

## Health Net Ruby Select (HMO) 是由 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC. 提供

### 2021 年度變更通知

您目前是 Health Net Ruby Select (HMO) 的投保會員。明年度，本計畫的部分費用和福利將會有所變更。本手冊將為您說明這些變更。

- 您可於今年 10 月 15 日至 12 月 7 日期間，針對您明年的 Medicare 承保範圍進行變更。

---

#### 現在應採取的行動

##### 1. 提問：您適用哪些變更項目

- 查看我們的福利和費用變更，以瞭解其是否會對您有所影響。
  - 請務必立即審閱您的承保範圍，以確保其能夠滿足您明年的需求。
  - 這些變更是否影響您使用的服務？
  - 請參閱第 1.5 和 1.6 節，瞭解我們計畫的福利和費用變更的相關資訊。
- 查看手冊中的處方藥承保範圍變更，以瞭解其是否會對您有所影響。
  - 您的藥品在承保範圍內嗎？
  - 您藥品的所屬層級和分攤費用是否改變？
  - 您使用的任何藥品有新限制嗎，例如：在您領取處方藥之前必須先獲得本計畫的核准？
  - 您是否可以繼續於相同藥房取得藥品？使用該藥房的費用有變更嗎？
  - 審閱 2021 年度的藥品清單並查看第 1.6 節，以瞭解本計畫藥品承保範圍變更的相關資訊。
  - 您的藥品費用可能自去年起已調漲。請向您的醫師諮詢可能適合您的較低費用選擇；您可因此節省不少一整年的年度自費額。如需藥品價格的其他相關資訊，請瀏覽 [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices)。以下資訊看板列出已調漲價格的藥廠，以及藥品價格與去年相比的其他資訊。切記，您確切的自費藥品費用變更幅度取決於您的計畫福利。

- 查看並瞭解您的醫師和其他醫療服務提供者是否在我們明年的網絡內。
  - 您經常看診的醫師（包括專科醫師）是否仍在本計畫網絡內？
  - 您看診的醫院或其他醫療服務提供者的相關資訊為何？
  - 請參閱第 1.3 節，以瞭解我們《醫療服務提供者及藥房名錄》的相關資訊。
- 考慮您的醫療保健總費用。
  - 您將為定期使用的服務和處方藥花費多少自費額？
  - 您將為保費和自付額花費多少金額？
  - 您的總計畫費用和其他的 Medicare 承保範圍選項相比為何？
- 考慮您是否對本計畫感到滿意。

## 2. 比較：瞭解其他計畫選項

- 查看您所在地區的計畫承保範圍和費用。
  - 利用 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) 網站上「Medicare Plan Finder（Medicare 計畫查詢工具）」的個人化搜尋功能。
  - 審閱《Medicare & You》手冊背面的清單。
  - 查看第 3.2 節進一步瞭解不同的選擇。
- 在選擇範圍縮小至您偏好的計畫之後，在該計畫的網站上確認費用和承保範圍。

## 3. 選擇：決定您是否想變更計畫

- 如果您在 2020 年 12 月 7 日前尚未加入其他計畫，即表示您將投保 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫。
- 如欲變更至可能更符合您需求的其他計畫，您可於今年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間變更計畫。

## 4. 投保：如欲變更計畫，請於 2020 年 10 月 15 日至 12 月 7 日之間加入新的計畫

- 如果您在 2020 年 12 月 7 日前尚未加入其他計畫，即表示您將投保 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫。
- 如果您在 2020 年 12 月 7 日前加入其他計畫，您的新承保範圍將自 2021 年 1 月 1 日起生效。您將自動從目前的計畫退保。

## 額外資源

- 本文件有以下版本可供免費索取：
  - 中文
- 請致電 1-800-275-4737 與我們的會員服務部聯絡，以瞭解額外資訊（聽障專線使用者請撥打 711）。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一至週日上午 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡本計畫。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一至週五上午 8 點至晚上 8 點期間致電聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用語音留言系統。
- 本計畫必須以您可接受的方式（以英語以外的語言、錄音版、大字版或其他替代格式等）提供資訊。
- 本計畫的承保範圍符合合格健康承保範圍 (QHC) 的標準，且滿足病人保護與平價照護法案 (ACA) 的個人分攤責任規定。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站：[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) 以瞭解更多資訊。

## 關於 Health Net Ruby Select (HMO)

- HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC. 已與 Medicare for HMO 計畫簽約。投保 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC. 需視合約的更新規定而定。
- 本手冊提及的「本公司」、「我們」或「我們的」是指 HEALTH NET OF CALIFORNIA, INC.。「計畫」或「本計畫」則是指 Health Net Ruby Select (HMO)。

**2021 年重要費用摘要**

下表針對 2020 及 2021 年 Health Net Ruby Select (HMO) 計畫中幾個重要項目的費用作出比較。請注意，這僅為變更摘要。可在我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 取得《承保範圍證明》的副本。您也可致電會員服務部，請我們郵寄一份《承保範圍證明》給您。

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
<b>計畫月保費*</b> * 您的保費可能會高於也可能會低於此金額。請參閱第 1.1 節瞭解詳細資訊。	\$0	\$0
<b>自費額上限</b> 這是您為屬於承保範圍的 A 部分和 B 部分服務所需支付的自費額上限（請參閱第 1.2 節瞭解詳細資訊）。	\$4,400	\$4,400
<b>醫師診間看診</b>	主治醫師看診： 您需為每次看診支付共付額 \$5。  專科醫師看診： 您需為每次看診支付共付額 \$20。	主治醫師看診： 您需為每次看診支付共付額 \$5。  專科醫師看診： 您需為每次看診支付共付額 \$20。
<b>住院</b> 包含急性病症住院、住院復健、長期照護醫院以及其他類型的住院服務。住院照護是從您經醫師安排正式住院的當天開始算起。您出院的前一日即是您住院的最後一日。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院：  第 1 天到第 5 天： 您每日需支付共付額 \$345。  第 6 天（含）之後： 您每日需支付共付額 \$0。	對於 Medicare 承保的住院，每次住院：  第 1 天到第 5 天： 您每日需支付共付額 \$345。  第 6 天（含）之後： 您每日需支付共付額 \$0。

