



2022 年 福利摘要

California

Wellcare No Premium Ruby (HMO)

H0562 | 079

Wellcare No Premium (HMO)

H0562 | 090

我們瞭解擁有可信賴的保健計劃對您有多麼重要。

這是 Wellcare No Premium Ruby (HMO) 和 Wellcare No Premium (HMO) 在 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日期間所承保的藥物與健康服務摘要。

本手冊概述我們承保的內容，以及分攤費用責任。文中不會列出每項服務、限制或排除項目。完整服務清單於計劃的承保證明 (EOC) 中提供。您可以在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetca 找到承保證明。或者，您也可以撥打封底所列的電話號碼與我們聯絡，以索取副本。

誰可以加入？

如要投保我們的計劃，您必須有資格享有 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分，並居住在我們的服務區域內。除非由 Medicaid 或其他第三方支付，否則會員必須繼續繳納其 Medicare B 部分保費。

我們的計劃和服務區域：

H0562079000 Wellcare No Premium Ruby (HMO) 包括 California 的下列郡縣：Fresno、Kern 和 Madera。

H0562090000 Wellcare No Premium (HMO) 包括 California 的 Fresno 郡。

若想進一步瞭解 Original Medicare 的承保範圍和費用，請參閱您目前的「Medicare 與您」手冊。您可於 www.medicare.gov 線上查閱，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本。服務時間為每週 7 天，每天 24 小時。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

健康維護組織 (HMO) 是由保險提供者搭配簽約醫療保健提供者和機構組成的網絡，所提供的醫療保健計劃。一般而言，HMO 會要求會員選擇主治醫生 (PCP) 來協調照護；如果您需要專科醫師，PCP 同樣會選擇我們網絡內的專科醫師。

我們的網絡由您所在區域中技術高超的醫療服務提供者組成，而我們的計劃能讓您利用這個網絡。您將會選擇一名主治醫生 (PCP) 與您合作並協調您的照護。您可以索取目前的服務提供者和藥房名錄，或是造訪 www.wellcare.com/healthnetca 查看最新的網絡服務提供者名單。(請注意，除了當您身在網絡外時的急診照護、急需護理、區域外的透析服務，以及我們的計劃授權使用網絡外服務提供者的情況外，如果您向計劃外的服務提供者取得醫療照護，Medicare 和我們的計劃都不承擔費用。)

我們的計劃還包括處方藥承保以及我們龐大藥房網絡的使用權利。我們的計劃使用處方集。我們的藥物計劃專為 Medicare 受益人所設計，包含種類齊全且價格合理的副廠藥和原廠藥。

我可以接受哪些醫生、醫院及藥房提供的服務？Wellcare No Premium Ruby (HMO) 和 Wellcare No Premium (HMO) 擁有一個由醫生、醫院、藥房和其他服務提供者共同組成的網絡。您可以使用我們的首選郵購藥房和計劃網絡內的服務提供者以節省費用。在某些計劃中，如果您使用網絡外的服務提供者，您可能必須為承保服務支付較高的分攤費用。

您可以在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetca 上，檢閱我們計劃的服務提供者和藥房名錄，並針對包含處方藥承保的計劃，查看完整的計劃處方集 (D 部分處方藥清單)。

如需更多資訊，請撥打 1-866-277-6583 (TTY 使用者請撥打 711) 與我們聯絡。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 8 點。請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

