

個人與家庭 EnhancedCare PPO 保險計畫

透過 Health Net Life Insurance Company (Health Net) 提供
如需承保，今天就上網 www.myhealthnetca.com 申請！



Health Net®

承保範圍和排除 與限制項目概覽

計畫只在 California 有限縣區提供¹

Health Net 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 EnhancedCare PPO 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 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 EnhancedCare PPO 計畫使用 EnhancedCare PPO 醫療網。IFP EnhancedCare PPO 計畫在 Los Angeles、Orange、Sacramento、San Diego 和 Yolo 縣的全部區域以及 Placer、Riverside 和 San Bernardino 縣的部分區域透過 Health Net 直接提供。

Platinum 90 EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
無終身上限。除非註明，否則網絡外福利皆須遵守自付額規定。		
計畫上限 年度自付額 ⁴	無	個人 \$5,000 / 家庭 \$10,000
自費額上限 ⁵	個人 \$3,350 / 家庭 \$6,700	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	\$15	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁶	\$0	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	\$30	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$15	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁷	\$0	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	\$30 / \$15	50%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	10%	50%
復健和創建治療	\$15	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	10%	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	10%	50%
專業護理機構	10%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 \$150 / 醫師 \$0	機構 \$150 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$15	50%
救護服務 (地面和空中)	\$150	\$150 (免自付額)
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁸ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	10%	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診: \$0 門診以外: 10%, 最多 \$15	50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	10%	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	10%	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0	50%

(接下頁)

Platinum 90 EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥承保 處方藥 ⁹ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$5	不屬於承保範圍
層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$15	不屬於承保範圍
層級 3 (僅非首選品牌藥品)	\$25	不屬於承保範圍
層級 4 (專科藥品)	10%，每份 30 天處方箋最多 \$250	不屬於承保範圍
小兒牙科 ^{10,11} 診斷和預防服務	\$0	不屬於承保範圍
小兒視力 ^{10,12} 例行眼睛檢查	\$0	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - \$0	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。

⁵ 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。網絡外急診照護(包括急診室和救護服務)的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁶ 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。此外，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。

⁷ 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。

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 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥(最多 90 天藥量)須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

¹⁰ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹¹ 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹² 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Gold 80 EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
無終身上限。除非註明，否則網絡外福利皆須遵守自付額規定。		
計畫上限 年度自付額	無	個人 \$5,000 / 家庭 \$10,000
自費額上限 ⁴	個人 \$7,200 / 家庭 \$14,400	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	\$30	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁵	\$0	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	\$55	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$30	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁶	\$0	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	\$55 / \$35	50%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁振造影 (MRI))	20%	50%
復健和創建治療	\$30	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	20%	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	20%	50%
專業護理機構	20%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 \$325 / 醫師 \$0	機構 \$325 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$30	50%
救護服務 (地面和空中)	\$250	\$250 (免自付額)
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁷ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	20%	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診: \$0 門診以外: 20%, 最多 \$30	50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	20%	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	20%	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0	50%

(接下頁)

Gold 80 EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥承保 處方藥 ⁸ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15	不屬於承保範圍
層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55	不屬於承保範圍
層級 3 (僅非首選品牌藥品)	\$75	不屬於承保範圍
層級 4 (專科藥品)	20%，每份 30 天處方箋最多 \$250	不屬於承保範圍
小兒牙科 ^{9,10} 診斷和預防服務	\$0	不屬於承保範圍
小兒視力 ^{9,11} 例行眼睛檢查	\$0	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - \$0	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁵ 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。此外，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。

⁶ 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。

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 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

⁹ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹⁰ 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹¹ 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Gold Value EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
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 ⁴	個人 \$1,000 / 家庭 \$2,000	個人 \$5,000 / 家庭 \$10,000
自費額上限 ⁵	個人 \$6,000 / 家庭 \$12,000	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	\$20 (免自付額)	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁶	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	\$50 (免自付額)	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$20 (免自付額)	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁷	\$0	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	\$55 / \$35 (免自付額)	50%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	20%	50%
復健和創建治療	\$20 (免自付額)	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	20%	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	20%	50%
專業護理機構	20%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 \$325 (須自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)	機構 \$325 (須自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$20 (免自付額)	50%
救護服務 (地面和空中)	\$250	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁸ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	20%	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診: \$20 (免自付額) 門診以外: 20%, 最多 \$20 (免自付額)	50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	20%	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	20%	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0 (免自付額)	50%