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
<p><b>D 部分處方藥承保範圍</b> (請參閱第 1.6 節瞭解詳細資訊)。</p>	<p>自付額：\$0</p> <p>在初始承保階段的共付額/共同保險金：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 1 藥品 – 首選普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$8。 <p>首選分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$5。</p> </li> <li>• <b>層級 2 藥品 – 普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$15。 <p>首選分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$12。</p> </li> <li>• <b>層級 3 藥品 – 首選品牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$47。 <p>首選分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$37。</p> </li> </ul>	<p>自付額：\$0</p> <p>在初始承保階段的共付額/共同保險金：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 1 藥品 – 首選普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$8。 <p>首選分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$0。</p> </li> <li>• <b>層級 2 藥品 – 普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$15。 <p>首選分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$3。</p> </li> <li>• <b>層級 3 藥品 – 首選品牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$47。 <p>首選分攤費用：您需為一個月 (30 日) 的藥量支付共付額 \$42。</p> </li> </ul>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 4 藥品 – 非首選藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$100。  首選分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$90。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 4 藥品 – 非首選藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$100。  首選分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$95。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 5 藥品 – 專科層級：</b> 標準分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付總費用的 33%。  首選分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付總費用的 33%。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 5 藥品 – 專科層級：</b> 標準分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付總費用的 33%。  首選分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付總費用的 33%。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 6 藥品 – 特選照護藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$0。  首選分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$0。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>層級 6 藥品 – 特選照護藥品：</b> 標準分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$0。  首選分攤費用：您需為一個月（30 日）的藥量支付共付額 \$0。</li> </ul>

## 2021 年度變更通知 目錄

<b>2021 年重要費用摘要</b> .....	<b>1</b>
<b>第 1 節 明年度的福利和費用變更</b> .....	<b>5</b>
第 1.1 節 — 月保費變更.....	5
第 1.2 節 — 自費額上限變更.....	5
第 1.3 節 — 網絡內醫療服務提供者變更.....	6
第 1.4 節 — 網絡內藥房變更.....	7
第 1.5 節 — 醫療服務的福利和費用變更.....	7
第 1.6 節 — D 部分處方藥承保範圍變更.....	17
<b>第 2 節 行政管理變更</b> .....	<b>20</b>
<b>第 3 節 決定選擇哪項計畫</b> .....	<b>21</b>
第 3.1 節 — 如果您希望繼續參加 Health Net Ruby Select (HMO).....	21
第 3.2 節 — 如果您想變更計畫.....	21
<b>第 4 節 變更計畫的最後期限</b> .....	<b>22</b>
<b>第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢服務的方案</b> .....	<b>22</b>
<b>第 6 節 協助支付處方藥費用的方案</b> .....	<b>23</b>
<b>第 7 節 有疑問嗎？</b> .....	<b>24</b>
第 7.1 節 — 獲得 Health Net Ruby Select (HMO) 的協助.....	24
第 7.2 節 — 透過 Medicare 取得協助 .....	24

## 第 1 節 明年度的福利和費用變更

### 第 1.1 節 – 月保費變更

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
月保費 (您仍須繼續繳納 Medicare B 部分保費)。	\$0	\$0
自選補充福利月保費	Health Net Total : \$11	不提供
	Health Net Total FLEX : \$28	不提供

- 如果您持續超過 63 日以上未享有至少和 Medicare 藥品承保範圍同等級的其他藥品承保範圍（又稱為「可替代承保範圍」）並因此必須終身繳納 D 部分延遲投保罰款，則您的計畫月保費將會提高。
- 如果您的收入較高，您每個月可能必須為 Medicare 處方藥承保直接向政府支付一筆額外的費用。
- 如果您在支付處方藥費用時接受了「額外協助」，則您的月保費將會減少。請參閱第 6 節，瞭解 Medicare 提供的「額外協助」。

### 第 1.2 節 – 自費額上限變更

為保護您，Medicare 規定所有健保計畫必須限制您在一年內支付的「自費額」，此限制稱為「自費額上限」。在您達到此金額後，在該年度剩餘期間，您通常無需再為 A 部分和 B 部分承保的服務支付任何費用。



費用	2020 (今年)	2021 (明年)
<b>自費額上限</b> 您為承保醫療服務所支付的費用（如共付額）將計入您的自費額上限。您的處方藥費用不計入您的自費額上限。	\$4,400	\$4,400 一旦您為 A 部分和 B 部分承保服務支付的自費額達 \$4,400，則在該曆年的剩餘時間內您無需再為承保服務支付額外的費用。

### 第 1.3 節 — 網絡內醫療服務提供者變更

本計畫的網絡內醫療服務提供者在明年度將會有所變更。最新的《醫療服務提供者及藥房名錄》可以在我們的網站上搜尋到，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。您也可致電會員服務部索取更新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者及藥房名錄》給您。請審閱 2021 年度的《醫療服務提供者及藥房名錄》，以瞭解您的醫療服務提供者（主治醫師、專科醫師、醫院等）是否有在本計畫網絡中。

請您務必瞭解，我們可能會於一年當中針對屬於您計畫的醫院、醫師及專科醫師（醫療服務提供者）成員進行變更。您的醫療服務提供者可能會因數種不同原因而退出計畫，不過，如果您的醫師或專科醫師確實退出計畫，您將享有特定權利和保障，內容概述如下：

