

這是您的 福利摘要。

2020

Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002

加州 Riverside 和 San Bernardino 郡



H0562_101_002_20_13241SB_15168_CHI_M_Accepted 09082019

*Coverage for
every stage of life™*

本手冊概述了本計劃的承保範圍及費用分攤責任。本文件並未羅列出我們承保的所有服務，亦未列舉所有限制或例外情況。如需獲得我們承保服務的完整清單，請撥打最後一頁上的電話號碼聯絡我們，並索要「承保範圍說明書」(EOC)，或者您可以在我們的網站 (ca.healthnetadvantage.com) 上查閱 EOC。

如果您具備下述條件，則符合 Health Net Gold Select (HMO) 參保資格：

- 您有權享有 Medicare A 部份並參保了 Medicare B 部份。若 Medicaid 或其他第三方未支付 Medicare B 部份保費，會員必須繼續支付其 Medicare B 部份保費。
- 您必須為美國公民，或者可以在美國合法居留並永久居住於計劃服務區內（即您的永久居住地位於 Health Net Gold Select (HMO) 服務區郡縣內）。我們的服務區域包含加州的以下郡：Riverside 和 San Bernardino。
- 您未患有晚期腎病 (ESRD)。（如果您在參保 Health Net 商業/團體保健計劃或 Medicaid 計劃期間患上 ESRD，則屬例外。）

透過 Health Net Gold Select (HMO) 計劃，您可以在當地使用由資深醫療服務提供者組成的醫療網絡。您可以選擇一名主治醫生 (PCP) 與您共同協調護理。您可以瀏覽我們的網站：ca.healthnetadvantage.com，索取最新的醫療服務提供者和藥房目錄或網絡內醫療服務提供者清單。（請注意，如果您從計劃外提供者處獲取醫療護理，Medicare 和 Health Net Gold Select (HMO) 均不負責支付相關費用，但緊急醫療、急症治療護理（當您在網絡外時）、區域外透析服務和本計劃授權使用網絡外提供者的情況除外。）

本 Health Net Gold Select (HMO) 計劃還包括 D 部份保險，方便您透過一項計劃同時協調醫療和處方藥需求。

福利摘要

2020 年 1 月 1 日 - 2020 年 12 月 31 日

福利	Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002 保費/共付額/共同保險
月繳計劃保費	\$0 您必須繼續繳納您的 Medicare B 部份保費。
自付額	無自付額
最高自付責任 (不包括處方藥)	每年 \$899 這是您本年度為承保醫療服務支付的共付額和共同保險的最高金額。
住院治療承保* ■	每次住院的共付額為 \$0
醫院門診承保* ■	<ul style="list-style-type: none">● 醫院門診：每次就診 \$0 的共付額● 觀察服務：在醫院門診部就診時支付 \$0 的共付額● 觀察服務：在急診室就診時支付 \$120 的共付額● 門診手術中心：每次就診 \$0 的共付額
醫生看診* ■	<ul style="list-style-type: none">● 主治醫生：每次就診 \$0 的共付額● 專科醫生：每次就診 \$0 的共付額
預防保健* ■ (例如，流感疫苗、 糖尿病篩檢)	對於大多數 Medicare 承保的預防性服務，支付 \$0 的共付額 我們提供其他預防性服務。
緊急醫療	每次就診 \$120 的共付額 如果您立即入院，則無需支付共付額。
急症治療服務	每次就診 \$0 的共付額
診斷性服務/化驗/影像拍攝*	<ul style="list-style-type: none">● 化驗服務：\$0 的共付額● 診斷檢查和程序：\$0 的共付額● 門診 X 光服務：\$0 的共付額● 放射線診斷服務 (如 MRI、MRA、CT、PET)：\$60 的共付額
聽力服務* ■	<ul style="list-style-type: none">● 聽力檢查 (Medicare 承保)：\$0 的共付額● 常規聽力檢查：\$0 的共付額 (每個日曆年 1 次)● 助聽器：\$0-\$1,580 的共付額 (總共 2 個助聽器，每個日曆年每隻耳朵 1 個)
牙科服務* ■	<ul style="list-style-type: none">● 牙科服務 (Medicare 承保)：每次就診 \$0 的共付額● 預防性牙科服務：\$0 的共付額 (包括口腔檢查、洗牙、氟化物治療和 X 光檢查)● 綜合性牙科服務：您可以享受額外的綜合性牙科福利