我們必須以適合您的方式提供資訊 (除英語以外的其他語言、音訊、點字版、大印刷字體或其他 替代格式等)。如果您需要其他格式的計劃資訊，請聯絡會員服務部。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
服務區域	我們的計劃和服務區域： H0562079000 Wellcare No Premium Ruby (HMO) 包括 California 的下列郡縣：Fresno、Kern 和 Madera。 H0562090000 Wellcare No Premium (HMO) 包括 California 的 Fresno 郡。	
每月計劃保費 您必須支付您的 Medicare B 部分保費。	\$0	\$0
自付額	無自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包含處方藥)	每年 \$2,200 這是本年度您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金上限。	每年 \$4,700 這是本年度您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金上限。
住院照護承保	每次住院，您支付： <ul style="list-style-type: none"> ▪ 第 1 天至第 5 天，每天 \$50 共付額 ▪ 第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 ▪ 第 91 天以後，每天 \$0 共付額 *	每次住院，您支付： <ul style="list-style-type: none"> ▪ 第 1 至 5 天，每日共付額 \$340 ▪ 第 6 至 90 天，每日共付額 \$0 ▪ 第 91 天以後，每天 \$0 共付額 *
門診醫院承保 門診醫院服務	外科和非外科服務，\$50 共付額 *	外科和非外科服務，\$275 共付額 *
門診醫院觀察服務	當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$50。 當您透過緊急病房進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$120。 *	當您透過緊急病房進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$90。 當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$275。 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
門診外科中心 (ASC)	\$25 共付額 ▪ *	\$125 共付額 ▪ *
看醫生 主治醫生	\$0 共付額	\$0 共付額
專科醫生	\$0 共付額 ▪ *	\$20 共付額 ▪ *
預防性照護 (例如，年度保健就診、骨質密度測量、乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)、心血管篩檢、子宮頸癌及陰道癌篩檢、結直腸癌篩檢、糖尿病篩檢、B 型肝炎病毒篩檢、攝護腺癌篩檢 (PSA)、疫苗 (包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗))	\$0 共付額	\$0 共付額
急診照護	\$120 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。	\$90 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。
全球急診承保	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務可享有最高 \$50,000 的計劃承保。急診室外的照護或緊急醫院住院不在全球承保範圍內。若是因全球急診服務而住院，則不會免除共付額。	\$90 共付額 全球急診和全球緊急需求服務可享有最高 \$50,000 的計劃承保。急診室外的照護或緊急醫院住院不在全球承保範圍內。若是因全球急診服務而住院，則不會免除共付額。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。
 標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
緊急需求服務	\$0 共付額	\$20 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。
全球急需照護承保	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務可享有最高 \$50,000 的計劃承保。若是因全球緊急需求服務而住院，則不會免除共付額。	\$90 共付額 全球急診和全球緊急需求服務可享有最高 \$50,000 的計劃承保。若是因全球緊急需求服務而住院，則不會免除共付額。
診斷性服務/化驗/成像	在任何地點進行的 COVID-19 檢測以及特定的檢測相關服務都是 \$0。	在任何地點進行的 COVID-19 檢測以及特定的檢測相關服務都是 \$0。
化驗服務	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
診斷性檢查和程序	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
門診 X 光檢查	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
診斷性放射服務 (如：MRI、CAT 掃描)	DEXA 掃描的共付額為 \$0。 診斷性乳房 X 光檢查的共付額為 \$0。 所有其他診斷性放射服務的共付額為 \$50。 ▪ *	DEXA 掃描的共付額為 \$0。 診斷性乳房 X 光檢查的共付額為 \$0。 所有其他診斷性放射服務的共付額為 \$275。 ▪ *
治療放射學	20% 共同保險金 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *
聽力服務		
聽力檢查 Medicare 承保項目	\$0 共付額	\$20 共付額
例行性聽力檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。
標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
助聽器		
助聽器選配/評估	\$0 共付額 * 每年 1 次選配/評估	\$0 共付額 * 每年 1 次選配/評估
助聽器費用	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$1,500。	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$1,000。
所有類型	\$0 共付額 * 每年限 2 個助聽器	\$0 共付額 * 每年限 2 個助聽器
其他聽力資訊	您應該知道 如果您的醫生或其他醫療照護服務提供者開立醫囑，指示您需進行診斷性聽力和平衡檢查，以確定您是否需要接受醫藥治療，Medicare 將承保這些檢查。	您應該知道 如果您的醫生或其他醫療照護服務提供者開立醫囑，指示您需進行診斷性聽力和平衡檢查，以確定您是否需要接受醫藥治療，Medicare 將承保這些檢查。
牙科服務		
預防性服務	\$0 共付額： * 每年 2 次洗牙 每年 1 次牙科 X 光檢查 每年 2 次口腔檢查	不在承保範圍內
氟化處理	\$0 共付額 * 每年 1 次	不在承保範圍內