- 雖然本計畫的網絡內醫療服務提供者可能會在一年當中有所變更，我們必須持續為您提供合格醫師及專科醫師的相關管道。
- 我們將盡可能至少 30 日前向您通知，告知您醫療服務提供者即將退出本計畫的相關事宜，以便您有充足時間可以選擇新的醫療服務提供者。
- 我們將會協助您選擇合格的新醫療服務提供者，以繼續為您管理您的醫療保健需求。
- 如果您正在接受醫療治療，您有權提出申請，而我們將會與您合作，以確保您正在接受且具有醫療必要性的治療不會中斷。
- 如果您認為我們未以合格的醫療服務提供者取代您先前的醫療服務提供者，或者您認為您的照護未獲得適當管理，您有權針對我們的決定提出上訴。
- 如果您得知您的醫師或專科醫師即將退出您的計畫，請與我們聯絡以便我們可以協助您尋找新的醫療服務提供者並為您管理您的照護。

## 第 1.4 節 – 網絡內藥房變更

您為處方藥所支付的金額可能需視您所使用的藥房而定。Medicare 的藥品計畫有網絡內藥房。多數情況下，您的處方藥必須在我們網絡內藥房領取才屬承保範圍。我們的網絡包含實施首選分攤費用制度的藥房，相較於網絡內其他藥房對於某些藥品所提供的標準分攤費用費率，這些藥房可能可為您提供較低的分攤費用費率。

我們的網絡在 2021 年發生了很大變化。最新的《醫療服務提供者及藥房名錄》可以在我們的網站上搜尋到，網址：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。您也可致電會員服務部索取更新的醫療服務提供者資訊，或請我們郵寄一份《醫療服務提供者及藥房名錄》給您。我們強烈建議您查看我們目前的《醫療服務提供者及藥房名錄》，看看您購藥的藥房是否仍在我們的網絡內。

## 第 1.5 節 – 醫療服務的福利和費用變更

我們正針對部分醫療服務明年度的承保範圍進行變更。以下資訊旨在說明這些變更。如需這些服務的承保範圍和費用的詳細相關資訊，請參閱 2021 年度《承保範圍證明》第 4 章醫療福利表（承保範圍以及您支付的費用）。

