



2022 혜택 요약서

California

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP)

H0562 | 114

당사는 믿고 이용할 수 있는 건강 플랜을 세우는 것이 얼마나 중요한지를 잘 알고 있습니다.

본 책자는 Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP)이 2022년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지 제공하는 의약품 및 건강 서비스에 대한 요약입니다.

이 책자는 당사가 다루는 내용 및 비용 분담 책임에 대한 요약을 제공합니다. 서비스, 제한사항 또는 예외사항 중에서 여기에 포함되지 않은 것도 있습니다. 모든 서비스에 대한 전체 목록은 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)에 있습니다. 보장 범위 증명서는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 확인하실 수 있습니다. 또는 뒤표지에 나와 있는 전화번호로 전화하여 사본을 요청하실 수도 있습니다.

누가 가입할 수 있나요?

당사 플랜 중 하나에 가입하시려면 Medicare Part A에 자격이 되어야 하고, Medicare Part B에 가입되어 있으며 당사의 서비스 지역에 거주하셔야 합니다. Medicaid 또는 다른 제3자가 보험료를 납부하지 않는다면 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속하여 납부해야 합니다.

본 플랜의 서비스 지역은 California 주의 San Diego 카운티가 포함됩니다.

Original Medicare의 보장과 비용에 대해 더 자세히 알아보려면 현재 사용 중인 “Medicare와 당신(Medicare & You)” 핸드북을 참조하십시오. 온라인으로 www.medicare.gov에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔서 사본을 요청하실 수 있습니다. 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

건강관리기구(HMO)는 제휴 의료 서비스 제공자 및 시설로 구성된 네트워크와 더불어 보험 제공자가 제공하는 건강 플랜입니다. 일반적으로 HMO에서 가입자는 진료를 조정할 주치의(PCP)를 선택해야 하며 전문의가 필요할 경우 PCP는 당사의 네트워크에 소속된 사람을 선택합니다.

Chronic Special Needs Plan(C-SNP) Chronic Special Needs Plan(C-SNP)의 경우 심혈관계 질병/만성 심부전, 울혈성 심부전 및/또는 당뇨병 진단도 받아야 합니다.

당사의 플랜을 통해 가입자는 해당 지역에 있는 고도로 숙련된 의료 서비스 제공자의 네트워크를 이용할 수 있습니다. 가입자와 협력하고 진료를 조정할 주치의(PCP)를 선택할 수 있습니다. 현재 서비스 제공자 및 약국 명부를 요청하거나 네트워크 서비스 제공자의 최신 목록을 보려면 www.wellcare.com/healthnetca를 방문하십시오. (응급 진료, 네트워크 외부에 있을 때 긴급히 필요한 진료, 지역 외 신장 투석 서비스 및 당사 플랜이 네트워크 비소속 서비스 제공자의 사용을 승인하는 경우를 제외하고, 플랜 비소속 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우 Medicare 또는 당사 플랜은 비용에 대해 책임을 지지 않습니다.)

당사의 플랜에는 처방약 보장 및 당사의 대규모 약국 네트워크 이용도 포함됩니다. 저희 플랜은 처방서를 사용합니다. 당사 의약품 플랜은 Medicare 수혜자를 위해 특별히 설계되었으며 저렴한 복제약 및 브랜드 약의 포괄적인 선택을 포함합니다.

어떤 의사, 병원 및 약국을 이용할 수 있나요? Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP)은 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자로 구성된 네트워크를 가지고 있습니다. 우선적 우편 주문 약국 및 플랜의 네트워크에 있는 서비스 제공자를 이용하면 비용을 절감할 수 있습니다. 일부 플랜에서는 네트워크에 포함되지 않은 서비스 제공자를 이용할 경우, 보장 서비스에 대해 가입자의 부담분이 더 높아질 수도 있습니다.

당사 플랜의 서비스 제공자 및 약국 명부 및 처방약 보장을 포함하는 플랜에 대한 당사의 전체 처방서(Part D 처방약 목록)를 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca 에서 확인하실 수 있습니다.

자세한 내용은 1-866-277-6583번으로 전화해 주십시오(TTY 사용자는 711번으로 연락하시기 바랍니다). 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문해 주십시오.