帶 * (星號) 的服務可能需獲得您醫生的事先授權。

帶 ■ (方塊) 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

福利	Health Net Gold Select (HMO) H0562: 101-002 保費/共付額/共同保險
視力服務* ■	<ul style="list-style-type: none"> ● 視力檢查 (Medicare 承保) : 每次就診 \$0 的共付額 ● 常規眼科檢查 : 每次就診 \$0 的共付額 (每個日曆年最多 1 次) ● 對於鏡框 (或代替鏡框的隱形眼鏡) · 每 2 年的補貼上限為 \$100 ● 對於漸進式眼鏡鏡片或鏡片升級 · 每 2 年的補貼上限為 \$120 (升級僅限漸進式鏡片)
心理健康服務*	個人和團體治療 : 每次就診 \$0 的共付額
專業護理機構*	在每個受益期 · 您需要支付 : <ul style="list-style-type: none"> ● 第 1 至 20 天 · 每天 \$0 的共付額 ● 第 21 至 100 天 · 每天 \$75 的共付額
物理治療* ■	每次就診 \$0 的共付額
救護車*	<ul style="list-style-type: none"> ● 地面救護車服務 : \$195 的共付額 (每次單程載送) ● 空中救護車服務 : 5% 的共同保險 (每次單程載送)
交通接送服務* ■	\$0 的共付額 (每次單程載送) 每個日曆年最多 20 次前往計劃批准地點的單程載送 · 可能適用里程數限制。
Medicare B 部份藥物*	<ul style="list-style-type: none"> ● 化療藥物 : 20% 的共同保險 ● 其他 B 部份藥物 : 20% 的共同保險

帶 * (星號) 的服務可能需獲得您醫生的事先授權。

帶 ■ (方塊) 的服務可能需要從您的醫生處轉診。

D 部份處方藥

自付額階段	本計劃沒有 D 部份自付額。		
初始承保階段 (您支付自付額後， 如適用)	在您的自付額後 (如適用)，本計劃將支付其應承擔的藥物費用，而您也將支付您應承擔的費用。您年初至今「藥費總額」達到 \$4,020 前，一般屬於該階段。「藥費總額」為您的承保 D 部份藥物總費用。其中包括計劃支付的費用以及您支付的費用。一旦您的「藥費總額」達到 \$4,020，您將進入下一個付款階段 (承保缺口階段)。		
	首選零售藥房 處方藥 30 天份量	標準零售藥房 處方藥 30 天份量	郵購 處方藥 90 天份量
第 1 級：首選普通藥	\$0 的共付額	\$5 的共付額	\$0 的共付額
第 2 級：普通藥	\$10 的共付額	\$20 的共付額	\$20 的共付額
第 3 級：首選品牌藥	\$37 的共付額	\$47 的共付額	\$101 的共付額
第 4 級：非首選藥物	\$90 的共付額	\$100 的共付額	\$260 的共付額
第 5 級：特殊級藥	33% 的共同保險	33% 的共同保險	不適用
第 6 級：選擇性護理藥物	\$0 的共付額	\$0 的共付額	\$0 的共付額
承保缺口階段	<p>由於我們計劃在承保缺口階段提供了額外的缺口承保，因此您的自付費用有時可能會低於上述費用。如需詳細資訊，請參閱承保範圍說明書 (EOC) 的第 6 章。</p> <p>在該付款階段，您可就承保的品牌藥獲得 70% 製造商折扣，計劃將承保另外的 5%，因此您將為品牌藥支付 25% 的議定價格及部份配藥費。此外，對於普通藥，計劃將支付 75%，您支付 25%。(由計劃支付的金額並不計入您的自付費用。)</p> <p>您年初至今「自付費用」達到 \$6,350 前，一般屬於該階段。「自付費用」包括您配取或重新配取 D 部份承保處方藥時支付的費用，以及以下任何計劃或組織為您支付的藥費：Medicare 提供的「額外補助」；Medicare 的承保缺口折扣計劃；印第安健康服務；AIDS 藥物協助計劃；大部份慈善組織；大部份州政府醫藥補助計劃 (SPAP)。一旦您的「自付費用」達到 \$6,350，您將進入下一個付款階段 (重大傷病承保階段)。</p>		
重大傷病承保階段	在此付款階段期間，計劃為您支付大部份的承保藥費。就各處方藥而言，您需要支付 (以金額較大者為準)：相當於 5% 共同保險的藥費或共付額 (普通藥或被視為普通藥的藥物為 \$3.60，所有其他藥物為 \$8.95)。		
重要資訊	<p>分攤費用可能因您接受的補助等級、選擇的藥房 (例如首選零售藥房、標準零售藥房、郵購藥房、長期護理藥房或居家輸液藥房) 而有所不同，並在您進入 D 部份福利四個階段的任何階段時發生變化。</p> <p>要瞭解有關長期供藥藥房、居家輸液藥房或其他藥房特定分攤費用和福利階段的更多資訊，請致電我們或線上查閱 EOC。</p>		