費用	2020（今年）	2021（明年）
針灸服務	<p><b>額外服務</b></p> <p>例行針灸是自選補充福利組合的一部分。請參閱《承保範圍證明》第 4 章第 2.2 節以取得更多資訊。</p>	<p><b>額外服務</b></p> <p>您需為每次例行針灸看診支付共付額 \$0，每曆年最多看診 24 次，並與例行脊椎推拿治療合併計算。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
額外醫療營養治療	<p>額外醫療營養治療不屬於承保範圍。</p>	<p>您需為額外醫療營養治療服務支付共付額 \$0。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
額外通話醫療服務	額外通話醫療服務不屬於承保範圍。	<p>可承保特定額外通話醫療服務，包括用於下列事項的額外通話醫療服務：主治醫師、專科醫師和其他醫療保健專業服務，以及門診精神健康專科服務，包括精神病照護。</p> <p>承保的額外通話醫療服務的分攤費用與這些服務在診間看診形式下的標準分攤費用相同。請參閱《承保範圍證明》第 4 章以取得更多資訊。</p>
脊椎推拿治療服務	<p><b>額外服務</b></p> <p>例行脊椎推拿治療服務是自選補充福利組合的一部分。請參閱《承保範圍證明》第 4 章第 2.2 節以取得更多資訊。</p>	<p><b>額外服務</b></p> <p>您需為每次例行脊椎推拿看診支付共付額 \$0，每曆年最多看診 24 次（與例行針灸服務合併計算）。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
牙科服務	<p><b>額外服務</b></p> <p>額外牙科服務是自選補充福利組合的一部分。請參閱《承保範圍證明》第 4 章第 2.2 節以取得更多資訊。</p>	<p><b>額外服務</b></p> <p>預防性牙科服務包括：</p> <p>檢查 – 您為每次口腔檢查支付共付額 \$0，每曆年最多 2 次。</p> <p>洗牙 – 您為每次洗牙支付共付額 \$0，每曆年最多 2 次。</p> <p>塗氟 – 您為每次塗氟治療支付共付額 \$0，每曆年最多 1 次。</p> <p>牙科 X 光 – 您需要為牙科 X 光支付共付額 \$0，每曆年最多 1 組。</p> <p>綜合性牙科服務包括：</p> <p>非例行服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
		<p>診斷服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$15。</p> <p>修復服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$300。</p> <p>牙髓病 (根管治療) – 您為每項服務支付共付額 \$5 - \$275。</p> <p>牙周病 – 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$375。</p> <p>拔牙 – 您為每項服務支付共付額 \$15 - \$150。</p> <p>義齒補綴, 包括假牙、其他口腔/顎顏外科手術和其他服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$2,250。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
<p>糖尿病自我管理訓練、糖尿病服務與用品</p>	<p>您需為 Medicare 承保的糖尿病用品支付共付額 \$0。</p> <p>糖尿病用品僅限於 Accu-Chek™ 和 OneTouch™。其他品牌不屬承保範圍, 除非具有醫療必要性且獲得事先授權。</p> <p>針對 Medicare 承保、適用於罹患嚴重糖尿病足部疾病之糖尿病病人的專用治療鞋, 您需支付總費用的 20%。</p>	<p>對於 Medicare 承保、由您的醫師指示使用的糖尿病血糖儀或用品, 包括 Accu-Chek™ 和 OneTouch™, 若您透過 Health Net 簽約藥房領取處方箋用品, 則您需支付共付額 \$0。</p> <p>其他品牌可能不屬承保範圍, 除非具有醫療必要性且獲得事先授權。若您獲得另一個品牌的授權, 您將支付 20% 的費用。</p> <p>針對 Medicare 承保、適用於罹患嚴重糖尿病足部疾病之糖尿病病人的專用治療鞋, 您需支付 \$0 的共付額。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
健康與保健教育方案	<p><u>健身福利</u></p> <p>您需為健身福利支付共付額 \$0。</p> <p>免費向您提供下列選擇：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健身中心會籍：您可以前往附近參加本計畫的簽約健身中心；或</li> <li>• 居家健身組合方案：您可以從各種居家健身組合方案中選擇。您在每個福利年度可以獲得 1 種組合方案。</li> </ul> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	<p><u>健身福利</u></p> <p>您需為健身福利支付共付額 \$0。</p> <p>免費向您提供下列選擇：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 健身中心會籍：您可以前往附近參加本計畫的簽約健身中心；以及</li> <li>• 居家健身組合方案：您可以從各種居家健身組合方案中選擇。您在每個福利年度最多可以獲得 2 種組合方案。</li> </ul> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
營養/飲食諮詢福利	<p>營養/飲食諮詢福利<u>不</u>屬於承保範圍。</p>	<p>您需為每次營養/飲食諮詢看診支付共付額 \$0。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
門診精神醫療照護	<p><u>額外諮詢服務</u></p> <p>額外諮詢服務<u>不</u>屬於承保範圍。</p>	<p><u>額外諮詢服務</u></p> <p>您需為每次與 Teladoc™ 醫療服務提供者進行諮詢看診支付共付額 \$0。</p> <p>您需為每次與 Medicare 合格精神健康醫療服務提供者進行諮詢看診支付共付額 \$15。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
<b>非處方 (OTC) 物品</b>	<p>您需為透過我們的郵購服務取得的承保非處方物品支付共付額 \$0。計畫每曆年季度的承保上限為 \$30。每個福利期間限一筆訂單。每曆年季度對於相同物品的訂購上限為 15 件。其他限制可能適用於某些物品。</p> <p>每個福利期間結束時，未使用的餘額不會計入下個福利期間。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	<p>您需為透過我們的郵購服務取得的承保非處方物品支付共付額 \$0。計畫每曆年季度的承保上限為 \$50。每個福利期間限一筆訂單。每曆年季度對於相同物品的訂購上限為 9 件。其他限制可能適用於某些物品。</p> <p>每個福利期間結束時，未使用的餘額不會計入下個福利期間。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
<b>足科服務</b>	<p><b><u>Medicare 承保服務</u></b></p> <p>對於具有醫療必要性的足部照護，您需為 Medicare 承保的每次看診支付共付額 \$25。</p> <p><b><u>額外服務</u></b></p> <p>您需為每次例行看診支付共付額 \$25，每曆年最多看診 12 次。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	<p><b><u>Medicare 承保服務</u></b></p> <p>對於具有醫療必要性的足部照護，您需為 Medicare 承保的每次看診支付共付額 \$20。</p> <p><b><u>額外服務</u></b></p> <p>您需為每次例行看診支付共付額 \$20，每曆年最多看診 12 次。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
<b>特護療養機構 (SNF) 照護</b>	<p>對於 Medicare 承保的住院，每個福利期間：</p> <p><b>第 1 天到第 20 天：</b>您每日需支付共付額 \$0。</p> <p><b>第 21 天到第 100 天：</b>您每天需支付共付額 \$75。</p> <p>在第 100 天後，您需支付每日的所有費用。</p>	<p>對於 Medicare 承保的住院，每個福利期間：</p> <p><b>第 1 天到第 20 天：</b>您每日需支付共付額 \$0。</p> <p><b>第 21 天到第 100 天：</b>您每日需支付共付額 \$105。</p> <p>在第 100 天後，您需支付每日的所有費用。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
戒菸及戒菸草 (戒菸或戒菸草諮詢) - 額外戒菸看診	<p>每曆年您透過我們的電話和網上戒菸方案為最多 4 次額外撥出電話輔導支付共付額 \$0。包括網上支援和無限制致電戒菸輔導員。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	<p>您需為每次額外戒菸諮詢看診支付共付額 \$0。</p> <p>每曆年可透過 Teladoc™ 額外承保最多 5 次的戒菸諮詢看診。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
交通服務	<p>交通服務<u>不</u>屬於承保範圍。</p>	<p>您需為每趟單趟行程支付共付額 \$0，每曆年可前往計畫核准的地點最多 10 趟。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
虛擬看診	<p>虛擬看診<u>不</u>屬於承保範圍。</p>	<p>您需為每次向 Teladoc™ 醫療服務提供者看診支付共付額 \$0。虛擬看診提供全年無休的服務，可透過電話、智慧型手機應用程式或線上取得。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
視力保健	<p><b><u>Medicare 承保服務</u></b></p> <p>您需為每項 Medicare 承保的糖尿病眼部檢查支付共付額 \$0。</p> <p>您需為其他所有 Medicare 承保的眼部檢查支付共付額 \$25。</p> <p><b><u>額外服務</u></b></p> <p>您需為每項例行眼部檢查支付共付額 \$12，每曆年僅限 1 次檢查。</p>	<p><b><u>Medicare 承保服務</u></b></p> <p>您需為每項 Medicare 承保的糖尿病眼部檢查支付共付額 \$0。</p> <p>您需為其他所有 Medicare 承保的眼部檢查支付共付額 \$20。</p> <p><b><u>額外服務</u></b></p> <p>您需為每項例行眼部檢查支付共付額 \$12，每曆年僅限 1 次檢查。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
	<p>您需為單焦、雙焦或三焦鏡片支付共付額 \$0。</p> <p>您需為標準和高級漸進多焦鏡片支付共付額 \$65。每 2 曆年漸進多焦鏡片的福利上限為 \$120。您需負擔超過福利上限的金額。</p> <p>您每 2 曆年享有 \$150 的鏡框或隱形眼鏡（取代鏡框和眼鏡鏡片）補貼。</p> <p>鏡片以每 2 曆年購買 1 次為限。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	<p>您每曆年享有 \$150 的眼鏡（鏡框和鏡片）或隱形眼鏡補貼。</p> <p>例行視力用品的購買次數沒有限制。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>
<p>自選補充福利組合 #1 — 您可以繳納額外保費來購買此自選補充福利組合。</p>	<p>Health Net Total 包括：</p> <p><b>牙科服務</b></p> <p>預防性牙科服務 - 包括 2 次檢查、2 次洗牙、1 次塗氟治療和 1 組牙科 X 光。您需為每次看診支付共付額 \$0。</p> <p>綜合性牙科服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非例行服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0。</li> <li>• 診斷服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$15。</li> <li>• 修復服務 - 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$300。</li> <li>• 牙髓病（根管治療）- 您為每項服務支付共付額 \$5 - \$275。</li> <li>• 牙周病 – 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$375。</li> </ul>	<p>不提供自選補充福利組合。</p>



