心理健康照護和藥物依賴福利
- 門診醫院服務
- 門診輸液療法
- 器官、組織和骨髓移植
- 病人教育 (包括糖尿病教育)
- 小兒視力，如保單所載明
- 苯酮尿症 (PKU)
- 妊娠及孕婦和接生照護服務
- 預防保健服務
- 專業服務
- 義肢 / 義體
- 放射治療、化學治療和洗腎治療
- 復健治療 (包括物理、言語、職能、心功能和肺功能治療)
- 租賃或購買耐用醫療器材
- 自行注射藥品
- 特護療養機構
- 男性和女性絕育
- 醫療所必需的牙齒傷害治療

生殖健康服務

有些醫院和其他醫療服務提供者不提供以下一項或多項可能屬於您保單的承保範圍，但您或您的家人或許會需要的服務：家庭計畫、避孕服務 (包括緊急避孕)、絕育 (包括分娩時一併進行輸卵管結紮)、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 Life 客戶聯絡中心電話 1-888-926-4988，確認您可獲得所需的醫療保健服務。

分攤費用

承保須遵守自付額、共同保險和共付額規定。請參閱保單查詢完整詳情。

證明 (服務事先授權)

有些服務需要事先證明。請參閱保單內的完整服務清單。

排除與限制項目

下列是通常不屬於承保範圍之服務的部分清單。請參閱保單，查詢任何計畫排除與限制項目的完整詳情。

- 牙科服務，但保單載明者除外。
- 顛下顎關節障礙 (TMJ) 治療和服務 (但醫療所必需的外科程序除外)。
- 為矯正上顎或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，但當此類程序為醫療上所必需時除外。
- 食物、飲食或營養補充劑，但為預防苯酮尿症 (PKU) 併發症的配方和特殊食品除外。
- 年滿 19 歲成人的視力照護，包括取代眼鏡的特定眼睛外科手術，但保單載明者除外。
- 年滿 19 歲成人的視光服務或眼睛運動，但保單特別說明者除外。
- 年滿 19 歲成人的眼鏡或隱形眼鏡，但保單載明者除外。
- 變性。
- 自願以外科手術造成不孕的復原服務。
- 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。以下服務和用品不包括在生育能力保存的承保範圍：儲存精卵或胚胎；使用冷凍精卵或胚胎以達成未來受孕；植入前基因診斷；捐贈卵子、精子或胚胎；妊娠載體 (代理孕母)。
- 特定基因檢測。
- 實驗性或研究性的服務。
- 非醫療所必需的服務或用品。
- 超過保單所載明最高金額的任何金額。
- 整容外科手術，但保單載明者除外。

- 例行身體檢查，但預防保健服務 (例如為保險、證照、就業、就學或營隊目的之身體檢查) 除外。任何與診斷或治療疾病或傷害無關的身體、視力或聽力檢查，但保單特別說明者除外。
- 為外國旅行或職業目的而進行的成人或兒童免疫接種或疫苗接種。
- 與承保疾病或傷害無關的服務。不過，治療由於非承保服務而產生的併發症 (例如由於非承保整容外科手術而產生的併發症) 屬於承保範圍。
- 療養或家居照護。
- 主要因診斷測試，原本可在門診安全執行但卻入住醫院或其他住院治療機構，而產生的住院食宿費用。
- 主要因環境改變、物理治療或慢性疼痛治療住院而產生的相關住院食宿收費。
- 不符合資格的機構所提供的任何服務或用品。不符合資格的機構是指並非合法經營的醫院或 Medicare 核准的特護療養機構，或指主要做為養老機構、療養院或任何類似機構，無論其名稱為何。
- 超過醫院 (或其他住院機構) 最普通雙人病房費率的費用。
- 不孕症治療服務。
- 私人看護。
- 非處方醫療用品和藥品，但保單載明者除外。
- 個人舒適用品。
- 矯正裝置，但按照受保人的身體量身訂製且保單載明者除外。
- 教育服務或營養諮詢，但保單載明者除外。
- 助聽器。
- 肥胖症相關服務，但保單說明者除外。
- 在未繳交額外保費的情況下透過 Medicare 福利取得的服務。
- 在承保生效日期前取得的服務。
- 在承保結束後取得的服務。
- 在沒有保險承保的情況下不收費即可為受保人提供的服務，但在非政府機構營運的慈善研究醫院取得的服務除外。
- 醫師自我治療。
- 由住在受保人家中的人或受保人的血親或姻親執行的服務。
- 受保人犯重罪 (或意圖犯重罪) 時所造成的病況，除非病況是因家庭暴力行為所造成的傷害，或因醫療狀況所造成的傷害。
- 因核能外洩造成的病況 (當有政府補助時)。
- 由地方、州或聯邦政府機構提供的任何服務，或由地方、州或聯邦政府機構給付費用的任何服務。本限制規定不適用於 Medi-Cal、Medicaid 或 Medicare。