저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

혜택

	Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114
서비스 지역	본 플랜의 서비스 지역은 California 주의 San Diego 카운티가 포함됩니다.
월 플랜 보험료 계속해서 Medicare Part B 보험료를 납부해야 합니다.	\$0
공제액	공제액 없음
가입자 부담 최대한도액 (처방약은 포함되지 않음)	연간 \$2,800 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다.
입원환자 병원 보장	입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~5일까지 일당 \$150의 자기부담금 • 6~90일까지 일당 \$0의 자기부담금 • 91일 이상은 일당 \$0의 자기부담금 *
외래환자 병원 보장 외래환자 병원 서비스	수술 및 비수술 서비스에 \$225의 자기부담금 *
외래환자 병원 관찰 서비스	응급실을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$120의 자기부담금을 납부합니다. 외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$225의 자기부담금을 납부합니다. *
외래 수술 센터(ASC)	\$150의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
의사 방문	
주치의	\$0의 자기부담금
전문의	일부 전문의 유형으로부터 받은 Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 다른 모든 전문의의 Medicare 보장 서비스마다 \$5의 자기부담금을 납부합니다. ▪ *
예방 진료 (예: 연례 건강 검진, 골밀도 측정, 유방암 검사(유방조영상), 심혈관 검사, 자궁경부암과 질암 검사, 대장암 검사, 당뇨 검사, B형 간염 바이러스 검사, 전립선암 검사(PSA), 백신(독감 예방접종, B형 간염 주사, 폐렴구균 주사 포함))	\$0의 자기부담금
응급 진료	\$120의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.
전 세계 응급 진료 보장	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
긴급 진료 서비스	\$5의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
전 세계 긴급 진료 보장	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
진단 서비스/검사실/영상	어디서든 COVID-19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 \$0입니다.
검사실 서비스	\$0의 자기부담금 *
진단 검사 및 절차	\$0의 자기부담금 *
외래환자 엑스레이	\$0의 자기부담금 ▪ *
진단 방사선 서비스 (예: MRI, CAT 스캔)	DEXA 스캔에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 진단용 유방조영상에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 기타 모든 진단 방사선 서비스에 대해 \$225의 자기부담금을 납부합니다. ▪ *
치료 방사선	20%의 공동보험료 ▪ *
청각 진료 서비스	
청력 검사 Medicare 보장	\$5의 자기부담금 *
정기 청력 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
보청기	
보청기 피팅/평가	\$0의 자기부담금 매년 1회 피팅/평가 *
보청기 보조금	보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$1,500의 보조금이 지급됩니다.
모든 유형	\$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨
추가 청력 정보	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.
치과 서비스	
Medicare 보장	Medicare 보장 서비스마다 \$5의 자기부담금을 납부합니다. *
안과 서비스	
안과 검사 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *
정기 안과 검사(굴절)	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사
녹내장 검사	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪
안경류 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *
일상적인 안경류	
콘택트 렌즈/안경(렌즈 및 안경테)/안경테	\$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경(렌즈 및/또는 안경테) *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
안경류 보조금	매년 최대 \$500의 총보조금.
정신 건강 서비스 입원환자 방문	입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다. 1~90일까지 입원당 \$900의 자기부담금합니다 *
외래환자 개인 치료 방문	\$25의 자기부담금 *
외래환자 그룹 치료 방문	\$25의 자기부담금 *
전문 간호 시설(SNF)	각 혜택 기간에 대해 다음을 납부합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~20일까지 일당 \$0의 자기부담금 • 21~100일까지 일당 \$75의 자기부담금 *
치료 및 재활 서비스 물리 치료	\$0의 자기부담금 ▪ *
작업 치료사가 제공하는 외래 재활 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ *
폐 재활 서비스	\$0의 자기부담금 ▪

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114
구급차	
지상 구급차	\$270의 자기부담금 *
항공 구급차	\$270의 자기부담금 *
교통편 서비스	<p>플랜이 승인한 건강 관련 지역에 대한 매년 최대 48회의 편도 교통편. 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다. \$0의 자기부담금(편도 교통편당) *</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>건강을 유지하기 위한 첫 번째 단계는 의사와 연락을 유지하는 것입니다. 그래서 저희는 플랜의 승인된 의료 서비스 제공자를 방문하는 경우, 공유 교통편 이용을 보장하고 있습니다. 가입자가 필요할 때 원하는 치료를 계속해서 받을 수 있도록 지원하겠습니다. 72시간 전에 고객 서비스부에 전화하여 차량을 예약하십시오. 주행 거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p>
Medicare Part B 의약품	
화학요법 의약품	20%의 공동보험료 *
기타 Part B 의약품	20%의 공동보험료 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