費用	2020 (今年)	2021 (明年)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 拔牙 - 您為每項服務支付共付額 \$15 - \$150。</li> <li>• 義齒補綴，包括假牙、其他口腔/顎顏外科手術和其他服務 - 您為每項服務支付共付額 \$0 - \$2,250。</li> </ul> <p><b><u>脊椎推拿治療和針灸服務</u></b></p> <p>針灸和脊椎推拿治療服務 – 每曆年總共限 30 次看診。</p> <p><b>網絡內</b> 您需為每次針灸或例行脊椎推拿治療看診支付共付額 \$10。</p> <p><b>網絡外</b> 您需為每次針灸或例行脊椎推拿治療看診支付總費用的 50%。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	
<p><b>自選補充福利組合 #2</b> – 您可以繳納額外保費來購買此自選補充福利組合。</p>	<p>Health Net Total FLEX 包括：</p> <p><b><u>牙科服務</u></b></p> <p>每曆年對於預防性和綜合性牙科服務的網絡內外合計的福利上限為 \$1,000。</p> <p><b>網絡內和網絡外</b> 預防性牙科服務 - 包括 2 次檢查、2 次洗牙、1 次塗氟治療和 1 組牙科 X 光。您需為每次看診支付共付額 \$0。</p> <p>綜合性牙科服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 非例行服務 – 您支付總費用的 50%。</li> <li>• 診斷服務 – 您為每項服務支付共付額 \$0。</li> </ul>	<p>不提供第二自選補充福利組合。</p>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 修復服務 – 您需支付總費用的 20%。</li> <li>• 牙髓病 (根管治療) – 您需支付總費用的 50%。</li> <li>• 牙周病 – 您需支付總費用的 50%。</li> <li>• 拔牙 – 您需支付總費用的 50%。</li> <li>• 義齒補綴, 包括假牙、其他口腔/顎顏外科手術和其他服務 – 您需支付總費用的 50%。</li> </ul> <p><b>脊椎推拿治療和針灸服務</b></p> <p>針灸和脊椎推拿治療服務 – 每曆年總共限 30 次看診。</p> <p><b>網絡內</b> 您需為每次針灸或例行脊椎推拿治療看診支付共付額 \$10。</p> <p><b>網絡外</b> 您需為每次針灸或例行脊椎推拿治療看診支付總費用的 50%。</p> <p>請參閱《承保範圍證明》以取得更多福利資訊。</p>	
<b>事先授權</b>	<p>以下項目需要事先授權：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 門診外科手術中心 (ASC) 服務</li> <li>• 固定翼飛機救護服務和非急診服務</li> <li>• 心臟和密集心臟功能復健服務</li> <li>• 糖尿病服務和用品</li> <li>• 耐用醫療設備</li> </ul>	<p>以下項目需要事先授權：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 針灸服務</li> <li>• 額外綜合性牙科服務</li> <li>• 額外通話醫療服務</li> <li>• 門診外科手術中心 (ASC) 服務</li> <li>• 固定翼飛機救護服務和非急診服務</li> </ul>

費用	2020 (今年)	2021 (明年)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 助聽器</li> <li>• 居家健康服務</li> <li>• 住院照護</li> <li>• 住院精神醫療照護</li> <li>• Medicare 承保的針灸服務</li> <li>• Medicare 承保的整脊服務</li> <li>• Medicare 承保的牙科服務</li> <li>• Medicare 承保的預防性服務</li> <li>• Medicare B 部分處方藥</li> <li>• 其他醫療保健專業</li> <li>• 鴉片類藥物治療方案服務</li> <li>• 門診驗血服務</li> <li>• 門診診斷和放射治療服務</li> <li>• 門診診斷檢測及實驗室服務</li> <li>• 醫院門診觀察</li> <li>• 醫院門診服務，包括手術</li> <li>• 門診精神醫療照護</li> <li>• 門診精神健康專科服務</li> <li>• 門診復健服務 – 物理和言語治療</li> <li>• 門診復健服務 – 職能治療</li> <li>• 門診藥物濫用</li> <li>• 部分住院服務</li> <li>• 專科醫師服務</li> <li>• 義體裝置和相關用品</li> <li>• 肺部功能復健</li> <li>• 特護療養機構 (SNF) 照護</li> <li>• 受監督的運動治療</li> <li>• 視力保健眼鏡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 心臟和密集心臟功能復健服務</li> <li>• 脊椎推拿治療服務</li> <li>• 綜合性牙科</li> <li>• 糖尿病服務和用品</li> <li>• 耐用醫療設備</li> <li>• 助聽器</li> <li>• 居家健康服務</li> <li>• 住院照護</li> <li>• 住院精神醫療照護</li> <li>• Medicare 承保的牙科服務</li> <li>• Medicare 承保的預防性服務</li> <li>• Medicare B 部分處方藥</li> <li>• 其他醫療保健專業</li> <li>• 鴉片類藥物治療方案服務</li> <li>• 門診驗血服務</li> <li>• 門診診斷和放射治療服務</li> <li>• 門診診斷檢測及實驗室服務</li> <li>• 醫院門診觀察</li> <li>• 醫院門診服務，包括手術</li> <li>• 門診精神醫療照護</li> <li>• 門診精神健康專科服務</li> <li>• 門診復健服務 – 物理和言語治療</li> <li>• 門診復健服務 – 職能治療</li> <li>• 門診藥物濫用</li> <li>• 部分住院服務</li> <li>• 專科醫師服務</li> <li>• 義體裝置和相關用品</li> <li>• 肺部功能復健</li> <li>• 特護療養機構 (SNF) 照護</li> <li>• 受監督的運動治療</li> <li>• 交通服務</li> <li>• 視力保健眼鏡</li> </ul>

