

Health Net of California, Inc. (Health Net)



透露表

Salud HMO y Más

小型團體

請參閱福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件，以確定您為本計畫承保的服務和用品支付的分攤費用。



[Healthnet.com](https://www.healthnet.com)

提供選擇

在考慮醫療保健服務時，有最佳的選擇，才能作最佳的決定。Health Net of California, Inc. (Health Net) 為您提供各種選擇，以協助您取得應有的照護。透露表可解答有關本 Salud con Health Net (Salud y Más) 計畫的基本問題。

根據《平價醫療法案》(ACA)，本透露表中所述的承保應符合基本健康福利承保規定。基本健康福利不受任何年度金額上限的限制。

本透露表所述的福利不會因為種族、族裔、國籍、社會性別、性別認同、性別表現、年齡、殘疾、性取向、基因資訊或宗教而有所區別，而且不受任何原已存在的病況或排除期的限制。

本 Salud con Health Net 計畫是專為 Health Net Salud 服務區域內的雇主團體所量身打造的計畫，為居住在 California 或 Mexico 的會員提供承保服務。已選擇 Health Net Salud Network (Salud Network) 中的醫療服務提供者為居住在 California 的本計畫會員提供服務。我們亦選出與 Sistemás Medicos Nacionales S.A. de C.V. (簡稱為 SIMNSA) 簽約的醫師網絡，為居住在 Mexico 的受保受撫養人提供服務。

如果有進一步疑問，請與我們聯絡：



撥打電話：1-800-522-0088

居住在 Mexico 的會員請與 SIMNSA 聯絡，電話 (011-52-664) 683-29-02 或 (011-52-664) 683-30-05。



透過信件：

Health Net of California
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103



網站：www.healthnet.com

本**透露表**（包括任何適用的**透露表附則**）以及**福利和承保範圍摘要 (SBC)** 文件提供了您健保計畫的摘要。您在投保後所收到的計畫**承保範圍證明 (EOC)** 包含您 Health Net 承保的確切條款與條件。您有權在投保前先檢閱 **EOC**。如要獲得 **EOC** 的複本，請致電 **1-800-522-0088** 與客戶聯絡中心聯絡。您也應查閱**團體醫院及專業服務協議**（已核發給僱主），以確認適用的合約條款。在收到本**透露表**、**SBC** 和計畫的 **EOC** 後，請務必詳閱這些文件，特別是與特殊醫療保健需求相關的各節。本**透露表**於「福利一覽表」一節提供福利一覽表。**SBC** 與本**透露表**一起核發，描述了您計畫的承保範圍以及您為承保的服務和用品支付的費用。

目錄

提供選擇.....	1
計畫如何運作	3
福利一覽表.....	7
承保限制.....	8
福利與承保範圍	10
使用管理.....	13
費用支付.....	14
機構	16
更新、延續或終止承保	18
如果您與本計畫的意見出現分歧.....	20
其他計畫福利資訊.....	22
行為健康服務	22
處方藥方案.....	23
針灸照護方案（僅限 California ）	28
兒童視力保健方案（僅限 California ）	29
兒童牙科服務（僅限 California ）	31
反歧視聲明.....	37
語言服務通知	39

計畫如何運作

請閱讀以下資訊以瞭解您可以透過誰取得醫療保健服務或您可以使用哪個醫師團體。

本 Salud con Health Net 計畫是專為 Health Net Salud 服務區域內的雇主團體所量身打造的計畫，為居住在 California 或 Mexico 的會員提供承保服務。

- 如果投保人和其家人居住在 **California**，其可透過下列方式取得承保服務：

- 他們選擇的位於 California 的 Salud Network 醫師團體；或者
- 他們可隨時自我轉介至位於 Mexico 的 SIMNSA 醫療服務提供者處。

California 會員必須居住在 Health Net Salud 服務區域內，以便透過 Salud 網路醫療服務提供者適時取得醫療照護。

- 如果您的家人居住在 **Mexico**，他們可能只能透過 SIMNSA 醫療服務提供者取得承保服務，但急診或緊急需求照護則不在此限。您的家人必須在 Mexico 境內經核准的 Health Net Salud 服務區域居住或工作。

請參閱下方的「Health Net Salud 計畫服務區域」一節，查詢有關提供本 Salud con Health Net 計畫之 California 核准地區的詳細資訊。

選擇醫師和醫師團體

- Health Net 規定會員必須指定一位主治醫師 (PCP)。PCP 會為您提供和協調醫療保健服務。您有權指定任何參加本計畫網絡並願意接受您或您家人的 PCP，但須遵守醫師團體的規定。您可指定小兒科醫師擔任兒童的 PCP。在您指定 PCP 前，Health Net 會先為您指定一位 PCP。如需有關如何選擇 PCP 的資訊以及簽約 PCP 的清單，請參閱醫療服務提供者名錄。
- 無論您或受保家人何時需要醫療保健服務，您的 Salud Network PCP 或 SIMNSA 醫療服務提供者都會提供醫療所必需的治療。如果您的 Salud Network PCP、特約醫師團體或 SIMNSA 醫療服務提供者事先授權，也可以透過您的計畫提供專科照護。
- 如果居住在 California，您必須在投保時選擇鄰近您住處或工作地點的 Salud Network 醫師團體，以便您能夠在合理情況下取得醫療保健服務。您不一定要為所有家人選擇同一個醫師團體地點或同一位 PCP。醫師團體地點以及醫師和專科醫師的姓名都列在醫療服務提供者名錄中。
- 居住在 Mexico 的會員可以前往 SIMNSA 網絡中的任何特約醫療服務提供者，無需選擇特定的 SIMNSA 醫師團體或機構來提供服務。所有承保服務都必須透過特定的 SIMNSA 醫療服務提供者取得。

如何選擇醫師

選擇 PCP 對您獲得的照護品質相當重要。為使您對自己的選擇感到滿意，我們建議您下列事項：

- 與您選擇的醫師團體討論任何重要的健康問題；
- 同樣地，與醫師團體的 Health Net 協調員或 SIMNSA 討論任何重要的健康問題，並向其索取 Salud Network 醫師團體或 SIMNSA 使用的專科醫師轉介政策和醫院資料；以及
- 選擇位於您工作或居住地點合理範圍內的醫師，以確保您和您的家人可以適時獲得醫療保健服務。

專科醫師與轉介照護

如果您是 California 的會員，而且您的 Salud Network PCP 無法提供您所需的醫療保健服務，您的 PCP 可將您轉介至專科醫師或其他醫療保健服務提供者處接受該項照護。請參閱後面的「精神健康和物質使用障礙」一節，以瞭解有關接受精神健康和物質使用障礙相關照護的資訊。

California 和 Mexico 的會員可以自我轉介至 Mexico 的 SIMNSA Network 中的任何醫療服務提供者，而無需事先授權。您必須獲得 SIMNSA 的授權才能從 SIMNSA Network 外的醫療服務提供者處獲得照護。

您不需獲得 Health Net 或任何其他人（包括 PCP）的事先授權，即可透過網絡內具備產科、婦科或生育與生殖健康專業的醫療保健專業人士接受產科、婦科、生育或生殖醫療保健服務。不過，該醫療保健專業人士可能必須遵守某些程序，包括取得某些服務的事先授權、遵循事先核准的治療計畫或轉介程序。如需具備產科、婦科或生育與生殖健康專業的簽約醫療保健專業人士清單，請參閱醫療服務提供者名錄。Health Net 網站 www.healthnet.com 也提供醫療服務提供者名錄。

精神健康和物質使用障礙

Health Net 與 MHN Services 簽約，MHN Services 是附屬於 Health Net 的行為健康管理服務公司（行為健康管理者），負責管理與精神健康和物質使用障礙相關的行為健康服務。請參閱本透露表的「行為健康服務」一節，以瞭解更多有關如何取得照護及行為健康管理者事先授權規定的資訊。

CVS MINUTE CLINIC 服務

CVS MinuteClinic 是一個通常位於 CVS／藥房內的醫療保健機構，其目的是在無預約的情況下為非急診疾病或傷勢（例如鏈球菌咽喉炎、紅眼症或季節性過敏）提供治療，以作為至醫師診所就診的替代方案。CVS MinuteClinic 看診按「福利與承保範圍表」一節所示提供承保。

您無須取得 PCP 或特約醫師團體的事先授權或轉介，即可取得 CVS MinuteClinic 服務。不過，所有專科醫師諮詢均須經由特約醫師團體或 PCP 的轉介。如需更多關於 CVS MinuteClinic 的詳細資訊，請參閱本計畫的 EOC 或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 聯絡。

CALIFORNIA 境內的 HEALTH NET SALUD 計畫服務區域

如果您在以下所述區域內居住或工作，您便有資格以投保人或受撫養人身分投保本 Salud con Health Net 計畫，但您必須符合該團體的任何其他資格規定。

Los Angeles County：您必須在 Los Angeles County 居住或工作。

例外處理：以下郵遞區號中不提供本 Salud con Health Net 計畫：

90090, 91310, 91321, 91322, 91350, 91351, 91354, 91355, 91380, 91381, 91382, 91383, 91384, 91385, 91386, 91387, 91390, 93510, 93532, 93534, 93535, 93536, 93539, 93543, 93544, 93550, 93551, 93552, 93553, 93563, 93584, 93586, 93590, 93591, 93599

San Diego County：您必須在 San Diego County 居住或工作。

例外處理：以下郵遞區號中不提供本 Salud con Health Net 計畫：

91905, 91906, 91934, 91962, 91963, 91980, 92004, 92036, 92066, 92086

Orange County：您必須在 Orange County 居住或工作。

San Bernardino County：您必須在下列郵遞區號居住或工作：

91701, 91708, 91709, 91710, 91729, 91730, 91737, 91739, 91743, 91758, 91759, 91761, 91762, 91763, 91764, 91784, 91786, 92313, 92316, 92317, 92318, 92321, 92322, 92324, 92325, 92331, 92334, 92335, 92336, 92337, 92344, 92345, 92346, 92350, 92352, 92354, 92357, 92358, 92359, 92369, 92373, 92374, 92375, 92376, 92377, 92378, 92382, 92385, 92391, 92399, 92401, 92402, 92403, 92404, 92405, 92406, 92407, 92408, 92410, 92411, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427

Riverside County：您必須在下列郵遞區號居住或工作：

91752, 92320, 92501, 92502, 92503, 92504, 92505, 92506, 92507, 92508, 92509, 92513, 92514, 92516, 92517, 92518, 92519, 92521, 92522, 92551, 92552, 92553, 92554, 92555, 92556, 92557, 92570, 92571, 92599, 92860, 92877, 92878, 92879, 92880, 92882, 92883, 92881

Kern County：您必須在下列郵遞區號居住或工作：

93263, 93301, 93302, 93303, 93304, 93305, 93306, 93307, 93308, 93309, 93311, 93312, 93313, 93314

MEXICO 境內的 HEALTH NET SALUD 計畫服務區域

如果您在 Mexico 境內的核准區域（從 California 和 Mexico 邊境向 Baja California 延伸 50 英里）居住或工作，您便有資格以受撫養人的身分投保本 Salud con Health Net 計畫。

如何投保

請填妥投保資料袋中的投保登記表，然後將表格交還給雇主。如果資料袋未附投保登記表，雇主可能會要求您使用電子投保申請表或互動式語音回覆投保系統。請與您的雇主聯絡以瞭解更多資訊。

某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計畫承保範圍證明之承保範圍、且您或您家人可能需要的服務：

- 家庭計畫
- 避孕服務，包括緊急避孕
- 絕育，包括在分娩和生產期間進行的輸卵管結紮
- 不孕症治療
- 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，或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡，以確認您可取得您所需的醫療保健服務。