(接下頁)

Gold Value EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥承保 處方藥年度自付額 (每位受保人)	個人 \$500 / 家庭 \$1,000	不屬於承保範圍
處方藥⁹ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$10 (免處方藥自 付額)	不屬於承保範圍
層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$50 (達到處方藥自 付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 3 (僅非首選品牌藥品)	\$85 (達到處方藥自 付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 4 (專科藥品)	20%，每份 30 天 處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額 規定後)	不屬於承保範圍
小兒牙科^{10,11} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
小兒視力^{10,12} 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 – \$0 (免自付額)	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。

⁵ 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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁶ 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。此外，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。

⁷ 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。

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 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

¹⁰ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹¹ 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹² 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Silver 70 Off Exchange EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
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 ⁴	個人 \$2,500 / 家庭 \$5,000	個人 \$5,000 / 家庭 \$10,000
自費額上限 (包括年度自付額) ⁵	個人 \$7,550 / 家庭 \$15,100	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	\$40 (免自付額)	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁶	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	\$80 (免自付額)	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$40 (免自付額)	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁷	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	\$75 (免自付額) / \$35 (免自付額)	50%
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)	50%
復健和創建治療	\$40 (免自付額)	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	機構 20% / 醫師 20% (免自付額) ⁸	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	20% (免自付額)	50%
專業護理機構	20%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 \$350 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)	機構 \$350 (免自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$40 (免自付額)	50%
救護服務 (地面和空中)	\$255	\$255
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁹ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	機構 20% / 醫師 20% (免自付額) ⁸	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診：\$0 (免自付額) 門診以外： \$0 (免自付額)	門診：50% 門診以外：50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	\$45 (免自付額)	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	20% (免自付額)	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0 (免自付額)	50%

(接下頁)

Silver 70 Off Exchange EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥承保 處方藥年度自付額 (每位受保人)	個人 \$200 / 家庭 \$400	不屬於承保範圍
處方藥¹⁰ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品)	\$15 (達到處方藥自付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55 (達到處方藥自付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 3 (僅非首選品牌藥品)	\$80 (達到處方藥自付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 4 (專科藥品)	20%，每份 30 天 處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額規定後)	不屬於承保範圍
小兒牙科^{11,12} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
小兒視力^{11,13} 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - \$0 (免自付額)	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。
- ² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。
- ³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。
- ⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。此外，計入年度自付額的網絡外醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡內合約醫療服務提供者的年度自付額。
- ⁵ 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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。
- ⁶ 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。此外，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。
- ⁷ 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。
- ⁸ 如果醫院收取住院專業人員費用時沒有和機構費用分開，將須支付自付額。
- ⁹ 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。
- ¹⁰ 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。
- ¹¹ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。
- ¹² 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。
- ¹³ 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Silver Value EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
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 ⁴	個人 \$4,500 / 家庭 \$9,000	個人 \$9,000 / 家庭 \$18,000
自費額上限 (包括年度自付額) ⁵	個人 \$7,000 / 家庭 \$14,000	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	\$45 (免自付額)	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁶	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	\$60 (免自付額)	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	\$45 (免自付額)	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁷	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	\$70 (免自付額) / \$35 (免自付額)	50%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁振造影 (MRI))	\$300	50%
復健和創建治療	\$45 (免自付額)	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	30%	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	30%	50%
專業護理機構	30%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 \$350 (須自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)	機構 \$350 (須自付額) / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	\$45 (免自付額)	50%
救護服務 (地面和空中)	\$250	\$250
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁸ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	30%	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診：\$45 (免自付額) 門診以外： \$0 (免自付額)	門診：50% 門診以外：50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	30%	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	30%	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0 (免自付額)	50%

(接下頁)

Silver Value EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥承保 處方藥年度自付額 (每位受保人)	個人 \$500 / 家庭 \$1,000	不屬於承保範圍
處方藥⁹ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (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)	不屬於承保範圍
層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品)	\$55 (達到處方藥自 付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 3 (僅非首選品牌藥品)	\$85 (達到處方藥自 付額規定後)	不屬於承保範圍
層級 4 (專科藥品)	30%，每份 30 天 處方箋最多 \$250 (達到處方藥自付額 規定後)	不屬於承保範圍
小兒牙科^{10,11} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
小兒視力^{10,12} 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - \$0 (免自付額)	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。