## 第 1.6 節 – D 部分處方藥承保範圍變更

### 藥品清單變更

我們的承保藥品清單稱為處方集或「藥品清單」。我們為您提供電子形式的藥品清單。

我們針對藥品清單進行了變更，變更範圍包括我們承保的藥品種類以及適用於某些藥品的承保範圍限制。請審閱藥品清單，以確認您的藥品包含於明年的承保範圍內，並瞭解其是否有任何限制規定。

如果您受到某項藥品承保範圍變更的影響，您可以：

- 與您的醫師（或其他開立處方者）合作，並請求計畫進行例外處理以承保此藥品。
  - 如欲瞭解在申請例外處理時您必須採取哪些行動，請參閱《承保範圍證明》第 9 章（如果您有問題或需要投訴（承保決定、上訴、投訴）時怎麼辦）或致電與會員服務部聯絡。
- 與您的醫師（或其他開立處方者）合作，尋找屬於本計畫承保範圍的其他藥品。您可以致電會員服務部，索取一份可以治療相同醫療狀況的承保藥品清單。

在某些情況下，我們需要在計畫年度前 90 日或在您取得會籍後的前 90 日期間，為您承保處方集以外之藥品的臨時藥量，以避免治療中斷（如欲進一步瞭解您在什麼情況下可獲得臨時藥量以及如何申請的資訊，請參閱《承保範圍證明》第 5 章第 5.2 節）。在您取得某藥品臨時藥量的期間，您應該和醫師討論，決定臨時藥量用完時的作法。您可以改用計畫承保的其他藥品或要求計畫為您進行例外處理，承保您目前使用的藥品。

目前的處方集例外處理將繼續獲得承保，直到您先前收到的核准函所附的日期為止。在目前的核准結束之前，您不需要提交新的例外處理申請。

藥品清單中的大多數變更均發生在每個年度開始時。不過，在該年度中，我們可能還會進行 Medicare 規定所許可的其他變更。

我們在該年度中對於藥品清單進行這些變更時，您仍然可以與您的醫師（或其他開立處方者）合作，並請求我們進行例外處理以承保此藥品。我們將依照排程不斷更新我們的線上「藥品清單」，並提供其他必要的資訊以反映藥品變更（如欲瞭解更多我們對藥品清單所做變更，請參閱《承保範圍證明》第 5 章第 6 節）。

### 處方藥費用變更

注意：如果您已加入協助您支付藥品費用的方案（「額外協助」），關於 D 部分處方藥費用的資訊可能不適用於您。我們已寄送另一份插入頁，名為「使用額外協助支付處方藥費用者的承保範圍證明附約」（又稱「低收入補助附約」或「LIS 附約」），該文件將會為您說明您的藥品費用。如果您有領取「額外協助」，但在 2020 年 9 月 30 日前未收到此插入頁，請致電會員服務部並索取「LIS 附約」。

「藥品付款階段」一共為四個階段。您需要為 D 部分藥品支付多少金額取決於您在哪個藥品付款階段（您可參閱《承保範圍證明》第 6 章第 2 節，瞭解各階段的更多相關資訊）。

下表資訊說明了前兩階段 — 年度自付額階段和初始承保階段在明年的變更（大多數會員將不會進入另外兩個階段 — 承保缺口階段或重大傷病承保階段。如欲取得您在各個階段的費用相關資訊，請參閱我們網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 上的《承保範圍證明》第 6 章第 6 節與第 7 節。您也可致電會員服務部，要求我們寄送《承保範圍證明》給您）。

### 自付額階段的變更

階段	2020（今年）	2021（明年）
<b>第 1 階段：年度自付額階段</b>	由於本計畫沒有自付額，因此本付款階段不適用於您。	由於本計畫沒有自付額，因此本付款階段不適用於您。

### 初始承保階段分攤費用變更

如欲瞭解共付額和共同保險金的計算方式，請參閱《承保範圍證明》第 6 章第 1.2 節「您可能需要為承保藥品支付的自費額類型」。

階段	2020（今年）	2021（明年）
<p><b>第 2 階段：初始承保階段</b></p> <p>在本階段，計畫支付您藥品費用中其應分攤的部分，您則支付您應分攤的部分。</p> <p>本列的費用適用於您在網絡內藥房領取一個月（30 天）藥量處方藥的情況。如需長期藥量、在實行首選分攤制度的網絡內藥房領取藥物的相關資訊，或郵購處方藥費用的相關資訊，請參閱《承保範圍證明》第 6 章第 5 節。</p> <p>我們變更了藥品清單中部分藥品的層級。如欲瞭解您的藥品是否將移至不同層級，請查看藥品清單。</p>	<p>您在網絡內藥房領取一個月藥量的費用：</p> <p><b>層級 1 藥品 — 首選普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$8。 首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$5。</p> <p>排除藥品不屬於此層級或 2020 年任何層級的承保範圍。</p>	<p>您在網絡內藥房領取一個月藥量的費用：</p> <p><b>層級 1 藥品 — 首選普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$8。 首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$0。</p> <p>對於藥品層級 1（首選普通牌藥品層級）上某些用於性功能或勃起功能障礙的排除藥品，您可獲得額外的承保範圍。您在領取這些藥品的處方藥時所支付的金額，不計入藥品總費用。藥量限制可能適用。</p>