福利一覽表

下面的一覽表列出了根據本計畫提供的服務的範例。請參閱與本透露表一起核發的 *SBC*，瞭解您將為承保的服務和用品支付的費用。

本一覽表旨在用於協助您比較保險福利，且僅為摘要說明。您應參閱承保範圍證明 (*EOC*)，以查詢承保福利及限制項目的詳細說明。

主要福利	您需要支付的費用
自付額	<i>SBC</i> 說明了您的計畫是否有在我們開始支付福利之前必須達到的自付額。
終身上限	本計畫沒有終身上限。
專業服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您造訪醫療保健服務提供者的辦公室或診所」。
門診服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您進行門診手術」。
住院服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要住院」。
急診健康承保	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要立即就醫」。
救護服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要立即就醫」。
處方藥承保	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要藥物治療疾病或病況」。
耐用醫療器材	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求」。
精神健康服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要精神健康、行為健康或物質濫用服務」。
物質濫用服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要精神健康、行為健康或物質濫用服務」。
居家健康服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求」。
其他服務	請參閱 <i>SBC</i> 中的「如果您進行檢測」和「如果您需要康復協助或有其他特殊健康需求」。
兒童視力保健	兒童視力福利由 Envolve Vision, Inc. 管理。請參閱本透露表後面的「兒童視力保健方案」一節，以瞭解包括眼鏡福利表在內的福利資訊。
兒童牙科服務	兒童牙科福利由 Dental Benefit Providers of California, Inc. (DBP) 管理。DBP 與 Health Net 沒有簽約關係。請參閱本透露表後面的「兒童牙科方案」一節，以瞭解福利資訊。請參閱 <i>EOC</i> 以瞭解其他詳情。

承保限制

非承保項目（排除與限制項目）

- 並未涉及運輸或未達急診照護標準的救護和急救護理人員服務，除非這類服務為醫療所必需並已取得事先授權；
- 身心反應療法僅限醫療所必需的特定生理障礙（例如失禁和慢性疼痛）以及精神健康和物質使用障礙的治療。
- 作為假釋或緩刑條件的精神醫療保健服務，或法院命令的精神健康和物質使用障礙檢測，但上述服務若為醫療所必需則不在此限；
- 脊椎治療服務，除非您計畫的 **SBC** 中顯示為承保範圍；
- 矯正鞋具僅限為醫療所必需的鞋具，是為了會員特別訂製並永久附著於醫療所必需的矯正裝置上，同時該矯正裝置亦屬於本計畫承保福利，或是為了預防或治療糖尿病相關併發症的足科裝置。其他矯正鞋具不在承保範圍內，除非您計畫的 **EOC** 另有說明；
- 美容服務和用品；
- 監護或居家照護；
- 在 **Mexico** 提供以及在加州為年滿 **19** 歲以上之會員提供的牙科服務。但是，醫療所必需並且屬於唇顎裂程序之重建外科手術必要部分的牙科或齒列矯正服務屬於承保範圍。唇顎裂包括顎裂、唇裂或其他與唇顎裂相關的顱顏畸形；
- 居家使用的拋棄式用品，但特定拋棄式造口術或泌尿用品不在此限；
- 實驗性或研究性診療，但本透露表的「臨床試驗」和「如果您與本計畫的意見出現分歧」等節所述者不在此限；
- 生育力保存承保範圍不包括以下方面：旨在實現未來懷孕的跟進輔助生殖技術 (**ART**)，例如人工授精、體外受精和／或胚胎移植；植入前遺傳學診斷；捐贈者卵子、精子或胚胎；或妊娠代孕者（代理孕母）；
- 基因檢測不屬於承保範圍，但 **Health Net** 認定為醫療所必需時不在此限。開立處方的醫師必須申請事先授權才可獲得承保。不過，具有進行性或轉移性第 **3** 期或第 **4** 期癌症的會員進行生物標記檢測時不需要事先授權；
- 助聽器；
- 因國外旅行／工作所需的免疫接種與注射；
- 不孕症治療服務與用品，除非您計畫的 **SBC** 中所述為屬於承保範圍；
- 婚姻諮商，但針對可治療的精神健康或物質使用障礙而提供的服務不在此限；
- 不符合資格的機構。本計畫僅承保由持照醫院、安寧照護、**Medicare** 核准的特護療養機構、住院治療中心或計畫 **EOC** 所列之其他適當持照醫療機構所提供並為醫療所必需的服務或用品。凡未持有執照得以提供醫療服務和用品的機構（無論其名稱為何）都屬於不符合資格的機構；

- 斜視矯正（眼部運動）；
- 非配合會員身形而特別訂製的矯具（例如支撐裝置、支持器和固定敷料）。請參閱前面的「矯正鞋具」項目，以瞭解其他足部矯具的限制項目；
- 門診處方藥（「處方藥方案」中註明者不在此限）；
- 個人用品或舒適用品；
- 醫師為自己提供的治療；
- 醫師為直系家屬提供的治療；
- 住院時入住的單人病房，除非為醫療所必需；
- 私人護理；
- 眼部屈光外科手術，除非為醫療所必需、由會員的診療醫師所建議並經 Health Net 授權；
- 外科手術絕育復原；
- 雞眼、硬皮治療及指甲修剪等例行足部照護，除非是為了治療糖尿病所開立；
- 為保險、證照、就業、就學、營隊或其他非預防保健目的而進行的例行身體檢查（包括心理檢查或藥品篩檢）；
- 未經 Health Net、行為健康管理或醫師團體根據 Health Net 程序授權的服務和用品；
- 若代理孕母為 Health Net 會員，則代理孕母服務屬於承保範圍。但若代理孕母收受代孕補償費用，則 Health Net 對該等補償應享有留置權，並得以追討其醫療支出；
- 在承保生效日期之前或承保終止之後接受的服務，但本計畫 EOC 的「福利延伸」一節中特別註明者除外；
- 與教育或訓練有關的服務，包括為了就業或專業工作目的而提供者，但廣泛性發展障礙或自閉症的行為健康治療除外；
- 州立醫院治療，但因急診或緊急需求照護則除外；
- 壓力，但針對可治療的精神健康或物質使用障礙而提供的服務不在此限；
- 透過特選通話醫療服務提供者進行的通話醫療諮詢不承保：專科醫師服務；以及受藥品管理局 (DEA) 控管的處方藥、非治療性藥品或某些可能因濫用而造成危害的其他藥品；
- 顎關節障礙治療或是削減或重整下顎的外科手術程序，但醫療所必需者不在此限；以及
- 肥胖症治療、減重或體重管理，但病態性肥胖症的治療除外。某些服務可能可比照預防保健服務的方式承保，如本計畫 EOC 所述。

以上是適用於您的 Health Net 計畫醫療部分的主要排除與限制項目部分清單。您在投保本計畫時所收到的 EOC 將包含完整清單。

福利與承保範圍

醫療所必需的照護

Health Net 計畫承保所有醫療所必需的服務（計畫特別排除的服務除外）。所有承保服務或用品均列於計畫的 EOC 中；其他任何服務或用品均不屬於承保範圍。

急診

Health Net 承保世界各地的急診和緊急需求照護。如果您需要急診或緊急需求照護，請立即就近尋求照護。視您的情況而定，您可前往醫師團體（醫療）或行為健康管理者（精神健康和物質使用障礙）處尋求此類照護，或前往您最近的急診機構或致電 **911**（Mexico 沒有 **911** 緊急應變系統）。

當您需要緊急應變的緊急醫療病況（包括精神健康和物質使用障礙）時，我們鼓勵您適時利用各地所設定和營運的 **911** 緊急應變系統。在 Salud Network，如果是因為緊急醫療病況（包括精神健康和物質使用障礙）而致電 **911**，並因此而提供的所有空中和地面救護以及救護運輸服務均屬於承保範圍。在 SIMNSA Network，只有地面救護屬於承保範圍。

在緊急情況已過且病況穩定後，所有追蹤照護（包括精神健康和物質使用障礙）都必須由醫師團體（醫療）或行為健康管理者（精神健康和物質使用障礙）提供或授權，否則 Health Net 將不予承保。



急診照護包括由醫師（或適用法律許可的其他人員在其執照和職權範圍內）所執行的醫療篩檢、檢查和評估，目的在確認是否有緊急醫療病況或臨產狀況的存在，若是存在，急診照護也包括為了緩和或消除緊急醫療病況而在該人員的執照範圍內及機構的能力範圍內所需進行的照護、治療及外科手術。「臨產」是指在合理預期下列任一情況將會發生的情形下進行分娩：**(1)** 在生產前沒有足夠的時間將會安全轉送至另一家醫院；或**(2)** 轉院對會員本人或其腹中胎兒的健康和安全構成威脅。急診照護也包括由醫師（或適用法律許可的其他人員在其執照和職權範圍內）所執行的其他篩檢、檢查和評估，目的在於確認是否有精神病緊急醫療病況的存在，急診照護還包括為了緩和或消除精神病緊急醫療病況所需進行的照護和治療，可在機構的能力範圍內執行，也可視醫療必要性將會員轉至一般急症醫院的精神科病房或急性精神病院。

如果是因為緊急醫療病況（包括精神健康和物質使用障礙）而致電 **911**，並因此而提供的所有空中和地面救護以及救護運輸服務均屬於承保範圍。

緊急醫療病況是指伴隨嚴重急性症狀（包括劇痛）的醫療狀況，若不立即接受治療，可合理預期將會導致下列任一情況的發生：**(1)** 嚴重危害病人的健康；**(2)** 嚴重損害身體機能；或**(3)** 導致任何身體器官或部位嚴重失能。

精神病緊急醫療狀況是指伴隨急性症狀的精神健康或物質使用障礙，症狀相當嚴重，致使病人出現下列任一狀況：**(1)** 對自己或對他人有立即危險；或**(2)** 由於精神健康或物質使用障礙而即刻無法預備或利用個人維生所需的食物、庇護場所或衣物。

緊急需求照護包括一般人在因受傷、發生突發疾病或原已存在的病況（包括妊娠）發生併發症而尋求治療時所需的承保醫療服務，緊急需求照護的目的在防止其健康嚴重惡化，但該照護不符合本節急診照護的定義。這可能包括依照個人認知認為緊急情況不存在時所提供的服務。

必要承保通知

本計畫的福利提供 1996 年聯邦新生兒與產婦健康保護法案 (Newborns' and Mothers' Health Protection Act of 1996) 以及 1998 年婦女健康與癌症權利法案 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998) 所規定的承保。

1996 年新生兒與產婦健康保護法案規定了生產後最少可住院多久。具體而言，根據聯邦法律規定，團體健保計畫和健康保險公司通常不得針對與生產相關的任何住院福利時間長短，限制產婦或新生兒在自然生產後住院少於 48 小時或剖腹生產後住院少於 96 小時。不過，聯邦法律通常不禁止產婦或新生兒的主診醫療服務提供者在諮詢產婦後，讓產婦或其新生兒在未滿 48 小時（或 96 小時，視適用情況）前提早出院。根據聯邦法律規定，無論任何情況，只要開立的住院時間未超過 48 小時（或 96 小時），計畫和保險公司即不得要求醫療服務提供者必須取得計畫或保險公司的授權。

1998 年婦女健康與癌症權利法案適用於醫療所必需的乳房切除術，並規定計畫或保險公司必須承保任一側乳房的義乳裝置和重建外科手術，以恢復並達到乳房對稱性。

及時取得照護

California Department of Managed Health Care (DMHC) 已發布相關法規（California 法規第 28 條第 1300.67.2.2 節），其中包含及時取得非急診醫療保健服務的相關規定。

您每週 7 天、每天 24 小時都可致電封底所列的電話號碼與 Health Net 聯絡，以取得檢傷分類或篩檢服務。Health Net 會及時提供取得承保醫療保健服務的途徑。如需進一步的資訊，請參閱計畫的 EOC 或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。

請見「語言服務通知」一節，瞭解提供免費口譯服務的資訊。

臨床試驗

若為醫療所必需、由會員的診療醫師所建議且經 Health Net 授權，則確診罹患癌症或其他會危及生命的疾病或病況且接受第 I、II、III 或 IV 期臨床試驗的病人，其例行病人照護費用將可獲得承保。醫師必須判斷參加臨床試驗是否可能會對會員產生實質上的潛在效益，以及該試驗的目的是否屬於治療性質。如需進一步的資訊，請參閱計畫的 EOC。

第二意見諮詢

在下列情況下，您有權申請第二意見諮詢：

- 您不滿意 PCP 或轉介醫師提供的診斷或建議的治療計畫；
- 您不滿意您獲得的治療結果；
- 您確診的病況或醫師建議的治療計畫所適用的病況，是會讓您有喪失生命、肢體或身體機能的危險或會導致重大損傷的病況（包括但不限於嚴重慢性病況）；或
- 您的 PCP 或轉介醫師無法診斷您的病況或檢查結果有衝突。