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。
 標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
綜合服務 Medicare 承保項目	每項 Medicare 承保服務 \$0 共付額。 *	每項 Medicare 承保的服務 \$20 共付額。 *
診斷服務	\$0 - \$15 共付額 * 每年不限次數的 診斷服務。	不在承保範圍內
修復服務	\$0 - \$300 共付額 * 不限次數的修復服務 (每年)	不在承保範圍內
根管治療/牙周病治療/ 拔牙	\$0 - \$375 共付額 * 不限次數的根管治療服務 牙周病治療在連續 12 個月 內僅限四次不同的角落。 牙周病維護每連續 12 個月 僅限兩次。 牙周病手術在連續 36 個月 內，每個角落僅限一次。 不限次數的拔牙	不在承保範圍內
非例行性服務	\$0 共付額 * 不限次數的非例行性服務 (每年)	不在承保範圍內
牙科補綴、其他口腔顎 面手術、其他服務	\$0 - \$2,250 共付額 * 無限次牙科補綴 無限次口腔顎面外科手術 無限次其他服務	不在承保範圍內
視力服務 Medicare 承保的視力檢查	\$0 共付額 *	\$0 共付額 (Medicare 承保 的糖尿病視網膜病篩檢) \$20 共付額 (Medicare 承保 的所有其他視力檢查) *
常規眼科檢查 (屈光)	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
青光眼篩檢	每項 Medicare 承保的服務 \$0 共付額。 ▪	每項 Medicare 承保的服務 \$0 共付額。 ▪
Medicare 承保的眼鏡	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
常規眼鏡 隱形眼鏡/眼鏡 (鏡片和鏡框)/眼鏡鏡框	\$0 共付額 每年不限副數的隱形眼鏡 每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) *	\$0 共付額 每年不限副數的隱形眼鏡 每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) *
眼鏡費用	每年最高 \$300 的合併費用	每年最高 \$200 的合併費用
心理健康服務		
住院就診	每次住院，您支付： ▪ 第 1 天至第 90 天， 每次留院共付額 \$900 *	每次住院，您支付： ▪ 第 1 天至第 4 天， 每天 \$390 共付額 ▪ 第 5 天至第 90 天， 每天 \$0 共付額 *
個人治療門診	\$25 共付額 *	\$25 共付額 *
團體治療門診	\$25 共付額 *	\$25 共付額 *
專業護理機構 (SNF)	針對每個給付期間， 您支付： ▪ 第 1 天至第 20 天， 每天 \$0 共付額 ▪ 第 21 天至第 100 天， 每天 \$75 共付額 *	針對每個給付期間， 您支付： ▪ 第 1 天至第 20 天， 每天 \$0 共付額 ▪ 第 21 天至第 100 天， 每天 \$75 共付額 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。
標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
治療和復健服務		
物理治療	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
由職能治療師提供的門診復健服務	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
肺部復健服務	\$0 共付額 ▪	\$0 共付額 ▪
救護車		
地面救護車	\$300 共付額 *	\$190 共付額 *
空中救護	\$300 共付額 *	\$190 共付額 *
交通工具服務	<p>每年最多 12 趟單程運輸，前往計劃核准的健康照護相關地點。可能適用里程數限制。</p> <p>\$0 共付額 (每趟單程運輸) *</p> <p>您應該知道： 保持健康的第一步是能夠看醫生。正因如此，我們承保這些共乘交通，以便您前往計劃核准的醫療照護服務提供者處。我們想確保您在需要時得到所需的醫護服務。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電 客戶服務部。可能適用里程數限制。</p>	不在承保範圍內

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。
 標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
Medicare B 部分藥物		
化療藥物	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
其他 B 部分藥物	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。
 標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

處方藥承保	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090		
第 1 階段：年度處方自付額				
自付額	此計劃對於 D 部分承保藥物沒有自付額，因此不適用此付款階段。	此計劃對於 D 部分承保藥物沒有自付額，因此不適用此付款階段。		
第 2 階段：初始承保 (在您支付您的自付額之後，如適用)				
您需支付以下費用，直至您的年度總藥費達到 \$4,430 為止。年度總藥費是由您和我們的計劃雙方支付的全部藥物費用。達到此金額後，您將會進入承保缺口。				
零售分攤費用 (30 天/90 天藥量)				
	首選	標準	首選	標準
層級 1 (首選副廠藥) 包括首選副廠藥，並且可能包含一些原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$5 / \$15 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$10 / \$30 共付額
層級 2 (副廠藥) 包括副廠藥，並且可能包含一些原廠藥。)	\$13 / \$39 共付額	\$20 / \$60 共付額	\$3 / \$9 共付額	\$20 / \$60 共付額
層級 3 (首選原廠藥) 包括首選原廠藥，並且可能包含一些副廠藥。)	\$37 / \$111 共付額	\$47 / \$141 共付額	\$37 / \$111 共付額	\$47 / \$141 共付額
層級 4 (非首選藥物) 包含非首選原廠藥和非首選副廠藥。)	\$90 / \$270 共付額	\$100 / \$300 共付額	\$90 / \$270 共付額	\$100 / \$300 共付額