階段	2020 (今年)	2021 (明年)
	<p><b>層級 2 藥品 — 普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$15。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$12。</p>	<p><b>層級 2 藥品 — 普通牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$15。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$3。</p>
	<p><b>層級 3 藥品 — 首選品牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$47。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$37。</p>	<p><b>層級 3 藥品 — 首選品牌藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$47。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$42。</p>
	<p><b>層級 4 藥品 — 非首選藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$100。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$90。</p>	<p><b>層級 4 藥品 — 非首選藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$100。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$95。</p>
	<p><b>層級 5 藥品 — 專科層級：</b> 標準分攤費用：您需支付總費用的 33%。</p> <p>首選分攤費用：您需支付總費用的 33%。</p>	<p><b>層級 5 藥品 — 專科層級：</b> 標準分攤費用：您需支付總費用的 33%。</p> <p>首選分攤費用：您需支付總費用的 33%。</p>
	<p><b>層級 6 藥品 — 特選照護藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$0。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$0。</p>	<p><b>層級 6 藥品 — 特選照護藥品：</b> 標準分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$0。</p> <p>首選分攤費用：您需為每份處方支付共付額 \$0。</p>

階段	2020 (今年)	2021 (明年)
	一旦您的總藥品費用達到 \$4,020，您將進入下一階段（承保缺口階段）。	若您的總藥品費用達到 \$4,130，您將進入下一階段（承保缺口階段）。

### 承保缺口階段與重大傷病承保階段的變更

其他兩個藥品承保階段（承保缺口階段與重大傷病承保階段）適用於需負擔高藥品費用的人士。大多數會員不會進入承保缺口階段或重大傷病承保階段。如欲取得您在各階段的費用相關資訊，請參閱《承保範圍證明》第 6 章第 6 節與第 7 節。

## 第 2 節 行政管理變更

說明	2020 (今年)	2021 (明年)
郵購藥房	<p>郵購藥房有兩家：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CVS Caremark Mail Service Pharmacy</li> <li>• Homescrpts Mail Order Pharmacy</li> </ul>	<p>郵購藥房有一家：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CVS Caremark Mail Service Pharmacy</li> </ul>
自費額上限 (MOOP) 變更	<p>以下福利和服務適用於您的自費額上限： 所有網絡內 Medicare 承保福利。</p> <p>所有由您的計畫承保的非 Medicare 承保服務。 此外，下列服務適用於 MOOP：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 戒菸及戒菸草諮詢的額外面談次數</li> <li>• 年度體檢</li> <li>• 前 3 品脫的血液</li> </ul>	<p>以下福利和服務適用於您的自費額上限： 所有網絡內 Medicare 承保福利。</p>

說明	2020 (今年)	2021 (明年)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 健身福利</li> <li>• 助聽器配驗</li> <li>• 護士諮詢專線</li> <li>• 非處方物品</li> <li>• 例行眼部檢查</li> <li>• 例行足部照護</li> <li>• 例行聽力檢查</li> </ul>	
轉介變更	您的計畫過去需要您的 PCP 為特選服務提交轉介信。	2021 年轉介要求可能有所變更。如需瞭解需要轉介的福利，請參閱您 2021 年《承保範圍證明》第 4 章的醫療福利表。

### 第 3 節 決定選擇哪項計畫

#### 第 3.1 節 – 如果您希望繼續參加 Health Net Ruby Select (HMO)

如欲繼續留在本計畫，您無需採取任何行動。如果您未在 12 月 7 日前登記加入其他計畫或變更至 Original Medicare，您將自動投保我們的 Health Net Ruby Select (HMO)。

#### 第 3.2 節 – 如果您想變更計畫

我們希望您在下一年度依然是我們的計畫會員，但若您想在 2021 年度變更計畫，請進行以下步驟：

##### 步驟 1：瞭解並比較您的選擇

- 您可以及時加入其他 Medicare 健保計畫，
- 或者 – 您可變更至 Original Medicare。如果您變更至 Original Medicare，您將需決定您是否要加入 Medicare 藥品計畫。如果您未投保 Medicare 藥品計畫，請參閱第 1.1 節，瞭解 D 部分延遲投保可能的罰款資訊。

如欲進一步瞭解 Original Medicare 和不同類型的 Medicare 計畫，請參閱《Medicare & You 2021》、致電您的 State Health Insurance Assistance Program（請參閱第 5 節），或致電 Medicare（請參閱第 7.2 節）。



您也可以利用 Medicare 網站上的「Medicare Plan Finder (Medicare 計畫查詢工具)」來尋找您所在地區的計畫相關資訊。請造訪 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)。在此，您可找到 Medicare 計畫費用、承保範圍以及品質評比的相關資訊。

## 步驟 2：變更承保範圍

- 如欲變更至其他 Medicare 健保計畫，請投保新的計畫。您將自動從 Health Net Ruby Select (HMO) 中退出。
- 如欲變更至包含處方藥計畫的 Original Medicare，請投保新的藥品計畫。您將自動從 Health Net Ruby Select (HMO) 中退出。
- 如欲變更至不包含處方藥計畫的 Original Medicare，您必須採取下列其中一項行動：
  - 向我們發送書面退保申請。如需瞭解更多辦理方式的相關資訊，請與會員服務部聯絡（電話號碼位於本手冊的第 7.1 節）。
  - 一 或者一 聯絡 Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，服務時間為每週 7 日，每日 24 小時。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