當您申請第二意見諮詢時，您將需負擔任何適用的共付額。如欲索取 Health Net 的第二意見諮詢政策，請致電封底所列的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡。

新生兒承保

在您投保日期之後出生的子女將自動獲得 31 天的保險（包括出生當天）。如欲持續承保，子女必須在出生後的 60 天內透過您的雇主投保。如果子女未在出生後的 60 天（包括出生當天）內投保，則：

- 保險將在 31 天（包括出生當天）後結束；以及
- 31 天（包括出生當天）後，您必須向您的醫師團體支付所有醫療照護費用。

2009 年兒童健康保險方案再授權法案 (CHIPRA) 規定的特殊投保權

2009 年兒童健康保險再授權法案 (Children's Health Insurance Reauthorization Act, CHIPRA) 制訂了特殊投保期的規定，讓個人及其受撫養人在失去資格並喪失 Medi-Cal 計畫承保後的 60 天內，有資格申請投保本計畫。

福利延伸

當您的雇主終止與 Health Net 的團體服務協議時，如果您或您的受保家人處於完全殘疾的狀態，我們可能會承保治療殘疾的費用，直到發生下列任一情況為止：

- 自終止日期起連續 12 個月的上限已過；
- 可用的福利已使用完畢；
- 殘疾狀態已經終止；或
- 會員投保其他承保殘疾的計畫。

您必須在雇主終止與我們協議後的 90 天內，向 Health Net 提出延長殘疾福利的申請。我們會要求您每隔一段固定時間提供一次完全殘疾的醫療證明。

會員資訊的保密與公開

Health Net 瞭解您病歷中的個人資訊係屬於隱私。因此，我們會在所有情況下（包括口頭、書面和電子資訊）保護您的個人健康資訊。我們唯有在基於給付、治療、醫療保健作業（包括但不限

於使用管理、品質改善、疾病或個案管理方案）等目的，或在法律許可或規定（如法院命令或傳票）的情況下，才能未經您授權即公開您的保密資訊。我們不會將您的保密理賠細節公開給雇主或其代理人。Health Net 通常必須遵守匯整評量和資料通報的規定。在這些情況下，我們仍會保護您的隱私，不會公開任何資訊而讓他人識別出我們會員的身分。

隱私權行使

在您成為 Health Net 會員之後，Health Net 會依法律許可或規定使用和透露會員的受保護健康資訊及非公開個人財務資訊*，以供治療、給付、醫療保健作業等用途。Health Net 會為會員提供一份隱私權行使聲明，其中說明其如何使用和透露受保護健康資訊；個人調閱受保護健康資訊、要求修正、設定限制以及索取透露細目的權利；還有提出投訴的程序。在 Health Net 公開您的資訊以用於行銷等非例行性的用途之前，其會讓您有機會表達同意或拒絕之意。Health Net 可讓會員調閱自己的受保護健康資訊或取得其副本，會員的受保護健康資訊皆存放於 Health Net 所保存的專用記錄集中。Health Net 組織內部會使用合理且適當的安全保護措施來保護口頭、書面和電子資訊。這些保護措施包括限制個人受保護健康資訊的取得管道，僅有為了完成給付、治療、醫療保健作業或依法律許可或規定而需要知道的人士才能取得。Health Net 會向計畫贊助者公開受保護健康資訊以便其管理自費計畫，但 Health Net 不會向受保產品的計畫贊助者／雇主公開受保護健康資訊，除非計畫贊助者要進行計畫的給付或醫療保健作業。您可在本計畫的 EOC 或 www.healthnet.com 的「法律聲明」部分找到 Health Net 完整的隱私權行使聲明，或者您可致電本手冊封底所列的電話號碼向客戶聯絡中心索取。

* 非公開個人財務資訊包括您為了取得健保計畫保險而提供給我們或我們在為您提供福利時所取得、且可辨別個人身分的財務資訊。例如，社會安全號碼、帳戶餘額和繳款給付紀錄。除非法律許可，否則我們不會向任何人透露您的任何非公開個人資訊。

使用管理

使用管理是醫療保健管理重要的一環。透過事先授權、同步和事後審查以及照護管理等流程，我們可以評估提供給會員的服務，以確定這些服務為醫療所必需且適合當時的情況和時間。這些流程有助於維持 Health Net 的高品質醫療管理標準。

事先授權

某些建議的服務可能需要先經過評估才能獲得核准。我們採用以實證為基礎的標準來評估該程序是否為醫療所必需並規劃適用的場所（即住院、門診外科手術等）。

同步審查

此流程會持續針對住院病人和特定門診病人的病況提供同步授權，同時也會在會員住院或接受門診居家照護服務等期間追蹤會員的病況進展。

出院規劃

這是同步審查流程的一個環節，旨在確保會員安全出院的規劃有配合醫師的出院醫囑確實執行，並視需要提供出院後的服務授權。

事後審查

此醫療管理流程會在提供服務之後，依個案評估醫療服務的適切性。這項流程通常會在個案需要取得事先授權但未取得的情況下進行。

照護或個案管理

護理照護經理會針對重大急性和／或慢性長期健康問題為會員（及其家人）提供協助、教育和指導。照護經理會與會員、醫師以及社區資源密切合作。

如果您想獲得有關 Health Net 使用管理流程的進一步資訊，請致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。

費用支付

您的共付額和自付額

SBC 會說明您的承保範圍和服務費用。請詳閱該節內容。

預付費用

您的僱主會為您及所有投保的家人支付月保費給 Health Net。請向僱主查詢，瞭解您可能必須支付的任何分攤費用。如果您的分攤費用有所增加，僱主將會事先通知您。

其他費用

您必須負擔本計畫承保服務的分攤費用。您需支付的金額稱為共付額，相關說明請參閱 SBC。除了這些費用之外，承保服務的剩餘費用將由 Health Net 給付。

當您所支付的共付額總金額達到 SBC 中所述的自費額上限時，在該年度剩餘期間，您就不需要再針對您醫師團體提供或授權的大多數服務支付額外的共付額。



您針對不屬於本計畫承保範圍的服務所給付的款項將不計入曆年自費額上限中。此外，如 SBC 所述，某些自付額和共付額將不計入自費額上限中。如需進一步的資訊，請參閱計畫的 EOC。

投保人或計畫參加者的付款責任

如果您在接受醫療保健服務時未依規定取得 Salud Network PCP、醫師團體或 SIMNSA 醫療服務提供者（醫療）或行為健康管理者（精神健康和物質使用障礙）的轉介或授權，您將必須負擔這些服務的費用。



請謹記，本計畫僅承保由 PCP、醫師團體、SIMNSA 醫療服務提供者或行為健康管理者提供或授權的服務，急診或區域外緊急照護則不在此限。請參閱 Salud Network 或 SIMNSA HMO 名錄，以取得 Health Net 特約醫師的完整名單。

補償規定

針對由您醫師團體（醫療）或行為健康管理者（精神健康和物質使用障礙）所提供或透過其提供的服務，不論在何種情況下您皆無需負擔 Health Net 應付的費用。

如果您自費支付受保服務的費用，請致電 Health Net 客戶聯絡中心索取理賠表和說明。您將可獲得這些費用的補償，但需扣除任何必要的共付額或自付額。（請注意，針對您的 PCP 或醫師團體所提供的醫療服務，您不需要提出理賠申請。）

如果您接受的急診服務不是由您的醫師團體或 SIMNSA 醫療服務提供者（醫療）或行為健康管理者（精神健康和物質使用障礙）所提供或指示，則您在接受服務時可能必須付費。如欲獲得這些費用的補償，您應取得您所接受之服務的完整明細，若有可能，也應取得一份急診室報告。

請致電封底所列的電話號碼向 Health Net 客戶聯絡中心索取理賠表，並瞭解您應將填妥的表格寄給您的醫師團體或 SIMNSA 醫療服務提供者（醫療）或行為健康管理者（精神健康和物質使用障礙），還是應直接寄給 Health Net。Health Net 必須在服務日期起的一年內收到醫療理賠表，您才符合補償資格。

如何提出理賠申請

若為醫療服務，請在服務日期起的一年內將填妥的理賠表寄至：

Health Net Commercial Claims
P.O. Box 9040
Farmington, MO 63640-9040

請致電本手冊封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡或至本公司網站 www.healthnet.com 索取理賠表。

若為門診處方藥，請將填妥的處方藥理賠表寄至：

Health Net
C/O Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, AZ 85072

請致電本手冊封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡或至本公司網站 www.healthnet.com 索取處方藥理賠表。

若為精神健康或物質使用障礙急診服務或經 MHN Services 授權的服務，您必須使用 CMS (HCFA)-1500 表格。請在服務日期起的一年內將理賠表寄至理賠表上所列的 MHN Claims 地址，或寄至以下的 MHN Claims 地址：

MHN Claims
P.O. Box 14621
Lexington, KY 40512-4621

請致電 1-800-444-4281 向 MHN Claims 索取理賠表。



在服務日期起的一年後才提出的承保費用理賠申請將不予給付，除非您可以證明在該期限內提出申請按常理而言並不可行，而且您已盡快在合理的時間內提出申請。

醫療服務提供者轉介和補償透露

如果您正在考慮投保本計畫，您有權詢問本計畫是否有與醫師達成特殊的財務協議，且該協議可能會使您在使用轉介及其他您可能需要的服務時受到影響。Health Net 在給付醫療服務提供者時會採用財務獎勵和各種風險分攤方式。如欲獲得此資訊，請致電封底所列的電話號碼與 Health Net 或 SIMNSA 客戶聯絡中心聯絡。您也可以與您的醫師團體或 SIMNSA 醫療服務提供者聯絡，以瞭解我們的醫師給付協議。

機構

我們將會為您及您的合格家人提供以下所述的醫療保健服務：

- 居住在 California 的會員：您在投保時所選擇的 Salud Network 醫師團體的機構或 SIMNSA 醫療服務提供者。如需住院，您可以在附近的 Salud Network 或 SIMNSA 簽約機構獲得照護。
- 居住在 Mexico 的會員：如需住院，則可選擇 SIMNSA 醫療服務提供者的機構和附近的 SIMNSA 簽約機構。

許多 Salud Network 醫師團體都有 24 小時待命的醫師或緊急照護中心，可隨時提供照護。

您所選擇的 Salud Network 醫師團體或 SIMNSA 醫療服務提供者也會與當地醫院（提供急性、亞急性和過渡期照護）和特護療養機構簽約。這些醫院和特護療養機構都列在您的 Salud Network 或 SIMNSA HMO 名錄中。

醫師團體轉換

您可以隨時更換同一個醫師團體內的其他醫師。在適當的情況下（例如搬家），您也可以轉換至 Salud Network 中的其他醫師團體，一個月限一次。您只要聯絡 Health Net 或 SIMNSA，轉換就會在次月 1 日生效。轉換至其他 Salud Network 機構的要求通常由 Health Net 同意。從 Mexico 搬家

到 California 的會員也可以要求將投保從 SIMNSA 醫療服務提供者轉換至 Salud Network 中的醫療服務提供者。請與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。Mexico 會員請致電 SIMNSA 以瞭解進一步資訊。

持續照護

新計畫參加者的過渡期照護

如果您在投保 Health Net 時正因下方「醫療服務提供者合約終止時的持續照護」規定所列的病況而在接受照護，您可以申請繼續透過未與 Health Net 或 SIMNSA 簽約的醫療服務提供者接受照護。

Health Net 可承保非簽約醫療服務提供者的服務直至服務完成為止，但須收取適用的共付額，並須遵守計畫中任何排除與限制項目的規定。您必須在團體承保生效日期起 60 天內請求承保，除非您可以證明在團體承保生效日期起 60 天內無法合理提出要求，並已盡可能在最短時間內提出請求。非簽約醫療服務提供者必須願意接受目前與 Health Net 簽約、非按人數計費，且在相同或相似地區執業的醫療服務提供者所適用的相同合約條款。如果該醫療服務提供者不接受此等條款，Health Net 就無義務承保該醫療服務提供者提供的服務。

