

**Health Net of California, Inc./Health Net Ruby Select (HMO)**

**領取 Medicare 額外補助以幫助支付**

**其處方藥費的人士的月繳保費**

如果您從 Medicare 處領取額外補助以幫助支付您的 Medicare 處方藥計劃費用，您的月繳計劃保費將低於您未領取 Medicare 額外補助時的保費。您領取的額外補助金額將決定您作為計劃會員的月繳計劃總保費。

此表說明了您在領取額外補助情況下的月繳計劃保費。

您的額外補助等級	Health Net Ruby Select (HMO) 的月繳保費*
100%	\$0
75%	\$0
50%	\$0
25%	\$0

\*這不包含任何您必須支付的 Medicare B 部份保費。

Health Net Ruby Select (HMO) 的保費包含醫療服務和處方藥保險的承保。

如果您未領取額外補助，您可以查詢自己是否符合資格，請致電：

- 1-800-Medicare，或者聽障人士可致電 1-877-486-2048 (全天候服務)
- 您的州 Medicaid 辦公室，或
- 社會保險局，電話：1-800-772-1213。聽障人士可致電 1-800-325-0778，服務時間為週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點。

若您有任何疑問，請致電會員服務部，電話：1-800-275-4737 (聽障專線：711)。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，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 日期間，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。