## 第 4 節 變更計畫的最後期限

如果您想在明年將計畫變更為其他計畫或 Original Medicare，您可在 10 月 15 日至 12 月 7 日之間進行變更。您的變更將在 2021 年 1 月 1 日生效。

### 一年當中還有其他時間可進行變更嗎？

在某些情況下，我們亦會允許您在一年當中的其他時間進行變更。例如，擁有 Medicaid 的人士、獲得「額外協助」支付藥品費用的人士、擁有或即將退出雇主承保範圍的人士，以及搬離服務區域的人士可在一年當中的其他時間進行變更。如欲取得更多資訊，請參閱《承保範圍證明》第 10 章第 2.3 節。

如果您投保 2021 年 1 月 1 日生效的 Medicare Advantage 計畫，但您不喜歡您選擇的計畫，您可在 2021 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期間變更至其他 Medicare 健保計畫（包含或不包含 Medicare 處方藥承保）或轉換至 Original Medicare（包含或不包含 Medicare 處方藥承保）。如欲取得更多資訊，請參閱《承保範圍證明》第 10 章第 2.2 節。

## 第 5 節 提供 Medicare 免費諮詢服務的方案

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 是一項政府方案，在每一州都有受過訓練的諮詢人員。在加州，SHIP 被稱為 Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)。

Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 是屬於獨立方案（與任何保險公司或健保計畫均無關聯）。這是一項州政府的方案，獲得聯邦政府資助，為投保 Medicare 的人士**免費**提供當地健康保險諮詢。Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 的諮詢人員可協助您處理 Medicare 的疑問或問題。他們可協助您瞭解您的 Medicare 計畫選擇，並回答轉換計畫的相關問題。您可致電 1-800-434-0222（聽障專線為 711）與 Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 聯絡。您可以瀏覽其網站 (<http://www.hicapservices.net/>) 以瞭解更多有關 Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP) 的資訊。

## 第 6 節 協助支付處方藥費用的方案

您可能符合資格獲得支付處方藥費用的協助。

- **Medicare 提供的「額外協助」。**收入有限的人士在支付其處方藥費用時可能符合「額外協助」的資格。如果您符合資格，Medicare 可能可替您支付高達 75% 或更多的藥品費用，其中包括處方藥月保費、年度自付額和共同保險金。此外，符合資格的人士將不會有承保缺口，也無需繳交延遲投保罰款。有許多人符合這些資格，但自己卻不知曉。如欲瞭解自己是否符合資格，請致電：
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務；
  - 社會安全局電話 1-800-772-1213，服務時間為週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點。聽障專線使用者請撥打 1-800-325-0778（申請）；或
  - 您所在州的 Medicaid 辦事處（申請）。
- **適用於 HIV/愛滋病病人的處方藥分攤費用補助。**AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 可協助確保符合 ADAP 資格的 HIV/愛滋病病人能夠取得可拯救其性命的 HIV 藥物。這些人士必須符合特定條件，包括其必須持有其所在州的居住證明及 HIV 病況證明、其必須屬於州政府所定義的低收入戶且處於未保險/保額不足的狀態。也受到 ADAP 承保的 Medicare D 部分處方藥也有資格透過 AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 取得處方藥分攤費用協助。如需有關資格條件、承保藥品或如何投保計畫的資訊，請致電 1-844-421-7050（聽障專線為 711），服務時間為週一至週五，上午 8 點 - 下午 5 點（不含假日）。

## 第 7 節 有疑問嗎？

### 第 7.1 節 – 獲得 Health Net Ruby Select (HMO) 的協助

有疑問嗎？我們可以協助您。請撥打我們的會員服務部電話 1-800-275-4737（聽障專線使用者請撥打 711）。我們自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止均可接聽來電；您可以在週一到週日上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。以上皆為免費電話。

請參閱您 2021 年度的《承保範圍證明》（內有關於明年福利和費用的詳細資訊）

本《年度變更通知》為您提供 2021 年福利與費用的變更摘要。如欲瞭解詳細資訊，請參閱 Health Net Ruby Select (HMO) 的 2021 年度《承保範圍證明》。《承保範圍證明》是具有法律效力的文件，針對您的計畫福利提供了詳細的說明。該文件說明您取得承保服務和處方藥時所享有的權利與必須遵守的規定。可在我們的網站 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com) 取得《承保範圍證明》的副本。您也可致電會員服務部，請我們郵寄一份《承保範圍證明》給您。

#### 瀏覽本計畫網站

您也可以瀏覽我們的網站：[ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)。提醒您，我們的網站上有網絡內醫療服務提供者（醫療服務提供者及藥房名錄）和承保藥品清單（處方集/藥品清單）的最新相關資訊。

### 第 7.2 節 – 透過 Medicare 取得協助

如欲直接透過 Medicare 取得資訊：

請致電 **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。

#### 瀏覽 Medicare 網站

您可以瀏覽 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov))。該網站有費用、承保範圍和品質評比資訊可協助您比較各項 Medicare 健保計畫。您可利用 Medicare 網站上的「Medicare Plan Finder (Medicare 計畫查詢工具)」來尋找您所在地區的計畫相關資訊（如欲檢視計畫資訊，請前往 [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)）。

**請參閱《Medicare & You 2021》**

您可閱讀《*Medicare & You 2021*》手冊。每年秋日，我們皆會郵寄本手冊給投保 Medicare 的會員。該手冊詳載 Medicare 福利、權利以及保障的相關資訊摘要，並有 Medicare 最常見的問答集。如果您尚未收到本手冊，您可透過 Medicare 網站 ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) 或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 取得該手冊，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。聽障專線使用者請撥打 1-877-486-2048。