醫療服務提供者合約終止時的持續照護

如果 Health Net 與醫師團體或其他醫療服務提供者的合約終止，Health Net 會將任何受影響的會員轉至其他特約醫師團體或醫療服務提供者處，以確保照護持續不受中斷。當會員接受服務的醫師團體或急性照護醫院與 Health Net 的合約終止時，Health Net 至少會提前 60 天以書面方式通知受影響的會員。針對與 Health Net 終止合約的其他所有醫院，Health Net 則會在合約終止生效日期後五天內以書面方式通知受影響的會員。

Health Net 可能會承保由合約終止的醫療服務提供者所提供的服務直到服務完成為止，但須收取適用的共付額，且須遵守您計畫任何其他排除與限制項目的規定，同時該醫療服務提供者必須願意接受合約終止前適用於醫療服務提供者的相同合約條款。您必須在醫療服務提供者合約終止日期起的 30 天內申請持續照護，除非您可以證明在醫療服務提供者合約終止日期起的 30 天內提出申請按常理而言並不可行，而且您已盡快在合理的時間內提出申請。

如果您在合約終止時正因下列病況而在接受該醫療服務提供者的照護，您可以申請繼續透過合約已終止的醫療服務提供者接受照護。

下列病況符合持續照護的資格：

- 急性病況；
- 嚴重慢性病況（不超過十二個月）；
- 妊娠（包括妊娠期間以及產後即時照護）；
- 產婦精神健康，從診斷或懷孕結束起不超過 12 個月，以較晚者為準；
- 新生兒（最多至 36 個月大，持續照護的時間不超過十二個月）；
- 末期疾病（末期疾病持續的期間）；
- 經 Health Net 授權（若為新的計畫參加者，則是經會員先前健保計畫的授權）並屬於既定療程一部分的外科手術或其他診療。

此外，如果您投保其他的 Health Net Salud y Más 計畫且該計畫的網絡規模較本計畫大，您可以申請繼續透過某位醫療服務提供者（包括醫院）接受照護；不論您是否有機會藉由選擇下列任一項目來保留您目前的醫療服務提供者，Health Net 皆會為您提供範圍相同的持續照護，直到服務完成為止：

- 包含網絡外福利的 Health Net 產品；
- 包含您目前醫療服務提供者的其他 Health Net Salud y Más 網絡產品；或
- 其他健保計畫或保險公司的產品。

如要申請持續照護，您將需填寫持續照護申請表。若您需要有關如何申請持續照護的更多資訊，或欲索取一份持續照護申請表或 Health Net 的持續照護政策，請致電 Health Net 客戶聯絡中心。Mexico 會員請致電封底所列的電話號碼與 SIMNSA 聯絡。

更新、延續或終止承保

合約更新規定

Health Net 與您雇主所簽訂的合約通常是每年更新一次。若您的合約遭到修改或終止，您的雇主將會以書面方式通知您。

個人福利延續



在拒絕承保之前，請仔細檢閱您的選項。

如果您與您目前雇主的聘雇終止，您和受保家人可能有資格按下列規定延續團體承保：

- **COBRA（1985 年統一綜合預算協調法案）**：針對有 20 位以上員工的大多數團體，COBRA 適用於員工及其合格受撫養人，即使其居住在 California 境外也適用。請向您的團體查詢以確認您和您的受保受撫養人是否符合資格。
- **小型企業僱主的 Cal-COBRA 延續承保**：針對員工人數少於 20 人的雇主，若員工在前一年雇主所規定的工作日期間有一半的時間皆符合雇主健保計畫的投保資格，則 Health Net 必須根據州法律規定提供延續承保。有關本承保資格的詳細資訊列於您的 EOC 中。
- **Cal-COBRA 延續承保**：如果您已用盡 COBRA 福利，且您居住在 Health Net 的服務區域，依 Cal-COBRA 相關州法律規定，您可能資格獲得額外的延續承保。如果您已用盡聯邦 COBRA 承保、享有 COBRA 承保未滿 36 個月且您沒有權利取得 Medicare，您可能可獲得此承保。如果您符合資格，您即有機會透過 Cal-COBRA 延續本計畫的團體承保，自聯邦 COBRA 承保生效日期開始算起，最長可達 36 個月。
- **USERRA 承保**：根據一項名為軍人就業及再就業權利法案 (USERRA) 的聯邦法律規定，雇主必須讓因在軍隊中服役而無法到職的員工及會喪失團體健康承保的員工受撫養人有機會可以選擇長達 24 個月的延續承保。請向您的團體查詢以確認您是否符合資格。

此外，如果您的雇主終止與 Health Net 的協議，您可能也有資格取得殘疾病況的延續承保（最多 12 個月）。請參閱本透露表的「福利延長」一節，以瞭解更多資訊。

福利終止

下列資訊將為您說明在哪些情況下您在本計畫的承保可能會遭到終止。如需進一步瞭解福利終止的完整說明，請參閱本計畫的 EOC。

因未支付保費而遭終止

當雇主與 Health Net 之間的協議因雇主未支付保費而終止時，您在本計畫下的承保也將終止。Health Net 將會為您雇主提供 30 天的寬限期供其提交拖欠的保費。如果您的雇主在 30 天寬限期結束前仍未支付必要的保費，Health Net 與您雇主之間的協議將會遭到取消，而 Health Net 將會在寬限期結束時終止您的承保。

因喪失資格而終止

您在本計畫的承保會在您喪失資格當日終止。您可能會喪失本計畫承保資格的部分原因包括但不限於下列情況：

- 本計畫所承保的雇主與 Health Net 之間的協議終止；
- 您不再於 Health Net 的服務區域內居住或工作；或
- 您不再為本計畫承保的雇主工作。

因故終止

根據協議的條款規定，當會員有任何足以構成詐欺的舉動或行為或會員蓄意針對重要資訊作出任何不實陳述時，其在本 Health Net 計畫的承保可能會因包括以下在內的正當理由而遭終止，會員會提前 30 天收到書面通知：

- 針對您自己或受撫養人的資格資訊作出不實陳述；
- 出示無效的處方或醫囑；
- 濫用 Health Net 會員卡（或讓他人使用您的會員卡）；或
- 未針對可能會影響您資格或福利的家庭狀態變更通知本計畫。

我們可能會向檢察機關舉報刑事詐欺和其他非法行為。

您如何對承保終止提出上訴

如果您認為自己的承保遭不當終止或未適時更新，您有權提出投訴。投訴也稱為申訴或上訴。如需有關如何針對 Health Net 終止您承保的決定提出上訴的資訊，請參閱「如果您與本計畫的意見出現分歧」一節。

如果您的承保因未支付保費以外的任何原因而遭終止，且您的承保在您提出投訴時仍有效，Health Net 將會延續您的承保直到審查程序完成為止，但條件是 Health Net 必須收到適用的保費。在審查程序進行而您的承保獲得延續的這段時間，您也必須就您所獲得的任何服務和用品繼續支付任何適用的自付額和共付額。

如果您的承保在您提出審查要求時已經結束，Health Net 就不須繼續承保。但是您仍可以遵循「如果您與本計畫的意見出現分歧」一節中所述的投訴程序，針對 Health Net 終止您承保的決定提出審查申請。



如果涉及上述任何行為的個人是投保員工，則本計畫對於其任何受保受撫養人的承保亦告終止。

如果您與本計畫的意見出現分歧

本節所提及的下列規定適用於本透露表的承保服務和用品。California Department of Managed Health Care 負責管理醫療保健服務計畫。

如果您想對 Health Net 提出申訴，您應先致電封底所列的電話號碼與 Health Net 或 SIMNSA 聯絡，並使用本計畫的申訴程序，之後再與 California Department of Managed Health Care 或 SIMNSA 聯絡。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能可獲得的補償。如果您需要協助處理涉及緊急情況的申訴，或是 Health Net 未針對您的申訴提供令您滿意的解決方案，亦或您的申訴超過 30 天仍未獲得解決，您可致電 Department of Managed Health Care 尋求協助。

您可能還符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合 IMR 的資格，IMR 程序將會針對健保計畫所作的醫療決定進行公正的審查，即提議之服務或治療的醫療必要性、屬於實驗或研究性質之治療的保險決定以及急診或緊急醫療服務的給付爭議。Department of Managed Health Care 也設有免付費電話 (1-888-466-2219)，以及供聽語障人士使用的聽障專線 (1-877-688-9891)。Department of Managed Health Care 的網站 <http://www.dmhca.gov> 有提供線上投訴表、IMR 申請表和相關說明。

會員申訴及上訴程序

如下所述，在 Mexico 透過 SIMNSA 獲得照護的會員享有某些申訴權，但沒有在 California 透過 Salud Network 獲得照護的會員所享有的申訴處理相關法定權利和補償。

如果您不滿意您所獲得的照護品質，或者您認為服務或理賠遭不當拒絕，您可以提出申訴或上訴。

如何提出申訴或上訴

您可致電封底所列的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡，或透過 Health Net 網站 www.healthnet.com 提交會員申訴表。

您也可以寫信至：

Health Net of California
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

請附上您 Health Net 會員卡上的所有資訊以及與您顧慮或問題有關的詳細說明。

Health Net 會在五個曆日內確認收到您的申訴或上訴，然後審查資訊，並在收到申訴後的 30 天內以書面方式告知您我們的決定。針對會對您健康造成迫切且嚴重威脅的病況，包括劇痛或有喪失生命、肢體或重要身體機能的可能，Health Net 最遲會在收到所有必要資訊後的三天內通知您申訴狀態。若是緊急申訴，Health Net 會立即通知您有關您有權聯絡 Department of Managed Health Care 的資訊。您無須先使用 Health Net 的申訴程序即可直接向 Department of Managed Health Care 申請緊急申訴審查。



此外，如果您認為符合計畫承保和給付資格的醫療保健服務遭到 Health Net 或其特約醫療服務提供者不當拒絕、修改或延遲，您也可以向 Department of Managed Health Care 提出申請，針對有爭議的醫療保健服務進行獨立醫療審查。

而且，若 Health Net 以缺乏醫療必要性為由拒絕您的上訴，或者拒絕或延遲承保您所申請並涉及實驗性或研究性藥品、裝置、程序或療法的治療，且您符合本計畫 EOC 中所述的資格條件，您即可向 Department of Managed Health Care 提出申請，針對 Health Net 的決定進行獨立醫療審查。

Health Net 已制定並實施 Health Net 會員的申訴程序。此程序包括詳細說明 Health Net、特約醫師團體和 SIMNSA 在解決 Health Net 會員申訴中的角色和責任。其中還包括詳細說明受到 Health Net 監督並與特約醫師團體或 SIMNSA 有關的任何及所有委任和監督責任。Health Net 並未委任 SIMNSA 解決任何 Health Net 會員於 California 境內透過其尋求照護所引起之任何等級的上訴或申訴。

SIMNSA、特約醫師團體和 Health Net 應制定並實施申訴政策和程序，且應向 Health Net、特約醫師團體、SIMNSA 和會員提供該等政策和程序的書面摘要。該等摘要中應包含最新的地址和電話號碼，以便根據 Health Net 標準，先透過特約醫師團體或 SIMNSA 的申訴程序提出投訴。

特約醫師團體或 SIMNSA 應每季按所有 Health Net 會員的上訴或申訴類型以及解決上訴或申訴的及時性向 Health Net 進行報告。Health Net 將會定期稽核所有委任他人處理的上訴和申訴，以確保上訴和申訴能及時獲得適當處理。

如 Health Net 會員有任何投訴或申訴無法透過上訴或申訴程序解決時，此等事宜應按照會員福利透露和承保範圍證明的條款交付約束性仲裁。在此情況下，各當事方同意合作，並應任一當事方的要求參與因無法透過上訴或申訴程序解決而需要的任何仲裁程序，任何當事方皆有權按照 Health Net 福利透露和 EOC 的條款針對此事宜尋求司法審查，且當事方必須遵守該等程序所作出之任何最終判決的所有條款。

仲裁

如果您不滿意申訴聽證和上訴程序的結果，您可以將問題交付約束性仲裁。Health Net 採用約束性仲裁來解決爭議，包括醫療疏失。當您投保 Health Net 時，即表示您同意將任何爭議交付仲裁，以取代陪審團或法院審判。