처방약 보장	Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
1단계: 연간 처방 공제액		
공제액	이 플랜에는 Part D 보장 의약품에 대한 공제액이 없으며, 이 지불 단계는 적용되지 않습니다.	
2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)		
가입자는 총 연간 약 비용이 \$4,430에 도달할 때까지 다음을 지불합니다. 총 연간 약 비용은 가입자 및 당사의 D 플랜이 지불하는 총 약 비용입니다. 이 금액에 도달하면 보장 갭에 진입하게 됩니다.		
소매 비용 분담(30일/90일분)		
	우선	표준
범주 1 (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금
범주 2 (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$10/\$30의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금
범주 3 (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	\$37/\$111의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금
범주 4 (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	\$90/\$270의 자기부담금	\$100/\$300의 자기부담금

처방약 보장	Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
	선택	표준
<p>범주 5 (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지금 예외 대상이 아닙니다.)</p>	<p>33%의 공동보험료/해당 사항 없음</p>	<p>33%의 공동보험료/해당 사항 없음</p>
<p>범주 6 (선별된 당뇨 의약품)에는 당뇨병 치료에 흔히 사용되는 일부 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)</p>	<p>\$0/\$0의 자기부담금</p>	<p>\$0/\$0의 자기부담금</p>
	<p>초기 보장 및 보장 갭 단계에서 선별 인슐린에 대한 범주 6 비용 분담을 지불하게 됩니다. 자세한 내용은 처방서 및 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>	

<p>처방약 보장</p>	<p>Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114</p>	
<p>2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)(계속)</p>		
<p>우편 주문 비용 분담(30일/90일분)</p>		
	<p>우선</p>	<p>표준</p>
<p>범주 1 (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)</p>	<p>\$0/\$0의 자기부담금</p>	<p>\$0/\$0의 자기부담금</p>
<p>범주 2 (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)</p>	<p>\$10/\$0의 자기부담금</p>	<p>\$20/\$60의 자기부담금</p>
<p>범주 3 (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)</p>	<p>\$37/\$74의 자기부담금</p>	<p>\$47/\$141의 자기부담금</p>
<p>범주 4 (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)</p>	<p>\$90/\$180의 자기부담금</p>	<p>\$100/\$300의 자기부담금</p>
<p>범주 5 (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)</p>	<p>33%의 공동보험료/해당 사항 없음</p>	<p>33%의 공동보험료/해당 사항 없음</p>

처방약 보장	Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
	선호	표준
범주 6 (선별된 당뇨 의약품)에는 당뇨병 치료에 흔히 사용되는 일부 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금
	초기 보장 및 보장 갭 단계에서 선별 인슐린에 대한 범주 6 비용 분담을 지불하게 됩니다. 자세한 내용은 처방서 및 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	
3단계: 보장 갭		
	총 약 비용(플랜이 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달한 후에는 보장 갭 기간 동안 모든 의약품 범주에서 복제약에 대해 25% 이하의 공동보험료 또는 브랜드 약에 대해 25% 이하의 공동보험료를 지불하게 됩니다.	
4단계: 재해성 보장		
	연간 본인이 부담해야 하는 약 비용(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구매한 약 포함)이 \$7,050에 도달하면 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 5%의 공동보험료 또는 • 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 경우 \$3.95의 자기부담금 및 다른 모든 약에 대해 \$9.85의 자기부담금. 	

비용 분담은 Point-of-Service(POS)(우편 주문, 소매, 장기 치료(LTC)), 자가 투여, 약국이 우선적 네트워크에 속하는지 또는 표준 네트워크에 속하는지 또는 처방이 단기(30일분) 또는 장기(90일분)인지 여부에 따라 다를 수 있습니다.

제외 의약품:

본 플랜은 특정 제외 약에 대한 강화된 의약품 보장을 포함합니다. 범주 1의 복제약 Sildenafil 및 Vardenafil만 30일마다 6정으로 수량 제한이 있습니다.

본 의약품은 Medicare의 Part D 보장에서 제외되기 때문에 추가 지원으로 보장되지 않습니다. 또한, 본 의품을 조제할 때 지불한 금액은 재해성 보장 단계의 자격을 얻는 데 합산되지 않습니다.