其他承保福利

福利	Health Net Gold Select (HMO) H0562 : 101-002 保費/共付額/共同保險
類鴉片藥物治療計劃服務*	<ul style="list-style-type: none"> ● 個人環境：每次就診 \$0 的共付額 ● 團體環境：每次就診 \$0 的共付額
非處方 (OTC) 用品	對於可透過郵購服務購買的用品，\$0 的共付額（每季度 \$85 的補貼）。每個訂單中每種用品限 15 份，血壓監測儀除外（每年限一台）。請瀏覽計劃網站，以瞭解承保的非處方用品清單。
脊椎推拿護理* ■	<ul style="list-style-type: none"> ● 脊椎推拿服務（Medicare 承保）：每次就診 \$0 的共付額 ● 常規脊椎推拿服務：每次就診 \$10 的共付額（與針灸服務合計，每個日曆年 30 次就診）
針灸* ■	每次就診 \$10 的共付額（與常規脊椎推拿服務合計，每個日曆年 30 次就診）
醫療設備/用品*	<ul style="list-style-type: none"> ● 耐用醫療設備（如輪椅、氧氣設備）：20% 的共同保險 ● 義肢（如支架、假肢）：20% 的共同保險 ● 糖尿病用品：\$0 的共付額
足部護理 ■ （足療服務）	<ul style="list-style-type: none"> ● 足部檢查和治療（Medicare 承保）：\$0 的共付額 ● 常規足部護理：每次就診 \$0 的共付額（每個日曆年 12 次就診）
健康計劃	<ul style="list-style-type: none"> ● 健身計劃：\$0 的共付額 ● 24 小時 Nurse Connect：\$0 的共付額 ● 停止吸煙和煙草使用補充福利（對戒煙或煙草使用的諮詢）：\$0 的共付額 ● 承保終身一台個人緊急醫療應答設備，\$0 的共付額 如果需要所提供的健康計劃福利的詳細清單，請參閱 EOC。
全球緊急護理	每個日曆年，美國及其屬地境外的補充急症/緊急服務的計劃承保限額為 \$50,000。

帶 *（星號）的服務可能需獲得您醫生的事先授權。

帶 ■（方塊）的服務可能需要從您的醫生處轉診。

要瞭解更多資訊，請聯絡：

Health Net Gold Select (HMO)
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410

ca.healthnetadvantage.com

現有會員應致電：1-800-275-4737 (聽障專線：711)

準會員應致電：1-800-977-6738 (聽障專線：711)

10月1日至3月31日，您可在上午8點至晚上8點與我們聯絡，每週7天。4月1日至9月30日，您可在週一至週五的上午8點至晚上8點與我們聯絡。下班後、週末和聯邦假日期間我們會啟用語音訊息系統。

如要詳細瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參見您當前的「Medicare 與您」手冊。線上瀏覽 www.medicare.gov 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，全天候服務。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

本資訊並非完整之福利敘述。請致電 1-800-275-4737 (聽障專線：711) 瞭解更多資訊。

「共同保險」是指您支付特定醫療和/或處方藥服務總費用的百分比。

處方一覽表、藥房網絡和/或醫療服務提供者網絡可能會不時有所調整。必要時您會收到通知。

本文件可能會提供其他格式版本，例如：盲文、大字印刷或音訊。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-275-4737 (TTY: 711)

注意：如果您說中文，您可以獲得免費的語言協助服務。請致電 1-800-275-4737 (聽障電話：711)

Health Net 與 Medicare 簽有提供 HMO 計劃的合約。能否在 Health Net 註冊參保視合約續簽情況而定。