其他計畫福利資訊

下列計畫福利列出了您計畫所提供的福利。如需服務共付額以及排除與限制項目的進一步完整說明，請參閱本計畫的 EOC。

行為健康服務

CALIFORNIA 居民

Health Net 與 MHN Services 簽約，MHN Services 是附屬的行為健康管理服務公司（行為健康管理者），其透過個人化、保密和平價的精神健康和物質使用障礙照護方案提供行為健康服務。

請致電封底所列的 Health Net 客戶聯絡中心電話號碼與行為健康管理者聯絡。行為健康管理者將會協助您尋找位於您住家或工作地點附近，且可為您提供約診服務的網絡內簽約精神健康專業人士、簽約獨立醫師或分包的特約醫療服務提供者協會。

某些精神健康和物質使用障礙服務與用品可能需要獲得行為健康管理者的事先授權才可獲得承保。

請參閱計畫的 EOC，以瞭解有關精神健康和物質使用障礙服務與用品的更完整的說明，包括需要獲得行為健康管理者事先授權的服務與用品。

MEXICO 居民

SIMNSA 與在 Mexico 投保服務區域執業的行為健康服務提供者簽約。如欲查詢這些醫療服務提供者的資訊，請致電封底所列的電話號碼與 SIMNSA 聯絡。

新計畫參加者的過渡期照護

當您投保 Health Net 時，如果您正在接受急性、嚴重或慢性精神健康或物質使用障礙的持續照護，而該持續照護是由未與行為健康管理者簽約的醫療服務提供者所提供，我們可暫時為您承保該醫療服務提供者所提供的服務，但須收取適用的共付額，且須遵守本計畫任何其他排除與限制項目的規定。

非簽約精神健康專業人員必須願意接受行為健康管理者的標準精神健康服務提供者合約條款和條件，且必須位於計畫的服務區域內。

如要申請持續照護，您將需填寫持續照護申請表。如果您需要有關如何申請持續照護的更多資訊，或欲索取持續照護申請表或本公司的持續照護政策，請致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。

精神健康和物質使用障礙

精神健康和物質使用障礙是指精神健康病況或物質使用障礙，屬於最新版《國際疾病分類》「精神和行為障礙」一章中列出的診斷類別，或最新版《心理疾病診斷和統計手冊》中列出的診斷類別。只要在相關臨床專業中執業的醫療保健提供者通常將疾病理解為精神健康或物質使用障礙，則美國精神病學協會《心理疾病診斷和統計手冊》或世界衛生組織《國際疾病和相關健康問題統計分類》的未來版本中精神健康和藥物濫用障礙的術語、組織或分類的變更不應影響本定義所涵蓋的病症。

持續治療

如果您正在接受精神健康或物質使用障礙的治療，請致電 Health Net 會員卡上的電話號碼，以獲得協助將您的照護轉至網絡醫療服務提供者處。

承保項目

如需承保服務和共付額的說明，請參閱 *SBC*。

非承保項目（排除與限制項目）

治療精神健康和物質使用障礙的服務或用品須受到本計畫一般排除與限制項目的限制。請參閱本透露表的「承保限制」一節，以取得本計畫非承保項目的清單。

這僅為摘要說明。請參閱計畫的 *EOC*，以確認您承保的確切條款和條件。

處方藥方案

Health Net 和 SIMNSA 與 California 和 Mexico 境內許多大型藥房簽約。在 California 境內，簽約藥房都在 Advanced Choice 藥房網絡內。如欲取得在 California 簽約藥房的最新完整清單，請瀏覽本公司網站 www.healthnet.com，或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。居住在 Mexico 的會員請致電封底所列的電話號碼與 SIMNSA 聯絡，以取得簽約藥房的完整清單。

SIMNSA 處方藥方案（只在 MEXICO 境內提供）

由 SIMNSA 簽約藥房配發且由 SIMNSA 醫師或急診或緊急照護醫師開立的處方藥屬於承保範圍。如欲在 Mexico 境內取得處方藥，必須由位於 Mexico 的醫療服務提供者開立處方箋。

HEALTH NET 處方藥方案（只在美國境內提供）

Health Net 基本處方藥清單

本計畫使用基本處方藥清單。Health Net 基本處方藥清單（或稱處方一覽表或清單）是已獲得核准且適用於各種疾病和病況的承保藥物清單。編撰這份清單的目的是要為 Health Net 會員找出最安全有效的藥物，同時讓藥房福利維持在可負擔的範圍內。

我們特別建議所有 Health Net 特約 PCP 和專科醫師在為其 Health Net 會員病人選擇藥品時參考本處方集。當醫師開立處方集上所列的藥物時，其將能確保您獲得高品質且同時對您最有益處的處方藥。

基本處方藥清單會根據 Health Net 藥品與療法 (P&T) 委員會的意見定期更新。委員會的委員包括目前正在執業的各醫療專科醫師和臨床藥劑師。有投票權的委員則來自於 California 各地的特約醫師團體，以其經驗、知識和專業為遴選基礎。此外，P&T 委員會也會經常向其他醫療專家請教，以提供更多的意見給委員會。當有新的臨床資訊和新藥可供使用時，基本處方藥清單和用藥準則就會進行更新。為能讓處方集隨時保持在最新狀態，P&T 委員會將透過下列來源評估臨床有效性、安全性和整體價值：

- 醫學和科學刊物；
- 相關使用經驗；以及
- 醫師建議。

如欲索取 Health Net 最新的基本處方藥清單，請瀏覽本公司網站 www.healthnet.com，或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。

Health Net 基本處方藥清單適用於 (1) 為了在加州居住或工作的 Health Net 受保會員所開立的藥品；和 (2) 在 Health Net 簽約藥房購買的藥品。

什麼是「事先授權」？

部分藥品需要事先授權。這表示您的醫師必須事先與 Health Net 聯絡，告知開立藥物的醫療理由。您可瀏覽本公司網站 www.healthnet.com 或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡以取得需要事先授權的藥品清單。

如何申請事先授權

您可以透過網路、電話或傳真提出事先授權申請。在收到您醫師所提出的事先授權申請後，Health Net 將會評估所收到的資訊，並根據該特定藥物既定的臨床標準做出判決。適用於事先授權的標準是根據 Health Net P&T 委員會以及專科醫師專家的意見所制定。您的醫師可聯絡 Health Net，以取得特定藥物的用藥準則。

如果 Health Net 拒絕授權，您將會收到書面通知，其中包括授權遭到拒絕的具體原因。如果您不同意該決定，您可針對該決定提出上訴。

您可以透過書面方式、電話或電子郵件提出上訴。我們必須在拒絕通知日期起的 365 天內收到上訴。請參閱本計畫的 EOC，以瞭解有關您上訴權利的詳情。

如欲提交上訴：

- 致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡；
- 請至 www.healthnet.com 取得寄電子郵件給客戶聯絡中心時所需的資訊；或
- 寫信至：

Health Net Customer Contact Center
P.O. Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

郵購處方藥方案

如果您的處方藥是維持型藥物（即您需長期服用的藥品），您可透過我們方便的郵購方案領取藥物。此方案最多可讓您從我們的網絡郵購藥房領取連續 90 個曆日藥量的維持型藥物。如需完整資訊，請瀏覽 www.healthnet.com 或致電封底所列的電話號碼與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡。

限有在 California 居住或工作的會員才可享有郵購處方藥承保。對於居住在 Mexico 的會員，透過郵購方案配發的藥品不屬於承保範圍。



透過郵購取得的層級 4（專科藥品）和第 II 級麻醉藥品（即聯邦藥品執法局歸類為有高濫用風險的藥品）不屬於承保範圍。

承保項目

如需承保服務和共付額的說明，請參閱 SBC。

在 Mexico 取得福利的會員

- 由 SIMNSA 簽約藥房配發的門診處方藥。

在 California 取得福利的會員

門診處方藥品：

- 層級 1 藥品 – 列於基本處方藥清單的層級 1 且不屬於承保排除項目的藥品（包括列於基本處方藥清單上的大多數普通牌藥品及某些低價位首選品牌藥品）；
- 層級 2 藥品 – 列於基本處方藥清單的層級 2 且不屬於承保範圍排除項目的藥品（包括列於基本處方藥清單上的非首選普通牌、首選品牌藥品、尖峰呼氣流速計、吸入輔助器、胰島素及糖尿病用品，以及某些列於基本處方藥清單上並與普通牌藥效相當的品牌藥品）；
- 層級 3 藥品 – 列於基本處方藥清單的層級 3 藥品（包括非首選品牌藥品、與普通牌藥品藥效相當的品牌藥品（若為醫療所必需）、列為層級 3 藥品的藥品、標有「NF」標示且獲得核准的藥品或未列於基本處方藥清單的藥品）；

- 層級 4（專科藥品）– 可透過專科藥房供應商提供（包括專科藥品、自行施用的注射型藥品（胰島素除外）、用於治療複雜或慢性病況且列於基本處方藥清單的高價位藥品、未列於基本處方藥清單並透過例外處理方式承保的專科藥品）；以及
- 預防保健藥品以及女性避孕劑或避孕裝置。

有關本計畫承保藥品的更多資訊

- 處方藥承保費用是指 Health Net 特約藥房費率或承保處方藥的藥房零售價格，以兩者中金額較低者為準。
- 如果處方藥自付額（每位會員每曆年）適用，您在支付處方藥承保費用時必須先達到此自付額，而後 Health Net 才會開始給付。糖尿病用品、預防保健藥品及女性避孕藥物/用具無需支付自付額。在達到自付額後，共付額將適用。
- 處方藥續配屬於承保範圍，在 Health Net 特約藥房每份處方每付一次共付額即可領取最多連續 30 天的藥量。每份處方均須支付共付額。在某些情況下，根據 Food and Drug Administration (FDA) 或 Health Net 的用藥準則，連續 30 個曆日的藥量可能不是適當的藥品治療計畫。若為這種情況，可能配發少於連續 30 個曆日的藥量。
- 百分比式共付額將會以 Health Net 的特約藥房費率為依據。
- 郵購藥品最多承保連續 90 個曆日的藥量。當零售藥房共付額採百分比計算時，郵購共付額與支付給 Health Net 的零售藥房共付額百分比相同。郵購處方藥承保僅限適用於在 California 居住或工作的會員。對於居住在 Mexico 的會員，透過郵購方案配發的藥品不屬於承保範圍。
- 在美國，治療氣喘的處方藥屬於承保範圍，詳如基本處方藥清單所述。在 Mexico，治療氣喘的處方藥屬於承保範圍。吸入輔助器和尖峰呼氣流速計若為醫療所必需，將可透過藥房福利獲得承保。噴霧器（包括面罩和呼吸管）屬於「耐用醫療器材」的承保範圍，而管理氣喘的教育方案則屬於醫療福利的「病人教育」承保範圍。
- 預防保健藥品（包括戒煙藥品）是指由醫師開立的非處方藥品或處方藥，旨在根據美國預防保健服務工作小組的 A 級與 B 級建議用於預防保健用途。對於獲得 FDA 核准的所有戒煙藥物，療程天數沒有任何年度限制。承保的避孕劑或避孕裝置是獲得 FDA 核准適用於女性的避孕劑或避孕裝置，可能無須處方即可取得，也可能需要處方才能取得。陰道內、口服、貼片和緊急避孕劑均屬於本藥房福利的承保範圍。子宮內避孕器 (IUD)、植入式和注射型避孕劑屬於醫療福利的承保範圍（需由醫師施用）。如需更多資訊，請參閱計畫的 EOC。
- 糖尿病用品（血糖試紙、採血針、針頭和注射器）有 50、100 或 200 單位的包裝。已包裝好的用品不得「分裝」（也就是為了要以非包裝好的數量配發而開封）。在配發處方時，您將會獲得您在最長 30 天期間按醫師開立的次數進行檢測時所需的包裝大小和/或包裝數量。
- 自行注射藥品（胰島素除外），包括治療血友病的藥品；另外，使用這些自行注射藥品時所需的針頭和注射器亦屬於層級 4（專科藥品），需取得事先授權且必須透過 Health Net 的特約專科藥房供應商取得。您的 PCP 或診療醫師將會為您協調授權事宜，而在授權獲得核准之後，專科藥房供應商將會為您安排藥品、針頭及注射器的配發。專科藥房供應商可能會直接與您聯絡，以協調藥物的配送事宜。