⁵ 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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁶ 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。此外，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。

⁷ 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。

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 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

¹⁰ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹¹ 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 承保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹² 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 承保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Bronze 60 EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
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 ⁴	個人 \$6,300 / 家庭 \$12,600	個人 \$12,600 / 家庭 \$25,200
自費額上限 (包括年度自付額) ⁵	個人 \$7,550 / 家庭 \$15,100	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	第 1-3 次看診： \$75 (免自付額) / 第 4+ 次看診： \$75 (須自付額) ⁶	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁷	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	第 1-3 次看診： \$105 (免自付額) / 第 4+ 次看診： \$105 (須自付額) ⁶	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	第 1-3 次看診： \$75 (免自付額) / 第 4+ 次看診： \$75 (須自付額) ⁶	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁸	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	100% ⁹ / \$40 (免自付額)	50% / 50%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	100% ⁹	50%
復健和創建治療	\$75 (免自付額)	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	100% ⁹	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	100% ⁹	50%
專業護理機構	100% ⁹	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 100% ⁹ / 醫師 \$0 (免自付額)	機構 100% ⁹ / 醫師 \$0 (免自付額)
緊急醫療	第 1-3 次看診： \$75 (免自付額) / 第 4+ 次看診： \$75 (須自付額) ⁶	50%
救護服務 (地面和空中)	100% ⁹	100% ⁹
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務¹⁰ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	100% ⁹	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診：\$0 (免自 付額) 門診以外： 100%，最多 \$75	門診：50% 門診以外：50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	100% ⁹	不屬於承保範圍

(接下頁)

Bronze 60 EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
其他服務 耐用醫療器材	100% ⁹	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0 (免自付額)	50%
處方藥承保 處方藥年度自付額 (每位受保人)	個人 \$500 / 家庭 \$1,000	不屬於承保範圍
處方藥 ¹¹ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品) 層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品) 層級 3 (僅非首選品牌藥品) 層級 4 (專科藥品)	100%，每份 30 天 處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額 規定後) ¹²	不屬於承保範圍
小兒牙科 ^{13,14} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
小兒視力 ^{13,15} 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - \$0 (免自付額)	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。此外，計入年度自付額的網絡外醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡內合約醫療服務提供者的年度自付額。

⁵ 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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁶ 第 1-3 次看診 (主治醫師門診、專科醫師門診、緊急醫療和其他執業人員 [非醫師級醫療服務提供者] 門診合計，包括針灸師)：免年度自付額。第 4 次看診 — 無限制：適用年度自付額。

⁷ 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。此外，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。

⁸ 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。

⁹ 達到醫療自付額規定後，會員應負擔符合資格費用的 100%，直到達到其自費額上限為止。網絡內福利的符合資格費用是指議定費率。若是網絡外急診室和急診醫療運輸，符合資格的費用為準許費用且須支付網絡內自付額並累計到網絡內自費額上限。

¹⁰ 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。

¹¹ 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

¹² 達到藥房自付額規定後，會員將負擔所有層級 1、2、3 和 4 藥品費用的 100% (每份最多 30 天藥量的處方箋付款最高額為 \$500)，直到達到其自費額上限為止。

¹³ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹⁴ 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹⁵ 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Bronze 60 HDHP EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
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 ⁴	個人 \$6,000 / 家庭 \$12,000	個人 \$12,000 / 家庭 \$24,000
自費額上限 (包括年度自付額) ⁵	個人 \$6,650 / 家庭 \$13,300	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	40%	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁶	0%	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	40%	50%
其他執業人員門診 (包括醫療所必需的針灸)	40%	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁷	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	40%	50%
造影 (電腦斷層掃描 (CT) / 正子掃描 (PET)、磁共振造影 (MRI))	40%	50%
復健和創建治療	40%	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	40%	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	40%	50%
專業護理機構	40%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 40% / 醫師 0%	機構 40% / 醫師 0%
緊急醫療	40%	50%
救護服務 (地面和空中)	40%	40%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁸ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	40%	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	門診：40% (免自 付額) 門診以外： 40%	門診：50% 門診以外：50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	40%	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	40%	不屬於承保範圍
安寧照護服務	0%	50%
處方藥承保 處方藥年度自付額 (每位受保人)	和醫療自付額合併	不屬於承保範圍