處方藥承保	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079		Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090	
	首選	標準	首選	標準
層級 5 (專用層級) 包括高成本的原廠和副廠藥。 在此層級的藥物不符合以較低層級付款的例外處理資格。)	33% 共同保險金 / 無法使用	33% 共同保險金 / 無法使用	33% 共同保險金 / 無法使用	33% 共同保險金 / 無法使用
層級 6 (特定護理藥物) 包含一些常用於治療特定慢性疾病，或用於預防疾病 (疫苗) 的副廠和原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額

處方藥承保	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090		
第 2 階段：初始承保 (在您支付您的自付額之後，如適用) (續)				
郵購分攤費用 (30 天/90 天藥量)				
	首選	標準	首選	標準
層級 1 (首選副廠藥) 包括首選 副廠藥，並且 可能包含一些 原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$5 / \$15 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$10 / \$30 共付額
層級 2 (副廠藥) 包括 副廠藥，並且 可能包含一些 原廠藥。)	\$13 / \$0 共付額	\$20 / \$60 共付額	\$3 / \$0 共付額	\$20 / \$60 共付額
層級 3 (首選原廠藥) 包括首選 原廠藥，並且 可能包含一些 副廠藥。)	\$37 / \$74 共付額	\$47 / \$141 共付額	\$37 / \$74 共付額	\$47 / \$141 共付額
層級 4 (非首選藥物) 包含 非首選原廠藥和 非首選副廠藥。)	\$90 / \$180 共付額	\$100 / \$300 共付額	\$90 / \$180 共付額	\$100 / \$300 共付額
層級 5 (專用層級) 包括 高成本的原廠和 副廠藥。在此層級 的藥物不符合以較 低層級付款的例外 處理資格。)	33% 共同保險金 / 無法使用	33% 共同保險金 / 無法使用	33% 共同保險金 / 無法使用	33% 共同保險金 / 無法使用
層級 6 (特定護理藥物) 包含一些常用於 治療特定慢性 疾病，或用於 預防疾病 (疫苗) 的副廠和原廠 藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額

處方藥承保	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
第 3 階段：承保缺口		
	<p>在您的總藥費 (包括我們計劃已支付及您已支付的部分) 達到 \$4,430 後，對於在承保缺口期間的任何藥物層級，您將不會為副廠藥支付超過 25% 共同保險金，或為原廠藥支付超過 25% 共同保險金。</p>	<p>在您的總藥費 (包括我們計劃已支付及您已支付的部分) 達到 \$4,430 後，對於在承保缺口期間的任何藥物層級，您將不會為副廠藥支付超過 25% 共同保險金，或為原廠藥支付超過 25% 共同保險金。</p>
第 4 階段：重大傷病承保		
	<p>在您的年度自付藥費 (包括透過您的零售藥房以及郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，您支付以下金額中較高者：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% 共同保險金，或 • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，所有其他藥物 \$9.85 共付額。 	<p>在您的年度自付藥費 (包括透過您的零售藥房以及郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，您支付以下金額中較高者：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% 共同保險金，或 • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，所有其他藥物 \$9.85 共付額。

分攤費用可能會因下列因素而不同：定點服務 (郵購、零售、長期照護 (LTC))、家庭輸注、藥房是否在我們的首選網絡或標準網絡內，或者處方是短期 (30 天藥量) 或長期 (90 天藥量)。