- 層級 4（專科藥品）在「基本處方藥清單」中以「SP」加以標示，且需要取得 Health Net 的事先授權。我們可能會要求您透過專科藥房供應商取得您的層級 4（專科藥品）。層級 4（專科藥品）不透過郵購方式提供。請參閱計畫的 EOC 以瞭解其他資訊。

非承保項目（排除與限制項目）

藥房服務排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利的承保範圍。除了下列的排除與限制項目之外，處方藥福利還須受到本計畫一般排除與限制項目的約束。如需更多資訊，請參閱計畫的 EOC。

- 過敏血清屬於醫療福利的承保範圍；
- 裝置的承保範圍以 FDA 核准的陰道避孕裝置、尖峰呼氣流速計、吸入輔助器和糖尿病用品為限。其他裝置即使由簽約醫師開立處方，亦不屬於承保範圍；
- 治療肥胖症所開立的藥品屬於承保範圍，但條件是該藥品為治療病態性肥胖症醫療所必需，或者您符合 Health Net 事先授權的承保規定。在此情況下，藥品需要獲得 Health Net 的事先授權；
- 由醫師或醫師的職員施用的藥品或藥物；
- 為例行牙齒治療所開立的藥品；
- 為縮短一般感冒持續時間所開立的藥品；
- 為了治療性功能障礙而為醫療所必需的藥品（包括注射藥物），每任 30 天期間最多限 8 劑。性功能障礙藥品不透過郵購方式提供；
- 實驗性藥品（即標有下述字樣的藥品：「Caution - Limited by Federal Law to investigational use only（警告 – 根據聯邦法律規定僅供研究使用）」）。如果您的某項藥品承保因藥品屬於研究性或實驗性而遭拒，您有權利要求進行獨立醫療審查。如需更多資訊，請參閱本透露表的「如果您與本計畫的意見出現分歧」一節；
- 皮下注射針頭或注射器，但胰島素針頭、注射器和特定品牌的注射筆除外；
- 透過處方取得的免疫製劑、注射劑（胰島素除外）、外科移植手術用製劑、生物血清、血液、血液製劑或血漿；
- 以塑膠包裝、單位劑量或鋁箔包裝配發的單劑藥品，但醫療所必需或僅有該劑型可供使用的情況除外；
- 部分藥品可能有數量、劑量和治療持續期間的限制。若藥物是「視需要」而使用，則共付額可能會根據特定數量、標準包裝、小瓶裝、安瓶裝、管裝或其他標準單位而定。在此情況下，所配發的藥物可能會少於連續 30 個曆日的藥量。若為醫療所必需，您的醫師可以向 Health Net 申請更多的藥量；
- Mexico 境內的郵購藥品方案；

- 無需處方即可取得的醫療器材與用品（包括胰島素），若由醫師為了管理和治療糖尿病所開立、或根據美國預防保健服務工作小組的 A 級與 B 級建議用於預防保健用途、或者獲得 FDA 核准用於女性避孕用途，則屬於承保範圍。任何其他非處方藥品、無需處方箋即可購買的醫療器材或用品，即使是有醫師開立處方箋亦不屬於承保範圍。不過，若較高劑量的處方藥或非處方 (OTC) 藥品只能透過處方取得，則該較高劑量的藥品將可獲得承保。
- 在非 Health Net 或 SIMNSA 藥房網絡或不在 California 境內藥房領取的處方藥，但急診或緊急照護狀況則不在此限；
- 由非會員醫師或未獲得授權的專科醫師所開立的處方藥不屬於承保範圍，但若醫師的服務經過授權，或該服務是因為醫療緊急情況、疾病或傷害所需、該服務是針對緊急需求照護而提供或有特別聲明者，則不在此限；
- 在您持有該藥物後，替換遺失、遭竊或是損壞的藥物不屬於承保範圍；
- 處方藥量若超過 FDA 或 Health Net 的適應症用藥建議則不屬於承保範圍，但若為醫療所必需並獲得 Health Net 的事先授權則不在此限。未獲得 FDA 核准的藥品不屬於承保範圍，但本計畫 EOC 所述的藥品不在此限；以及
- 為本計畫未承保的病況或治療所開立的藥品不屬於承保範圍。不過，若醫療狀況是因非承保服務的非一般性併發症所引起，則本計畫將會承保所需藥品。

這僅為摘要說明。請參閱計畫的 EOC，以確認您承保的確切條款和條件。

針灸照護方案（僅限 California）

針灸服務一般而言只有在治療噁心時或者在綜合疼痛管理方案中治療慢性疼痛時才會由 Health Net 提供。Health Net 與 American Specialty Health Plans of California, Inc.(ASH Plans) 合作，提供高品質和可負擔的針灸承保。雖然您仍可以隨時向 PCP 諮詢，不過特約針灸師看診無需轉介。

透過這項方案，您可以藉由自我轉介以透過 ASH Plans 特約針灸師名錄中的特約針灸師取得照護。所有承保服務均需取得 ASH Plans 的事先核准，但以下除外：

- 由特約針灸師為新病人進行的檢查，以及在新病人檢查期間提供或開始之醫療所必需的服務，這些服務須為承保的針灸服務，且符合獲得專業認可的執業標準。

當 ASH Plans 核准治療計畫時，該治療計畫承保的後續門診核准服務不僅包括核准的服務，同時包括特約針灸師在每次後續門診認為必需的複檢，而無須再經 ASH Plans 另外核准。

非承保項目（排除與限制項目）

針灸照護方案排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利的承保範圍。如需更多資訊，請參閱計畫的 EOC。

- 診斷掃描、磁振造影 (MRI)、電腦軸向斷層 (CAT) 掃描或攝溫影像；
- X 光、化驗檢測以及 X 光第二意見諮詢；
- 催眠療法、行為訓練、睡眠治療、體重方案、教育方案、自助式用品或服務或體能訓練；

- 歸類為實驗性或研究性的物理治療服務；
- 實驗性或研究性針灸服務。僅有非研究性、經過實證且符合針灸服務提供者業界專業認可之執業規範的針灸服務才屬於承保範圍。ASH Plans 會判定是否為實驗或研究性質；
- 住院和相關服務的費用；
- 麻醉費用；
- 在需要授權時，未經 ASH 計畫授權或由簽約針灸師提供的治療或服務；不是由簽約針灸師提供的治療 (除非轉診給 ASH 計畫批准的非簽約針灸師)；和
- 僅有由 California 持照針灸師在其執照範圍內所提供的服務才屬於承保範圍。

這僅為摘要說明。請參閱計畫的 EOC，以確認您承保的確切條款和條件。

兒童視力保健方案（僅限 California）

兒童視力保健服務福利係由 Health Net 提供。Health Net 與 Envision Vision, Inc. 簽約，以管理兒童視力保健服務福利。

兒童視力保健服務屬於承保範圍，承保提供至受保人年滿十九歲當月的最後一天為止。

承保項目

下列兒童視力服務和用品皆必須由簽約視力醫療服務提供者提供才可獲得承保。如欲尋找簽約眼鏡用品供應商，請致電 1-866-392-6058 與 Health Net 視力保健方案聯絡或瀏覽本公司網站 www.healthnet.com。

眼鏡福利表

專業服務	您需要支付的費用
醫療所必需的例行散瞳眼睛檢查.....	\$0
隱形眼鏡配驗	
標準隱形眼鏡配驗及追蹤.....	\$0*
高級隱形眼鏡配驗及追蹤.....	\$0*

限制：

- * 根據獲得專業認可的執業規範規定，本計畫每 12 個月承保一次完整的視力檢查。

材料（包括鏡框和鏡片）	您需要支付的費用
醫療服務提供者選定的鏡框（每 12 個月一副）.....	\$0
標準塑膠眼鏡鏡片（每 12 個月一副）.....	\$0
• 單焦、雙焦、三焦、柱狀透鏡	
• 玻璃或塑膠	
可選用的鏡片及鏡片處理包括：.....	\$0
• 抗紫外線處理	

- 染色鏡片（美化作用、漸層色及灰色玻璃材質）
- 標準塑膠防刮鍍膜
- 標準安全鏡片
- 變色／變色塑膠鏡片
- 標準防反光鍍膜
- 偏光鏡片
- 標準漸進式鏡片
- 超薄鏡片
- 融合式雙焦鏡片
- 中距鏡片
- 特選或超輕薄漸進式鏡片

高級漸進式鏡片\$0

醫療服務提供者選定的隱形眼鏡（代替眼鏡鏡片）\$0

- 長戴型拋棄式：月拋型或 2 週型拋棄式單焦球面或散光隱形眼鏡最多限 6 個月份
- 日拋型／拋棄式：日拋型單焦球面隱形眼鏡最多限 3 個月份
- 傳統式：1 付醫療服務提供者選定的隱形眼鏡
- 必須是醫療所必需

醫療所必需的隱形眼鏡

醫療所必需的隱形眼鏡保險必須經過醫療必要性審查，且需遵守所有適用的排除與限制項目規定。如果會員經診斷患有下列其中一項病況，隱形眼鏡即為醫療所必需：

- 高度屈光不正，即屈光度超過 -10D 或 +10D
- 屈光參差，即兩眼屈光度相差達 3D
- 圓錐角膜，即會員的單眼或雙眼視力在使用標準光學鏡片矯正後仍無法達到 20/25
- 與使用最好的標準光學矯正鏡片相比，會員的視力在經隱形眼鏡矯正後可在視力表上進步兩行

非承保項目（排除與限制項目）

視力保健方案排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利的承保範圍。如需更多資訊，請參閱計畫的 EOC。

除了上述的限制項目之外，本計畫亦不承保下列項目：

- 由非簽約視力保健服務提供者提供的服務和用品不屬於承保範圍。
- 經由 Health Net 判定為非醫療所必需的服務和材料其費用將屬於排除項目。例行散瞳眼睛檢查每年度可獲得一次承保且無需經過醫療必要性審查。
- 無度數（非處方）鏡片屬於排除項目。

- 隱形眼鏡處方保險必須經過醫療必要性審查，且需遵守所有適用的排除與限制項目規定。若屬於承保範圍，隱形眼鏡的承保提供時間間隔與本視力保健福利之下的眼鏡鏡片相同。隱形眼鏡用於代替所有眼鏡鏡片和鏡框。
- 任何類型的醫院及醫療費用、在醫院提供的視力保健服務以及眼部醫學治療或外科手術治療皆屬於排除項目。
- 代替雙焦鏡片眼鏡的第二副眼鏡屬於基本福利的排除項目。然而，一旦您使用完最初的福利之後，Health Net 簽約視力保健服務提供者將可在您第二次購買時為您提供與一般費用相較最多便宜 40% 的折扣。

付款責任

如果您至與 Health Net 沒有簽約關係的保健服務提供處就診，您將需負擔眼睛檢查、眼鏡或隱形眼鏡的費用。

如果您選擇超過承保費用的鏡片、鏡框或隱形眼鏡，則即使您使用的是有簽約關係的醫療服務提供者，您可能亦需支付額外的費用。Health Net 會針對屬於勞工賠償承保範圍或根據職業病相關法律規定必須提供的視力保健和眼鏡用品服務尋求補償。

這僅為摘要說明。請參閱計畫的 *EOC*，以確認您承保的確切條款和條件。

兒童牙科服務（僅限 California）

下列所有服務皆必須由您所選擇的 Health Net 簽約主治牙科醫療服務提供者提供才可獲得承保。請參閱本節後面的「兒童牙齒保健方案排除與限制項目」一節，以瞭解承保兒童牙科服務的限項目。

兒童牙科服務承保至受保人年滿十九歲當月的最後一天為止。

如何選擇主治牙醫

投保人必須從適用於其所在區域的簽約牙醫名錄中為自己及其受保家人選擇一位主治牙醫（即受保家人必須與投保人使用同一位主治牙醫）。請致電您 Health Net 會員卡上所列的電話號碼向客戶聯絡中心索取簽約牙科醫療服務提供者清單。每位會員的主治牙醫皆需負責為會員提供、管理及協調完整的牙齒保健服務。會員必須在投保時選擇一位主治牙醫。如果您未進行此項選擇並通知 Health Net，Health Net 將會為投保人指定一位位於其主要住所附近的主治牙醫。Health Net 將會在會員保險開始生效後的 31 天內或在收到完整投保資訊後的 31 天內進行指定作業，以兩者中日期較晚者為準。