약 보장에 관한 자세한 내용은 처방서 및 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

추가 혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
지압요법 서비스 Medicare 보장	\$5의 자기부담금 ▪ *
정기 지압요법 서비스	\$5의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문
침술 Medicare 보장	PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 일부 전문의 유형으로부터 받은 Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 다른 모든 전문의의 Medicare 보장 서비스마다 \$5의 자기부담금을 납부합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$5의 자기부담금을 납부합니다. ▪ *
정기 침술 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문으로 제한됨.
족부 치료 서비스(발 진료) Medicare 보장	\$5의 자기부담금 ▪
정기 족부 치료 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ 매년 12회 방문
	기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.
가상 방문	당사 플랜은 Teladoc를 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 줍니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다.

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

추가 혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
식사	
가정 건강 기관의 진료	\$0의 자기부담금 ▪ *
금성 질환 치료 후 식사	금성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ 기억해야 할 사항: 입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 금성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.
의료 장비/용품 내구성 의료 장비(DME)	20%의 공동보험료 *
보철	20%의 공동보험료 *
당뇨병 용품	\$0의 자기부담금 *
당뇨병 치료용 신발 또는 인서트	\$0의 자기부담금 *
Opioid Treatment 프로그램 서비스	\$5의 자기부담금 *
일반의약품(OTC) 품목	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$20임 기억해야 할 사항: 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달시킬 수 있습니다.
웰니스 프로그램 피트니스	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오. \$0의 자기부담금 보장에는 활동 추적기 및 신체 단련이 포함됩니다

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

추가 혜택

	<p>Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>이 플랜의 혜택은 Peerfit Move에 대한 회원권, 다양한 체력 또는 현지 피트니스 스튜디오에서 사용할 수 있는 월별 포인트로 유연한 피트니스 혜택을 제공합니다. 가입자는 매월 32포인트를 받게 되어 사용할 수 있습니다. 포인트는 체육관 월 회원권 및/또는 피트니스 스튜디오 수업, 가정용 피트니스 박스 및 피트니스 비디오를 시청하는 데 충분합니다.</p>
<p>추가 흡연 및 금연 상담 세션</p>	<p>\$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨</p>
<p>추가적인 정기 연례 건강 검진</p>	<p>\$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 당사는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.</p>
<p>24시간 간호사 상담 라인</p>	<p>\$0의 자기부담금</p>

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

선택적 추가 혜택

Wellcare Specialty No Premium(HMO C-SNP) H0562, 플랜 114	
월납 보험료	\$10의 보험료 이 추가 월 보험료는 월별 Medicare Part B 보험료에 추가됩니다
범위	<p>Centene Enhanced Dental에는 치과 서비스가 포함됩니다 예방 치과 서비스 - 검사 2회, 스케일링 2회, 불소 처치 1회 및 치과 엑스레이 1세트 포함. 가입자는 방문당 자기부담금 \$0를 납부합니다. 종합 치과 서비스 포함 사항:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 비정기 서비스 - 서비스당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. • 진단 서비스 - 서비스당 \$0~\$15의 자기부담금을 납부합니다. • 수복 서비스 - 서비스당 \$0~\$300의 자기부담금을 납부합니다. • 근관 치료 - 서비스당 \$5~\$275의 자기부담금을 납부합니다. • 치주학 - 서비스당 \$0~\$375의 자기부담금을 납부합니다. • 발치 - 서비스당 \$15~\$150의 자기부담금을 납부합니다. • 의치, 기타 구강/악안면 수술을 포함한 보철술 및 기타 서비스 - 서비스당 \$0~\$2,250의 자기부담금을 납부합니다.
사전 승인이 필요할 수 있음	

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.

전화 한 통화로 연락이 가능합니다

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 또는 www.wellcare.com/allwellAR 을 방문

ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 또는 www.wellcare.com/allwellAZ 를 방문

CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 또는 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문

FLORIDA

+ HMO, D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 또는 www.wellcare.com/allwellFL 을 방문

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO, D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 또는 www.wellcare.com/allwellGA 를 방문

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 또는 www.wellcare.com/allwellIN 을 방문

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 또는 www.wellcare.com/allwellKS 를 방문

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 또는 www.wellcare.com/allwellLA 를 방문

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 또는 www.wellcare.com/allwellMO 를 방문

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO, D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 또는 www.wellcare.com/allwellMS 를 방문

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

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

📄 또는 www.wellcare.com/NE 를 방문

NEVADA

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

+ HMO, D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 또는 www.wellcare.com/allwellNV 를 방문