- 代理孕母為 Health Net Life 受保人時，代理孕母妊娠服務屬於承保範圍。不過，若因代理懷孕而取得酬勞，本計畫對相關酬勞應享有留置權以補償醫療支出。
- 任何門診藥品、藥物或在任何門診場所配發或施用的其他物質，但保單說明者除外。
- 在國外取得的服務和用品，但急診照護除外。
- 居家分娩，除非符合急診照護的標準。
- 對受保人在無保險承保的情況下沒有法律責任應支付醫療服務提供者費用的服務補償。
- 網絡外醫療服務提供者因 Health Net Life 判定為超過承保費用的承保醫療服務和治療而收取的金額。
- 與下列項目相關的費用（無論是否有醫師授權）：(a) 受保人住所改動以配合受保人身體或醫療病況，包括安裝升降梯；(b) 矯正用具，但義體、固定敷料和夾板除外；(c) 空氣清淨機、空調機和增濕機；以及 (d) 教育服務或營養諮詢，但保單特別規定者除外。
- 居家使用的拋棄式用品，但保單列出的糖尿病用品除外。

有些服務需要在接受服務前由 Health Net Life 事先證明。請參閱您的保單，查詢哪些服務和程序需要事先證明的詳情。

Health Net Life 不要求洗腎服務或產婦照護的事先證明。不過，請在洗腎服務開始時或首次產前看診時致電客戶聯絡中心，電話 1-888-926-4988。

自閉症的行為健康治療也不需要取得事先證明。不過，請向 Health Net Life 提供持照醫師或持照心理醫師已確診為自閉症的證明文件。此外，合格自閉症醫療服務提供者必須向 Health Net Life 提出初步治療計畫。詳情請參閱您的保單。

本保單可否續約

在遵守保單所述終止規定的前提下，承保在 Health Net Life 收到並接受保費的每個月均有效力。

保費

我們可調整或變更您的保費。如果我們變更您的保費金額，會在保費變更生效日期的至少 60 天前發函通知您。保費會因您和您受撫養配偶或註冊同居伴侶的年齡變更而自動調整。您的住址變更時，保費也可能調整。

理賠保費比值

在 2014 年，Health Net Life 個人與家庭 PPO 和 EPO 保險計畫的產生理賠與風險調整及再保險後收取保費的比值為百分之 82.1。此產生理賠和收取保費的比值計算有別於根據平價醫療法案確立之醫療損失的比值計算。

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 please call:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TYY: 1-888-926-5180

For more help: If you are enrolled in a PPO or EPO insurance policy underwritten by Health Net Life Insurance Company, call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357. If you are enrolled in a HMO or HSP plan provided by Health Net of California, Inc., call the DMHC Helpline at 1-888-HMO-2219. Your ID card indicates whether your plan was issued by Health Net Life Insurance Company or Health Net of California, Inc.