承保項目

當您透過您所選擇的主治牙醫取得福利時，您僅需支付後述適用的共付額即可。您無需提出理賠申請。Health Net 透過與簽約牙醫簽訂合約來安排牙科服務的提供，以透過有組織且具有經濟效益的方式為您提供牙科服務。

如果您已購買了附加兒童牙科福利計畫，則屬於本計畫承保範圍的兒童牙科福利將會優先給付，而附加兒童牙科福利計畫將會承保本計畫未承保的服務和（或）附加兒童牙科福利計畫承保文件中所述的分攤費用。

重要事項：如果您選擇接受不屬於本計畫承保服務的牙科服務，簽約牙科醫療服務提供者可能會針對這些服務向您收取一般慣例費率。在為病人提供不屬於承保福利的牙科服務之前，牙醫應為病人提供一份治療計畫，內含預期將要提供的各項服務以及各項服務預計的費用。如果您想要更多有關牙科承保選項的資訊，您可撥打 Health Net 牙科會員卡上的客戶聯絡中心號碼或聯絡您的保險經紀人。如欲完整瞭解您的承保範圍內容，您可仔細檢閱 EOC 文件。

實施這些兒童牙科計畫福利符合兒童牙科基本健康福利 (EHB) 基準計畫的規定，包括在具有醫療必要性的情況下承保服務，醫療必要性的定義如兒童牙科服務的早期和定期篩檢、診斷及治療 (EPSDT) 福利中所述。

兒童牙科福利摘要

共付額範圍按服務類別而定。請參閱 EOC 以查看承保的兒童牙科服務、共付額、福利限制與排除項目的完整清單。

牙科福利	您需要支付的費用
診斷及預防性服務	\$0
包括口腔檢查、預防性 x 光檢查和洗牙、每顆牙齒的溝隙封填劑、局部塗氟和空間維持器等服務	
修復手術	共付額範圍 \$25 - \$310
醫療所必需的牙科服務，將天然牙齒修復或恢復至健康狀態	
牙髓病	共付額範圍 \$20 - \$365
醫療所必需的牙科服務，包括治療牙髓、根管和牙齒殘根	
牙周病	共付額範圍 \$10 - \$350
醫療所必需的牙科服務，包括治療支撐管理管理牙齒的牙齦和骨骼，以及治療牙齦炎（牙齦發炎）和牙周炎（牙齦疾病）	
假牙贖復服務	共付額範圍 \$20 - \$350
活動式義齒（移除假牙）、固定式假牙贖復（固定式牙橋）、顎顏贖復和植牙服務	
口腔與顎顏外科手術.....	共付額範圍 \$30 - \$350
醫療所必需的牙科服務，包括拔牙和其他外科手術	
一般輔助性服務	共付額範圍 \$0 - \$210
醫療所必需的牙齒矯正.....	\$1,000

齒列矯正福利

本牙科計畫承保以上所述的齒列矯正福利。拔牙和首次 X 光診斷檢查不包括在這些費用中。齒列矯正治療必須由簽約牙醫提供。

齒列矯正照護專科醫師轉介

每位會員的主治牙醫皆需負責為會員管理及協調完整的牙齒保健福利。如果您的主治牙醫建議齒列矯正照護，而且您希望按本牙科計畫的規定取得這類照護福利，Health Net 的客戶聯絡中心會協助您從簽約齒列矯正醫師名錄中選擇一位簽約齒列矯正醫師。

醫療所必需的牙科服務

醫療所必需的牙科服務是指，根據獲得專業認可的執業規範，為了治療會員的牙齒、牙齦和支撐組織所需的適當牙科福利，同時這些福利是：

- 為了治療蛀牙、牙齒疾病或傷害所需；或
- 對牙齒照護以及牙齒支撐組織的照護而言是不可或缺的服務

急診牙科服務

急診牙科服務是指由牙醫門診、牙科診所或其他類似的機構所進行的牙科程序，目的在評估和穩定最近發生且伴隨大量出血、劇痛或急性感染，同時病人可合理預期需要立即接受牙齒保健的嚴重牙齒病況。

我們所選出的全科牙醫每週七 (7) 天、每天二十四 (24) 小時均提供急診牙科服務，我們鼓勵您向您所選擇的全科牙醫尋求照護。如果您需要急診牙科服務，您可前往任何牙科服務提供者處、前往最近的急診室或撥打 **911** 獲得協助（必要時）。急診牙科服務無需事先授權。

兒科牙齒保健方案排除與限制項目：

牙科手術限制

承保的牙科手術受到以下限制。請參閱 *EOC* 以查看承保的兒童牙科服務、共付額、福利限制與排除項目的完整清單。

定期口腔評估：限每 6 個月 1 次。

專業潔牙服務（洗牙）：限每 6 個月 1 次。

塗氟治療：承保限每 6 個月 1 次。

口內 X 光片：全口 X 光片限每 36 個月一次。咬合 X 光片限每 6 個月 2 次。

咬翼 X 光片：與定期檢查一同進行的咬翼 X 光片在任一 6 個月期間限一組 4 張 X 光片。個別進行的咬翼片或根尖片僅限緊急情況或突發情況。

全口 X 光片：與定期檢查一同進行的全口 X 光片限每 24 個月一次。

環口 X 光片：限每 36 個月一次。

牙科溝隙封填劑治療：僅限佔據第二臼齒位置的第一、第二及第三恆臼齒。

修復物置換：僅限在修復物有缺陷的情況下才可獲得承保，並需證明有諸如再生齶齒或牙齒斷裂等情況的發生，且置換實屬牙科治療所必需。

牙冠：

預製牙冠 – 乳齒每 12 個月可獲得一次承保。

預製牙冠 – 恆齒每 36 個月可獲得一次承保。

置換預製牙冠若為必要，乳齒在前 12 個月內而恆齒在前 36 個月內可獲得承保。

對未滿 12 歲的兒童而言，僅有壓克力牙冠和不鏽鋼牙冠才屬於福利。如選擇其他類型的牙冠，會員將需為未滿 12 歲的兒童支付費用差額。承保牙科福利等級將為壓克力牙冠的福利等級。

牙齦切除術或牙齦成形術及骨性手術：限每 36 個月每象限一次。

牙周病（牙周維護除外）：牙周刮治和牙根整平及齒齦下括除術每 24 個月每象限限一次。

牙周維護：每 12 個月每象限可獲得一次承保。

牙科服務排除與限制項目

兒童牙科服務排除的服務或用品可能屬於您計畫醫療福利的承保範圍。如需更多資訊，請參閱計畫的 EOC。

除非在本計畫的福利表中另具體列為承保福利，否則下列項目皆屬於福利限制：

- 若根據主治牙醫的專業意見顯示，任何程序：**(a)** 因單顆牙齒或多顆牙齒和（或）周邊組織的狀況，導致成功治療和合理使用時間長度的預後不佳；或 **(b)** 與獲得公認的牙科規範不一致。
- 移植服務 (D6000-D6199)：移植服務僅有在有記錄在案的特殊醫療狀況時才屬於福利且需接受醫療必要性審查。
- 醫療所必需的齒列矯正 (D8000-D8999)：醫療所必需的全口齒列矯正治療福利必須獲得 Health Net 牙科顧問的核准，且提供對象必須是患有下列其中一項醫療狀況的會員：障礙性咬合不正、唇顎裂及顏面發育管理病例。為了預防疾病和促進口腔健康、恢復口腔構造的健康與機能，以及為了治療急診病況而屬於醫療所必需的齒列矯正照護將可獲得承保。
 - 除非病人已年滿 13 歲以上且尚有餘留的乳齒，否則僅有恆齒列的病例才屬於具有醫療必要性的障礙性咬合不正。唇顎裂及顱顏畸形病例對乳齒列、混合齒列和恆齒列而言均屬於福利。顱顏畸形將會使用顏面發育管理服務進行治療。
 - 所有可能會影響齒列矯正治療的必要程序皆必須在針對齒列矯正治療進行審查之前完成。
 - 僅有在經由診斷模型確認加州修訂分數表單 DC016 (06/09) 障礙性唇舌向異常 (HLD) 指數最低分數達 26 分，或有下列六項自動合格病況的其中一項病症存在，或當經認證的專科醫師使用信頭列有其專業認證的信紙提出顱顏畸形的書面證明時，齒列矯正程序才屬於福利。

自動合格病況包括：

- 唇顎裂畸形。如果從診斷模型看不出唇顎裂，則應由經認證的專科醫師使用信頭列有其專業認證的信紙提出書面證明和事先授權申請；
- 顱顏畸形。應由經認證的專科醫師使用信頭列有其專業認證的信紙提出書面證明和事先授權申請；

- 深咬，導致下排切齒損毀上顎軟組織；
- 個別前牙錯咬，導致軟組織受損；
- 水準覆咬超過 9 mm 或反向水準覆咬超過 3.5 mm；
- 嚴重創傷性偏斜（例如：因燒燙傷、意外、骨髓炎或其他嚴重病理問題而導致的前上頷骨局部缺失）。創傷或病理問題的書面證明文件應隨事先授權申請一起提交。

如果會員分數未達 26 分以上，也未患有六項自動合格病況的任一病況，但其有醫療必要性證明，則其可能符合早期和定期篩檢、診斷及治療 – 附加服務 (EPSDT-SS) 例外處理的資格。

- 輔助服務 (D9000-D9999)；輔助服務包括麻醉、專業看診和諮詢、行為管理、術後併發症及咬合保護板；
 - 緩和治療（緩解疼痛）
 - 緩和（急診）治療，適用於牙痛治療，每位會員每天限一次。
 - 居家／長期照護機構電話訪診，每位會員每個服務日期限一次。
 - 醫院或門診外科手術中心電話訪診，每位會員每名醫療服務提供者每天限一次。
 - 適用於未滿 19 歲之會員的麻醉、深度鎮靜或全身麻醉服務，若獲得事先授權，可視個案情況納入承保範圍，但為了口腔外科手術服務而進行者除外。為了口腔外科手術服務而進行的深度鎮靜或全身麻醉服務無需獲得事先授權。
 - 適用於 12 歲至 19 歲且擁有恆齒列的會員、獲得事先核准且為醫療所必需的咬合保護板。
 - 遠程牙科福利每 12 個月期間限兩次本計畫不承保每 12 個月期間超過兩次的遠程牙科。
- 下列服務若經由主診牙醫或 Health Net 判定為非醫療所必需則不屬於承保範圍：
 - 顫下顎關節（又稱為「TMJ」）的治療。
 - 選擇性牙科服務及牙齒美容服務。
 - 需要固定斷裂或脫位之牙齒的口腔外科手術、純粹為了齒列矯正而進行的正顎外科手術和拔牙（不適用於斷裂或脫位（脫落）的牙齒）。
 - 惡性腫瘤、囊腫、腫瘍或先天畸型的治療。
 - 處方藥。
 - 所有類型的醫院費用。
 - 全口或局部假牙遺失或遭竊。
 - 所有植牙程序。
 - 所有實驗性程序。
 - 全身麻醉或靜脈／清醒鎮靜，但在醫療福利一節中有註明者不在此限。
 - 因病人身體或行為方面的限制而無法進行的服務。
 - 因未按時間赴診或未如期赴診（未提前 24 小時通知）而產生的費用應由會員負擔。然而，如果發生下列情況，因未如期赴診所需的共付額可能不適用：(1) 會員至少提前 24 小時取消約診；或 (2) 會員是因發生緊急情況或會員無法控制的情況才未如期赴診。

- 為了矯正牙齒外形、相鄰牙齒鄰接面接觸或咬合而進行的所有程序。
- 未具體列為承保服務的所有程序。
- 由州政府或州政府相關機構、任何市政府、縣政府或其他分支機構為會員免費提供的服務。
- 用於任何形式之牙科福利的貴金屬費用。
- 由兒童牙科醫師／兒童牙醫所提供的服務，但若會員無法接受由其醫療團體之醫療服務提供者所提供的治療，或由兒童牙科醫師／兒童牙醫所提供的治療為醫療所必需，又或者會員的計畫醫療服務提供者為兒童牙科醫師／兒童牙醫的情況則不在此限。當投保人應可合理推斷並未有需要急診照護的情況存在時，在急診照護機構為非急診病況所接受的兒童牙科服務。

這僅為摘要說明。請參閱計畫的 **EOC**，以確認您承保的確切條款和條件。

反歧視聲明

Nondiscrimination Notice

In addition to the State of California nondiscrimination requirements (as described in benefit coverage documents), Health Net of California, Inc. (Health Net) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, disability, or sex.