排除藥物：

本計劃包括某些排除藥物的增強藥物承保。層級 1 的副廠藥僅 Sildenafil 和 Vardenafil 有每 30 天六片的數量限制。

因為這些藥物排除在 Medicare 的 D 部分承保範圍外，因此不在額外協助的承保範圍內。此外，您配取這些藥物處方時支付的金額，不計入使您擁有重大傷病承保階段資格的費用。

有關本藥物承保的細節，請參閱您的處方集和承保證明。

額外福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
整脊服務 Medicare 承保項目	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
例行脊椎神經醫學服務	\$0 共付額 ▪ * 每年 12 次就診	\$0 共付額 ▪ * 每年 24 次就診
針灸 Medicare 承保項目	\$0 共付額，PCP 診間中接受 Medicare 承保的針灸。 \$0 共付額，專科醫師診間中接受 Medicare 承保的針灸。 \$0 共付額，脊椎整復師診間中接受 Medicare 承保的針灸。 ▪ *	\$0 共付額，PCP 診間中接受 Medicare 承保的針灸。 \$20 共付額，專科醫師診間中接受 Medicare 承保的針灸。 \$0 共付額，脊椎整復師診間中接受 Medicare 承保的針灸。 ▪ *
例行針灸服務	\$0 共付額 ▪ * 每年限 12 次 就診。	\$0 共付額 ▪ * 每年限 24 次 就診
足部服務(足部照護) Medicare 承保項目	\$0 共付額 ▪	\$20 共付額 ▪
例行足部服務	\$0 共付額 ▪ 每年 6 次就診 您應該知道： 如果您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件，則可進行足部檢查和治療。	\$20 共付額 ▪ 每年 6 次就診 您應該知道： 如果您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件，則可進行足部檢查和治療。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, 計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562, 計劃 090
虛擬看診	我們的計劃透過 Teladoc 提供每週 7 天，每天 24 小時，由學會認證醫生進行的虛擬看診，協助解決各種健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。 虛擬看診 (也稱為遠程醫療諮詢) 是指使用智慧型手機、平板電腦或電腦，透過電話或網際網路讓醫生看診。某些類型的看診可能需有網際網路和具備相機功能的裝置。	
居家健康機構照護	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
醫療設備/用品 耐用醫療設備 (DME)	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
義肢	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
糖尿病用品	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
糖尿病治療鞋或鞋墊	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
鴉片類藥物治療計劃服務	\$0 共付額 *	\$20 共付額 *
非處方 (OTC) 項目	\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$30 您應該知道： 會員可以從參與的地點或本計劃的目錄購買符合資格的物品，並寄送到他們的住處。	\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$40 您應該知道： 會員可以從參與的地點或本計劃的目錄購買符合資格的物品，並寄送到他們的住處。
保健計劃	如需保健計劃所提供福利的詳細列表，請參閱承保證明。	如需保健計劃所提供福利的詳細列表，請參閱承保證明。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562, 計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562, 計劃 090
健身	<p>\$0 共付額 承保範圍包括：活動追蹤器材和體適能</p> <p>您應該知道： 本計劃的福利提供 Peerfit Move 會員資格，這是一項彈性的健身福利，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。會員每個月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房會員資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。</p>	<p>\$0 共付額 承保範圍包括：活動追蹤器材和體適能</p> <p>您應該知道： 本計劃的福利提供 Peerfit Move 會員資格，這是一項彈性的健身福利，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。會員每個月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房會員資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。</p>
額外的吸煙和菸草戒除諮詢	\$0 共付額 每年限 5 次就診	\$0 共付額 每年限 5 次就診
額外的例行性年度體檢	<p>\$0 共付額 您應該知道：保健計劃是維持健康的絕佳方式。不論是一年當中的額外檢查，或是您有簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。</p>	<p>\$0 共付額 您應該知道：保健計劃是維持健康的絕佳方式。不論是一年當中的額外檢查，或是您有簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。</p>
24 小時護士諮詢專線	\$0 共付額	\$0 共付額