English

Servicios de Idiomas Sin Costo. Usted puede solicitar un intérprete. Puede solicitar que se le lean los documentos y que algunos de ellos se le envíen en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación o llame al:

Planes Individuales y Familiares: 1-888-926-4988

Pequeñas Empresas: 1-888-926-5133

TDD/TYY: 1-888-926-5180

Para obtener más ayuda: Si está inscrito en una póliza de seguro PPO o EPO asegurada por Health Net Life Insurance Company, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Si está inscrito en un plan HMO o HSP proporcionado por Health Net of California, Inc., llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Cuidado Médico (por sus siglas en inglés, DMHC) al 1-888-HMO-2219. Su tarjeta de identificación indica si su plan fue emitido por Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Spanish

免費語言服務。您可以取得口譯員服務。我們可以把文件朗讀給您聽，也可以把部分翻譯成您語言的文件寄送給您。如需協助，請撥您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或請撥：

Individual & Family Plans : 1-888-926-4988

小型企業 : 1-888-926-5133

聽 / 語障專線 : 1-888-926-5180

如需其他協助：如果您投保的是由 Health Net Life Insurance Company 核保的 PPO 或 EPO 保險保單，請撥 California Department of Insurance 電話 1-800-927-4357。如果您投保的是由 Health Net of California, Inc. 提供的 HMO 或 HSP 計畫，請撥 DMHC 協助專線 1-888-HMO-2219。您的會員卡會註明您的計畫是由 Health Net Life Insurance Company 或 Health Net of California, Inc. 核發。

Chinese

Dịch vụ ngôn ngữ miễn phí. Quý vị có thể được cấp thông dịch viên và người đọc giúp các tài liệu bằng ngôn ngữ của quý vị cho quý vị. Để được trợ giúp, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc gọi:

Chương trình bảo hiểm dành cho cá nhân và gia đình: 1-888-926-4988

Chương trình bảo hiểm dành cho tiểu thương nghiệp: 1-888-926-5133

Số TDD/TYY: 1-888-926-5180

Để được trợ giúp bổ túc: Nếu quý vị ghi danh trong các hợp đồng bảo hiểm PPO hoặc EPO do Health Net Life Insurance Company cam kết tài trợ, vui lòng gọi Bộ Bảo hiểm của California theo số 1-800-927-4357. Nếu quý vị ghi danh trong chương trình bảo hiểm HMO hoặc HSP do Health Net of California, Inc. cung cấp, xin gọi Đường dây trợ giúp của DMHC theo số 1-888-HMO-2219. Trên thẻ hội viên của quý vị có ghi rõ chương trình bảo hiểm của quý vị là do Health Net Life Insurance Company hay Health Net of California, Inc. cung cấp.

Vietnamese

무료 언어 지원 서비스. 무료 통역사 서비스 및 여러분에게 편한 언어로 서류 낭독 서비스를 받을 수 있습니다.

도움이 필요하신 분은 본인의 ID 카드상의 안내번호로 전화하시거나 다음 안내번호로 문의하십시오.

개인 및 가족 플랜: 1-888-926-4988

스몰 비즈니스: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

더 많은 도움이 필요하시면: 만일 귀하가 Health Net Life Insurance Company가 인수한 PPO 또는 EPO 보험 폴리시에 가입하신 경우, 캘리포니아 보험국 (CA Dept. of Insurance), 안내번호 1-800-927-4357번으로 문의해 주십시오. 만일 귀하가 Health Net of California, Inc.에서 제공하는 HMO 또는 HSP 플랜에 가입하신 경우, 보건관리부 (DMHC) 헬프라인, 안내번호 1-888-HMO-2219번으로 문의하십시오. 귀하의 ID상에 귀하의 플랜이 Health Net Life Insurance Company에서 제공되는지 또는 Health Net of California, Inc.에서 제공되는지 명시되어 있습니다.

Korean

Walang Gastusin na Mga Serbisyo sa Wika. Maaari kang kumuha ng interpreter at basahin sa iyong wika ang mga dokumento. Para sa tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o mangyaring tumawag sa:

Individual & Family Plans: 1-888-926-4988

Small Business: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

Para sa karagdagang tulong: Kung naka-enroll ka sa isang insurance policy ng PPO o EPO na napapailalim sa Health Net Life Insurance Company, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357. Kung naka-enroll ka sa isang plano ng HMO o HSP na ipinagkakaloob ng Health Net of California, Inc., tumawag sa DMHC Helpline sa 1-888-HMO-2219. Isinasaad ng iyong ID card kung ang iyong plano ay ibinigay ng Health Net Life Insurance Company o Health Net of California, Inc.