(接下頁)

Bronze 60 HDHP EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥⁹ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品) 層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品) 層級 3 (僅非首選品牌藥品) 層級 4 (專科藥品)	40%，每份 30 天處方箋最多 \$500 (達到處方藥自付額規定後) ¹⁰	不屬於承保範圍
小兒牙科^{11,12} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
小兒視力^{11,13} 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - \$0 (免自付額)	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人根據議定費率支付共同保險，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。此外，計入年度自付額的網絡外醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡內合約醫療服務提供者的年度自付額。

⁵ 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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁶ 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。此外，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。

⁷ 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。

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 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

¹⁰ 達到藥房自付額規定後，會員將負擔所有層級 1、2、3 和 4 藥品費用的 100% (每份最多 30 天藥量的處方箋付款最高額為 \$500)，直到達到其自費額上限為止。

¹¹ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹² 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹³ 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

Minimum Coverage EnhancedCare PPO

福利說明	被保人的責任	
	網絡內 ^{1,2}	網絡外 ^{1,3}
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 ⁴	個人 \$7,900 / 家庭 \$15,800	個人 \$15,800 / 家庭 \$31,600
自費額上限 (包括年度自付額) ⁵	個人 \$7,900 / 家庭 \$15,800	個人 \$25,000 / 家庭 \$50,000
專業服務 門診	第 1-3 次看診： 0% (免自付額) / 第 4+ 次看診： 0% (須自付額) ⁶	50%
Teladoc 諮詢遠距保健服務 ⁷	第 1-3 次看診： 0% (免自付額) / 第 4+ 次看診： 0% (須自付額) ⁶	不屬於承保範圍
專科醫師諮詢	0%	50%
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) ⁶	不屬於承保範圍
預防保健服務 ⁸	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
X 光和診斷造影 / 化驗程序	0%	50%
復健和創建治療	0%	不屬於承保範圍
醫院服務 住院機構服務 (包括孕婦和接生照護)	0%	50%
門診外科手術 (限醫院或門診外科中心費用)	0%	50%
專業護理機構	0%	50%
急診服務 急診室 (如果住院則免共付額)	機構 0% / 醫師 \$0 (免自付額)	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) / 第 4+ 次看診： 0% (須自付額) ⁶	50%
救護服務 (地面和空中)	0%	0%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務⁹ 心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (住院)	0%	50%
心理 / 行為健康 / 物質使用失調服務 (門診)	第 1-3 次看診： 0% (免自付額) / 第 4+ 次看診： 0% (須自付額) ⁶ 門診以外：0%	50%
居家醫療保健服務 (每年 100 次)	0%	不屬於承保範圍
其他服務 耐用醫療器材	0%	不屬於承保範圍
安寧照護服務	\$0	50%

(接下頁)

Minimum Coverage EnhancedCare PPO (承前)

福利說明	被保人的責任	
處方藥承保 處方藥年度自付額 (每位受保人) 須遵守醫療自付額規定	和醫療自付額合併	不屬於承保範圍
處方藥¹⁰ (透過簽約藥房取得最多 30 天藥量) 層級 1 (大多數普通牌藥品和低費用首選品牌藥品) 層級 2 (非首選普通牌藥品和首選品牌藥品) 層級 3 (僅非首選品牌藥品) 層級 4 (專科藥品)	0%	不屬於承保範圍
小兒牙科^{11,12} 診斷和預防服務	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
小兒視力^{11,13} 例行眼睛檢查	\$0 (免自付額)	不屬於承保範圍
眼鏡	每年 1 副 - 0%	不屬於承保範圍

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 特定服務按規定需要 Health Net 的事先證明。未取得事先證明時，需為網絡內合約醫療服務提供者多付 \$250，為網絡外醫療服務提供者多付 \$500。詳情請參閱保單。