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

選擇性補充福利

	Wellcare No Premium Ruby (HMO) H0562，計劃 079	Wellcare No Premium (HMO) H0562，計劃 090
月保費	無法使用	\$10 保費 這是除了每月的 Medicare B 部分保費外，還需額外支付的月保費
承保		<p>Centene Enhanced Dental 包括： 牙科服務 預防性牙科服務 - 包括 2 次檢查、2 次洗牙、1 次氟化處理和 1 組牙科 X 光檢查。每次看診，您支付 \$0 共付額。 綜合性牙科服務包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 非例行性服務 - 每次服務，您支付 \$0 共付額。 ▪ 診斷性服務 - 每次服務，您支付 \$0-\$15 共付額。 ▪ 修復服務 - 每次服務，您支付 \$0-\$300 共付額。 ▪ 根管治療 - 每次服務，您支付 \$5-\$275 共付額。 ▪ 牙周病治療 - 每次服務，您支付 \$0-\$375 共付額。 ▪ 拔牙 - 每次服務，您支付 \$15-\$150 共付額。 ▪ 牙科補綴，包括假牙、其他口腔顎面手術，以及其他服務 - 每次服務，您支付 \$0-\$2,250 共付額。
可能需要事先授權		

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numeru lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

電話一通， 我們即在！

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 或造訪 www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP
☎ 1-833-853-0864

📄 或造訪 www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
☎ 1-800-247-1447

📄 或造訪
www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 或造訪 www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 或造訪 www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 或造訪 www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 或造訪 www.wellcare.com/healthnetOR

所有州的 TTY 號碼為：711

服務時間

📅 10月1日至3月31日：週一至週日，早上8點至晚上8點。

📅 4月1日至9月30日：週一至週五，早上8點至晚上8點。

投保前核對清單

在您決定投保前，請務必充分瞭解我們的福利和規定。如果您有任何疑問，可撥打電話與客戶服務代表聯繫，電話 1-866-277-6583 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日早上 8 點至晚上 8 點；在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 8 點。

瞭解福利

- 請檢閱**承保證明 (EOC)** 所列的完整福利清單，特別是與您的例行就診服務有關的福利。請造訪 www.wellcare.com/healthnetca 或撥打 1-866-277-6583 (TTY：711) 以檢視 EOC 的副本。
- 請檢閱**服務提供者名錄** (或詢問您的醫生)，確定您目前就診的醫生在網絡內。如果他們未在列表中，表示您可能必須選擇新的醫生。
- 請檢閱**藥房名錄**，確定您用於配取處方藥物的藥房在網絡內。如果該藥房未在列表中，您可能必須選擇新的藥房以配取處方。

瞭解重要規定

- **對於有計劃保費的計劃 (不適用於無計劃保費的計劃)**：除了您每月的計劃保費之外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。此保費通常會每個月從您的 Social Security 支票扣除。
- 福利、保費和/或共付額/共同保險金可能會在 2023 年 1 月 1 日變更。
- **僅適用於 HMO 計劃**：除了急診或緊急情況之外，我們不承保由網絡外服務提供者 (未列入服務提供者名錄的醫生) 所提供的服務。
- **僅限 PPO 和 PFFS 計劃**：我們的計劃允許您向網絡外服務提供者 (非合約服務提供者) 求診。然而，雖然我們會支付由非合約服務提供者所提供的承保服務，但是該服務提供者必須同意為您提供治療。除非在急診或緊急情況，否則非合約服務提供者可能會拒絕提供照護。此外，對於非合約服務提供者所提供的服務，您將支付較高的共付額。
- **僅適用於 C-SNP 計劃**：此計劃是 Chronic Condition Special Needs Plan (C-SNP)。您是否能投保取決於您是否證實罹患符合條件的特定嚴重或致殘慢性病。
- **僅適用於 D-SNP 計劃**：此計劃是 Dual Eligible Special Needs 計劃 (D-SNP)。您是否能投保取於您是否證實有權同時享有 Medicare 和州計劃下的 Medicaid 醫療援助。

與我們聯絡

如需更多資訊，請與我們聯絡：

透過電話

免付費專線：1-866-277-6583 (TTY 711)。您的來電可能會由持照代理人接聽。

服務時間

在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五早上 8 點至晚上 8 點。

線上：www.wellcare.com/healthnetCA

我們將提供會員貼心服務。

Centene, Inc. 是與 Medicare 簽訂合約的 HMO、PPO、PFFS、PDP 計劃，且是經批准的 D 部分贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽訂合約。投保我們的計劃取決於續約情況。

MedicareRx
Prescription Drug Coverage