Tagalog

Անվանար Լեզվական Ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգման ձեռք բերել և փաստաթղթերը ընթերցել տալ Ձեր լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք Ձեր ինքնության (ID) տոմսի վրա նշված համարով, կամ խնդրում ենք զանգահարել

Անհատական և Հնտանեկան Ծրագրերը 1-888-926-4988

Փոքր Ձեռնարկությունները 1-888-926-5133

Խոսքերի համար սարք (TDD/TTY) 1-888-926-5180

Հավելյալ օգնության համար՝ եթե գրանցվել եք PPO կամ EPO ապահովագրական ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net Life Insurance Company-ն, 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք (CA Dept. of Insurance): Եթե գրանցվել եք HMO կամ HSP ծրագրում, որի մատակարարն է Health Net of California, Inc.-ը, 1-888-HMO-2219 համարով զանգահարեք DMHC-ի Օգնության Գծին: Ձեր ինքնության տոմսը նշում է, թե ով է թողարկել Ձեր ծրագիրը՝ Health Net Life Insurance Company-ն, թե՞ Health Net of California, Inc.-ը:

Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и вам могут прочесть документы на вашем языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

Планы индивидуального и семейного страхования: 1-888-926-4988

Малый бизнес: 1-888-926-5133

Линия TDD/TTY: 1-888-926-5180

Для получения дополнительной помощи: если у вас страховой полис Организации с предпочтительными поставщиками услуг (Preferred Provider Organization, PPO) или Организации с обязательными поставщиками услуг (Exclusive Provider Organization, EPO), который предоставляется компанией Health Net Life Insurance Company, обращайтесь в Департамент страхования штата Калифорния (CA Dept. of Insurance) по номеру 1-800-927-4357. Если вы зарегистрированы в плане HMO или HSP, который предоставлен компанией Health Net of California, Inc., звоните на телефон Горячей линии Департамента организованного медицинского обслуживания (DMHC Helpline) по номеру 1-888-HMO-2219. На вашей идентификационной карте указано, был ли ваш план оформлен компанией Health Net Life Insurance Company или компанией Health Net of California, Inc.

Russian

無料の言語サービス。日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または以下の番号までご連絡ください。

個人および家族プラン：1-888-926-4988

中小企業：1-888-926-5133

TDD/TTY専用番号：1-888-926-5180

さらに援助が必要な場合、Health Net Life Insurance Companyが保険引受会社となるPPOまたはEPO保険ポリシーにご加入の方は、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Health Net of California, Inc.が提供するHMOまたはHSPプランにご加入の方は、DMHCヘルプライン、1-888-HMO-2219までご連絡ください。お客様のプランの発行者がHealth Net Life Insurance CompanyまたはHealth Net of California, Inc.のどちらであるかは、IDカードに記載されています。

Japanese

خدمات بی هزینه مربوط به زبان. می توانید از خدمات یک مترجم شفاهی برخوردار شده و بگوئید تا نوشته ها به زبان خودتان برایتان خوانده شوند. برای دریافت کردن کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است تماس گرفته و یا به شماره های زیر تلفن کنید:

طرح افراد و خانواده ها: 1-888-926-4988

کسب و کار کوچک: 1-888-926-5133

TDD/TTY: 1-888-926-5180

برای دریافت کمک بیشتر: اگر برای یک بیمه نامه PPO یا EPO که توسط Health Net Life Insurance Company تضمین شده است ثبت نام کرده اید، به اداره بیمه کالیفرنیا به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. اگر در یک طرح HMO یا HSP که توسط Health Net of California, Inc. فراهم شده است ثبت نام میکنید، به خط کمکی DMHC به شماره 1-888-HMO-2219 تلفن کنید. کارت شناسایی تان نشان میدهد که آیا طرح شما توسط Health Net Life Insurance Company صادر شده است یا Health Net of California, Inc.

Farsi

Health Net Individual & Family Plans

PO Box 1150

Rancho Cordova, CA 95741-1150

1-877-609-8711 (英語)

1-877-891-9050 (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

1-800-995-0852

www.healthnet.com