² 受保人應支付議定費率，議定費率是簽約或首選醫療服務提供者同意接受做為提供承保服務的費率。

³ 請參閱保單查詢網絡外補償方法。

⁴ 計入年度自付額的網絡內合約醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡外醫療服務提供者的年度自付額。此外，計入年度自付額的網絡外醫療服務提供者承保服務和用品金額，不會計入網絡內合約醫療服務提供者的年度自付額。

⁵ 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。網絡外急診照護 (包括急診室和救護服務) 的共付額或共同保險都會累計到首選醫療服務提供者的自費額上限。

⁶ 第 1-3 次看診 (主治醫師門診、緊急醫療和其他執業人員 [非醫師級醫療服務提供者] 門診合計，包括針灸師、門診心理健康 / 物質濫用)：免年度自付額。第 4 次看診 — 無限制：適用年度自付額。

⁷ 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。此外，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。

⁸ 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。

⁹ 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。

¹⁰ 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。透過郵購領取的層級 1、2 和 3 處方藥 (最多 90 天藥量) 須支付該層級共付額的三倍。有關特定藥品的詳情，請前往 www.myhealthnetca.com。

¹¹ 小兒牙科和視力服務包括在內，直到受保人滿 19 歲當月的最後一天為止。分攤費用適用非診斷性和預防性小兒牙科福利。

¹² 小兒牙科福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 Dental Benefit Administrative Services 管理。Dental Benefit Administrative Services 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。請參閱保單，查詢小兒牙科福利詳情。

¹³ 小兒視力保健服務福利由 Health Net Life Insurance Company 核保並由 EyeMed Vision Care, LLC 管理。EyeMed Vision Care, LLC 不是 Health Net Life Insurance Company 的關係企業。

重大醫療費用承保

此類承保旨在為受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：EnhancedCare PPO 保險計畫不承保 California 州外的醫療保健服務，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 (體重減輕) 外科手術 (網絡外不屬於承保範圍)
- 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)
- 小兒牙科和視力，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

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您的保單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 1-800-839-2172，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。

- 非醫療所必需的服務或用品。
- 整容外科手術，但保單載明者除外。
- 年滿 19 歲成人的牙科服務，但保單載明者除外。
- 顫下顎關節症候群 (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，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。
- 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。
- 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。
- 療養或家居照護。
- 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。本排除規定不適用嚴重精神疾病、兒童嚴重情緒障礙、自閉症或廣泛性發展障礙所需的服務。
- 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。
- 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，但保單說明者不在此限。

- 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。
- 只有在代理孕母為 Health Net 受保人時，代理孕母妊娠服務才屬於承保範圍。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。
- 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狀況，包括安裝升降梯；以及 (b) 空氣清淨機、空調機和增濕機。
- 居家使用的某些拋棄式用品，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 預先證明。請參閱您的保單，查詢哪些服務和程序需要預先證明的詳情。

Health Net 不要求洗腎服務或孕婦和接生照護的預先證明。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 1-800-839-2172。

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 2017 年，Health Net 的個人與家庭 PPO 和 EPO 保險計畫的產生理賠和收取保費(風險調整和再保險後)的比值為百分之 113.3。

不歧視通知

Health Net Life Insurance Company (Health Net) 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) 受保人 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) 受保人 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 Life Insurance Company 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 (受保人) 或

Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (申請人)

您可以向 California Department of Insurance 提出投訴，請致電 1-800-927-4357 或上網

<https://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>。

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 सेवाएं। 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। नियोजित 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'ííł. Naaltsos da t'áá
shí shizaad k'éhjí shichí' yídoolta' nínízingo t'áá ná ákódoolnííł. Ákót'éego shíká a'doowoł nínízingo
Customer Contact Center hoolyéhíjí' hodíílnih ninaaltsos nanitingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí'
bikáá'. Naaltsos nehiltsóosgo naanish bá dahikahígíí éí koji' hodíílnih Health Net's Commercial
Contact Center 1-800-522-0088 (TTY: 711). T'áá hó dóó ha'áłchíní (IFP) báhígíí éí koji' 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 ਦੁਆਰੀਏ 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 (โทร TTY: 711) ผู้สมัครแผนบุคคลและครอบครัว (Individual & Family Plan: IFP) โปรดโทร 1-877-609-8711 (โทร 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)



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

聽障專線使用者請撥 711。

www.myhealthnetca.com