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO, D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 또는 www.wellcare.com/allwellNM 을 방문

NEW YORK

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

📄 또는 www.fideliscare.org/wellcaremedicare 를 방문

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO, D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 또는 www.wellcare.com/allwellOH 를 방문

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO, D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 또는 www.wellcare.com/OK 를 방문

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 또는 www.wellcare.com/healthnetOR 을 방문

+ HMO, D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 또는 www.wellcare.com/trilliumOR 을 방문

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO, D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 또는 www.wellcare.com/allwellPA 를 방문

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 또는 www.wellcare.com/allwellSC 를 방문

TEXAS

+ HMO
☎ 1-844-796-6811

+ HMO, D-SNP
☎ 1-877-935-8023

🖥️ 또는 www.wellcare.com/allwellTX 를 방문

WISCONSIN

+ HMO, D-SNP
☎ 1-877-935-8024

🖥️ 또는 www.wellcare.com/allwellWI 를 방문

WASHINGTON

+ PPO
☎ 1-844-582-5177

🖥️ 또는 www.wellcare.com/healthnetOR 을 방문

모든 주에 대한 TTY: 711

영업 시간

📅 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지

📅 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지

가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규칙을 충분히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있는 경우 1-866-277-6583(TTY: 711)로 전화하여 고객 서비스부 담당자에게 문의할 수 있습니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

혜택 이해

- **보장 범위 증명서(EOC)**에서 혜택의 전체 목록을 검토해 주십시오. 정기적으로 의사의 진찰을 받는 경우라면 특히 해당 서비스를 자세히 검토하시는 것이 좋습니다. www.wellcare.com/healthnetca 를 방문하거나 1-866-277-6583(TTY: 711)으로 전화하여 EOC 사본을 확인하십시오.
- 서비스 제공자 명부를 검토하여(또는 의사에게 문의) 현재 진찰을 받고 있는 의사가 네트워크 소속인지 확인하십시오. 해당 의사가 명부에 없으면 새로운 의사를 선택해야 할 수 있습니다.
- 처방약 조제를 위해 이용하는 약국이 네트워크 소속인지 확인하려면 약국 명부를 검토해 주십시오. 해당 약국이 명부에 없으면 처방을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 수 있습니다.

중요한 규칙 이해

- **플랜 보험료가 있는 플랜의 경우(플랜 보험료가 없는 플랜에는 적용되지 않음):** 월 플랜 보험료와 함께 계속해서 Medicare Part B 보험료를 납부해야 합니다. 이 보험료는 보통 매달 사회보장국 수표에서 지불됩니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험료는 2023년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- **HMO 플랜에만 해당:** 응급 또는 긴급 상황을 제외하고 당사는 네트워크 비소속 서비스 제공자(서비스 제공자 명부에 나와 있지 않은 의사)의 서비스는 보장하지 않습니다.
- **PPO 및 PFFS 플랜에만 해당:** 당사의 플랜을 사용하면 네트워크 비소속 서비스 제공자(비계약 서비스 제공자)를 볼 수 있습니다. 비계약 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대해 당사가 비용을 지불하지만, 서비스 제공자가 귀하의 치료에 동의해야 합니다. 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고, 비계약 서비스 제공자는 치료를 거부할 수 있습니다. 또한 비계약 서비스 제공자로부터 받은 서비스에 대해 귀하는 더 높은 자기부담금을 지불하게 됩니다.
- **C-SNP 플랜에만 해당:** 이 플랜은 Chronic Condition Special Needs 플랜(C-SNP)입니다. 자격에 해당하는 특정 중증 또는 만성 질환을 갖고 있는 것이 확인되면 가입할 수 있습니다.
- **D-SNP 플랜에만 해당:** 이 플랜은 Dual-Eligible Special Needs 플랜(D-SNP)입니다. Medicare 및 Medicaid 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있다는 것이 확인되면 가입할 수 있습니다.

연락 정보

자세한 내용은 다음 연락처로 문의해 주십시오:

전화

수신자 부담 전화 1-866-277-6583(TTY 711) 면허를 가진 에이전트가 전화에 응대합니다.

영업 시간

상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

온라인 www.wellcare.com/healthnetCA

당사는 모든 단계에서 가입자 여러분을 지원해 드립니다.

Centene, Inc.는 Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이자 승인된 Part D 후원기관입니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X