HEALTH NET:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Customer Contact Center at:

Individual & Family Plan (IFP) Members On Exchange/Covered California 1-888-926-4988 (TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) Members Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711)

Individual & Family Plan (IFP) Applicants 1-877-609-8711 (TTY: 711)

Group Plans through Health Net 1-800-522-0088 (TTY: 711)

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way based on one of the characteristics listed above, you can file a grievance by calling Health Net's Customer Contact Center at the number above and telling them you need help filing a grievance. Health Net's Customer Contact Center is available to help you file a grievance. You can also file a grievance by mail, fax or email at:

Health Net of California, Inc. Appeals & Grievances
PO Box 10348
Van Nuys, CA 91410-0348

Fax: 1-877-831-6019

Email: Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Members) or
Non-Member.Discrimination.Complaints@healthnet.com (Applicants)

If your health problem is urgent, if you already filed a complaint with Health Net of California, Inc. and are not satisfied with the decision or it has been more than 30 days since you filed a complaint with Health Net of California, Inc., you may submit an Independent Medical Review/Complaint Form with the Department of Managed Health Care (DMHC). You may submit a complaint form by calling the DMHC Help Desk at 1-888-466-2219 (TDD: 1-877-688-9891) or online at www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

If you believe you have been discriminated against because of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR), electronically through the OCR Complaint Portal, at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

語言服務通知

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, call the Customer Contact Center at the number on your ID card or call Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). For California marketplace, call IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) or Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711). For Group Plans through Health Net, call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Arabic

خدمات لغوية مجانية. يمكننا أن نوفر لك مترجم فوري. ويمكننا أن نقرأ لك الوثائق بلغتك. للحصول على المساعدة اللازمة، يرجى التواصل مع مركز خدمة العملاء عبر الرقم المبين على بطاقتك أو الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة: 1-800-839-2172 (TTY: 711). للتواصل في كاليفورنيا، يرجى الاتصال بالرقم الفرعي لخطة الأفراد والعائلة عبر الرقم: 1-888-926-4988 (TTY: 711) أو المتروقات الصغيرة 1-888-926-5133 (TTY: 711). لخطط المجموعة عبر Health Net، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեր լեզվով: Օգնության համար զանգահարեք Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange՝ 1-800-839-2172 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Կալիֆոռնիայի համար զանգահարեք IFP On Exchange՝ 1-888-926-4988 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ Փոքր բիզնեսի համար՝ 1-888-926-5133 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Health Net-ի Խմբային ծրագրերի համար զանգահարեք 1-800-522-0088 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，請撥打您會員卡上的電話號碼與客戶聯絡中心聯絡或者撥打健康保險交易市場外的 Individual & Family Plan (IFP) 專線：1-800-839-2172（聽障專線：711）。如為加州保險交易市場，請撥打健康保險交易市場的 IFP 專線 1-888-926-4988（聽障專線：711），小型企業則請撥打 1-888-926-5133（聽障專線：711）。如為透過 Health Net 取得的團保計畫，請撥打 1-800-522-0088（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, अपने आईडी कार्ड में दिए गए नंबर पर ग्राहक सेवा केंद्र को कॉल करें या व्यक्तिगत और फैमिली प्लान (आईएफपी) ऑफ एक्सचेंज: 1-800-839-2172 (TTY: 711) पर कॉल करें। कैलिफोर्निया बाजारों के लिए, आईएफपी ऑन एक्सचेंज 1-888-926-4988 (TTY: 711) या स्मॉल बिजनेस 1-888-926-5133 (TTY: 711) पर कॉल करें। हेल्थ नेट के माध्यम से ग्रुप प्लान के लिए 1-800-522-0088 (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 ntawv rau koj ua koj hom lus hais. Txhawm rau pab, hu xovtooj rau Neeg Qhua Lub Chaw Tiv Toj ntawm tus npawb nyob ntawm koj daim npav ID lossis hu rau Tus Neeg thiab Tsev Neeg Qhov Kev Npaj (IFP) Ntawm Kev Sib Hloov Pauv: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Rau California qhov chaw kiab khw, hu rau IFP Ntawm Qhov Sib Hloov Pauv 1-888-926-4988 (TTY: 711) lossis Lag Luam Me 1-888-926-5133 (TTY: 711). Rau Cov Pab Pawg Chaw Npaj Kho Mob hla Health Net, hu rau 1-800-522-0088 (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。ヘルプが必要な場合は、IDカードに記載されている番号で顧客連絡センターまでお問い合わせいただくか、Individual & Family Plan (IFP) (個人・家族向けプラン) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711) までお電話ください。カリフォルニア州のマーケットプレイスについては、IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) または Small Business 1-888-926-5133 (TTY: 711) までお電話ください。Health Netによるグループプランについては、1-800-522-0088 (TTY: 711) までお電話ください。

Khmer

សេវាកម្មភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ លោកអ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យលោកអ្នកជាភាសាសំស្ក្រឹត។ សម្រាប់ជំនួយ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងអតិថិជនតាមលេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ឬហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី Off Exchange របស់គម្រោងជាលក្ខណៈបុគ្គល និងក្រុមគ្រួសារ (IFP) តាមរយៈលេខ៖ 1-800-839-2172 (TTY: 711)។ សម្រាប់ទីផ្សាររដ្ឋ California សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់កម្មវិធី On Exchange របស់គម្រោង IFP តាមរយៈលេខ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ឬក្រុមហ៊ុនអាជីវកម្មខ្នាតតូចតាមរយៈលេខ 1-888-926-5133 (TTY: 711)។ សម្រាប់គម្រោងជាក្រុមតាមរយៈ Health Net សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-522-0088 (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 고객센터 센터에 연락하시거나 개인 및 가족 플랜(IFP)의 경우 Off Exchange: 1-800-839-2172(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 캘리포니아 주 마켓플레이스의 경우 IFP On Exchange 1-888-926-4988(TTY: 711), 소규모 비즈니스의 경우 1-888-926-5133(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. Health Net을 통한 그룹 플랜의 경우 1-800-522-0088(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Navajo

Doo bą́ą́h ílínígóó saad bee háká ada'íiyeed. Ata' halne'ígíí da ła' ná hádííóót'íí. Naaltsoos da t'áá shí shizaad k'éhjí shichí' yídooltaah nínízingo t'áá ná ákódoolníít. Ákót'éego shíká a'doowoí nínízingo Customer Contact Center hoolyééhjí' hodíílnih ninaaltsoos nanítingo bee néého'dolzinígíí hodoonihjí' bikáá' éí doodago koji' hólné' Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange: 1-800-839-2172 (TTY: 711). California marketplace báhígíí koji' hólné' IFP On Exchange 1-888- 926-4988 (TTY: 711) éí doodago Small Business báhígíí koji' hólné' 1-888-926-5133 (TTY: 711). Group Plans through Health Net báhígíí éí koji' hólné' 1-800-522-0088 (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، با مرکز تماس مشتریان به شماره روی کارت شناسایی یا طرح فردی و خانوادگی (IFP) Off Exchange) به شماره: 1-800-839-2172 (TTY:711) تماس بگیرید. برای بازار کالیفرنیا، با IFP On Exchange شماره 1-888-926-4988 (TTY:711) یا کسب و کار کوچک (TTY:711) 1-888-926-5133 (TTY:711) تماس بگیرید. برای طرح های گروهی از طریق Health Net، با 1-800-522-0088 (TTY:711) تماس بگیرید.

Panjabi (Punjabi)

ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਲਾਗਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਗਾਹਕ ਸੰਪਰਕ ਕੇਂਦਰ ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਵਿਅਕਤੀਗਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਯੋਜਨਾ (IFP) ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ: 1-800-839-2172 (TTY: 711)। ਕੈਲੀਫੋਰਨੀਆ ਮਾਰਕਿਟਪਲੇਸ ਲਈ, IFP ਐਂਡ ਐਕਸਚੇਂਜ ਨੂੰ 1-888-926-4988 (TTY: 711) ਜਾਂ ਸਮੋਲ ਬਿਜਨੇਸ ਨੂੰ 1-888-926-5133 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਹੈਲਥ ਨੈੱਟ ਰਾਹੀਂ ਸਾਮੂਹਿਕ ਪਲੈਨਾਂ ਲਈ, 1-800-522-0088 (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, звоните по телефону Центра помощи клиентам, указанному на вашей карте участника плана. Вы также можете позвонить в отдел помощи участникам не представленных на федеральном рынке планов для частных лиц и семей (IFP) Off Exchange 1-800-839-2172 (TTY: 711). Участники планов от California marketplace: звоните в отдел помощи участникам представленных на федеральном рынке планов IFP (On Exchange) по телефону 1-888-926-4988 (TTY: 711) или в отдел планов для малого бизнеса (Small Business) по телефону 1-888-926-5133 (TTY: 711). Участники коллективных планов, предоставляемых через Health Net: звоните по телефону 1-800-522-0088 (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, comuníquese con el Centro de Comunicación con el Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación o llame al plan individual y familiar que no pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para planes del mercado de seguros de salud de California, llame al plan individual y familiar que pertenece al Mercado de Seguros de Salud al 1-888-926-4988 (TTY: 711); para los planes de pequeñas empresas, llame al 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para planes grupales a través de Health Net, llame al 1-800-522-0088 (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, tumawag sa Customer Contact Center sa numerong nasa ID card ninyo o tumawag sa Off Exchange ng Planong Pang-indibidwal at Pampamilya (Individual & Family Plan, IFP): 1-800-839-2172 (TTY: 711). Para sa California marketplace, tumawag sa IFP On Exchange 1-888-926-4988 (TTY: 711) o Maliliit na Negosyo 1-888-926-5133 (TTY: 711). Para sa mga Planong Pang-grupo sa pamamagitan ng Health Net, tumawag sa 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังเป็นภาษาของคุณได้ หากต้องการความช่วยเหลือ โทรหาศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ได้ที่หมายเลขบนบัตรประจำตัวของคุณ หรือโทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของเอกชน (Individual & Family Plan (IFP) Off Exchange) ที่ 1-800-839-2172 (โทรมา TTY: 711) สำหรับเขตแคลิฟอร์เนีย โทรหาฝ่ายแผนบุคคลและครอบครัวของรัฐ (IFP On Exchange) ได้ที่ 1-888-926-4988 (โทรมา TTY: 711) หรือ ฝ่ายธุรกิจขนาดเล็ก (Small Business) ที่ 1-888-926-5133 (โทรมา TTY: 711) สำหรับแผนแบบกลุ่มผ่านทาง Health Net โทร 1-800-522-0088 (โทรมา 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, vui lòng gọi Trung Tâm Liên Lạc Khách Hàng theo số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi Chương Trình Bảo Hiểm Cá Nhân & Gia Đình (IFP) Phi Tập Trung: 1-800-839-2172 (TTY: 711). Đối với thị trường California, vui lòng gọi IFP Tập Trung 1-888-926-4988 (TTY: 711) hoặc Doanh Nghiệp Nhỏ 1-888-926-5133 (TTY: 711). Đối với các Chương Trình Bảo Hiểm Nhóm qua Health Net, vui lòng gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).

CA Commercial On and Off-Exchange Member Notice of Language Assistance

FLY017549EH00 (12/17)

與我們聯絡

1-800-522-0088 (英文) 聽障專線：711

1-800-331-1777 (西班牙語)

1-877-891-9053 (中文)

1-877-891-9050 (粵語)

1-877-339-8596 (韓文)

1-877-891-9051 (塔加拉文)

1-877-339-8621 (越南文)

SIMNSA (在 Mexico)

(644) 683-29-02 或 (664) 683-30-05

Health Net

Post Office Box 9103

Van Nuys, California 91409-9103

Healthnet.com

HMO、EOA、POS、PPO 及 Salud con Health Net HMO 計畫是由 Health Net of California, Inc. 提供。Health Net of California, Inc. 是 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務標章。保留所有權利。