



2022 年 福利要點

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H0562 | 121

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)

H3561 | 001

我們知道擁有值得您信賴的健康計劃非常重要。

這是由 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 及 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 承保的藥物和健康服務要點，適用時間為 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日。

本手冊概述我們承保的內容，以及分攤費用責任。文中並未列出每項服務、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。您可在我們的網站上找到承保證明，網址是 www.wellcare.com/healthnetca。或您可使用列於封底的電話號碼聯絡我們以索取副本。

誰可以加入？

如需投保我們的計劃，您必須有權獲得 Medicare A 部分福利、已投保 Medicare B 部分並且居住在我們的服務區域內。會員必須繼續支付其 Medicare B 部分保費，除非 Medicaid 或其他第三方代為支付。

我們的計劃和服務區域：

H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 包括 California 的這些郡：Fresno、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare。

H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 包括 California 的這些郡：Alameda、Amador、Fresno、Imperial、Madera、Placer、Sacramento 和 Stanislaus。

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。

您也必須投保 California Medicaid 計劃。保費、共付額、共同保險金和自付額可能會根據您的 Medicaid 資格類別和/或所獲的額外協助等級而定。若您為完整雙重投保人，California 州會支付您的 B 部分保費。請與您的計劃聯絡以瞭解詳情。

了解雙重資格

Medicaid 是一項聯邦和州政府聯合計劃，幫助某些收入和資源有限的人支付醫療費用。Medicaid 福利深具價值，因為所在州會根據您的 Medicare 節省計劃 (MSP) 協助級別提供額外的健康照護承保和財務支持。Medicaid 承保視各州與您享有的 Medicaid 種類而異。您需為承保服務支付的費用可能依您的 Medicaid 資格等級而定。一些享有 Medicaid 的人獲得支付 Medicare 保費和其他費用的幫助。其他人也可獲得受 Medicaid 承保但不受 Medicare 承保之額外服務和藥物的承保。

Dual Eligible Special Needs 計劃 (DSNP) 是專門的 Medicare Advantage 計劃，會為同時具備 Medicare 和 Medicaid 承保的受益人提供健康照護福利。受益人必須符合特定收入和資源規定，並符合計劃提供州所決定的資格和福利範圍。

Medicare 節省計劃 (MSP) 級別

- **完整福利雙重資格 (FBDE)**：Medicaid 將支付您的 Medicare A 部分和 B 部分保費、自付額、共同保險金和共付額。符合資格的受益人也能獲得完整 Medicaid 福利。
- **Medicare 合格受益人 (QMB)**：Medicaid 將支付您的 Medicare A 部分和 B 部分保費、自付額、共同保險金和共付額。(有些享有 QMB 的人也有資格獲得完整 Medicaid 給付 (QMB+))
- **Medicare 指定低收入受益人 (SLMB)**：Medicaid 將承擔您的 Medicare B 部分保費的費用。有些享有 SLMB 的人也有資格獲得完整 Medicaid 福利 (SLMB+)
- **符合資格的個人 (QI)**：Medicaid 將支付與 Medicare B 部分相關的費用
- **符合資格的殘障人士及仍在工作的個人 (QDWI)**：Medicaid 將支付與 Medicare A 部分相關的費用

注意：有些 MSP 級別自動獲得 Medicare 處方藥承保援助的「額外協助」資格。部分州不承保 A 和 B 部分分攤費用。

什麼是「額外協助」？

低收入補貼 (LIS)，也稱為「額外協助」，可用於幫助您支付 D 部分自付費用，如保費、自付額、共同保險金或共付額。許多人士有資格獲得「額外協助」計劃，但他/她們可能並不知情。請記住，援助可能還取決於您的 Medicare 節省計劃 (MSP) 級別和您的雙重資格狀態。

如果您對自己的 Medicaid 資格和您可享有的福利有所疑問，請撥打列於本文件封底的電話號碼。

此計劃適用於同時享有州與 Medicare 醫療協助的人士

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之網絡所提供的醫療保健計劃。一般而言，HMO 會要求會員選擇一位主治醫生 (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，或者如需最新的網絡服務提供者清單，請造訪 www.wellcare.com/healthnetca。(請注意，除了急診照護、當您身在網絡外時的緊急需求照護、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 Dual Liberty (HMO D-SNP) 和 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 擁有由醫生、醫院、藥房及其他服務提供者組成的網絡。您可以使用我們的首選郵購藥房以及計劃網絡內的服務提供者以節省費用。在一些計劃中，如果您使用不在我們網絡中的服務提供者，您的承保服務費用的分攤可能較高。

您可以在我們的網站上查閱計劃的服務提供者及藥房名錄、包含處方藥給付的計劃，以及我們完整的計劃處方集 (D 部分處方藥清單)，網址為 www.wellcare.com/healthnetca。

如需更多資訊，請致電 1-866-277-6583 (TTY 使用者請致電 711) 聯絡我們。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、語音、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。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
服務區域	<p>我們的計劃和服務區域： H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 包括 California 的這些郡：Fresco、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare。</p> <p>H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 包括 California 的這些郡：Alameda、Amador、Fresno、Imperial、Madera、Placer、Sacramento 和 Stanislaus。</p>	
Special Needs Plans 符合標準	<p>H0562121000 包含 (FBDE、QMB+、SLMB+)，而 H3561001000 包含 (FBDE、QMB+、SLMB+)。</p> <p>請參閱本文件開頭的「Medicare 節省計劃 (MSP) 級別」</p>	
<p>保費、共付額、共同保險金和自付額可能會根據您的 Medicaid 資格類別和/或所獲的額外協助等級而異</p>		
月計劃保費 您必須繼續支付 Medicare B 部分保費，除非 Medicaid 或其他第三方代為支付。	\$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)	<p>每年 \$3,450 這是您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金年度上限。</p>	<p>每年 \$3,450 這是您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金年度上限。</p>

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 Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
住院照護承保	第 1-90 天： 每次留院 \$0 共付額。 ▪ *	第 1-90 天： 每次留院 \$0 共付額。 ▪ *
門診醫院承保 門診醫院服務	外科和非外科服務，\$0 共付額 ▪ *	外科和非外科服務，\$0 共付額 ▪ *
門診醫院觀察服務	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
門診外科中心 (ASC)	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
醫生門診 主治醫生	\$0 共付額	\$0 共付額
專科醫療	\$0 共付額 ▪ *	\$0 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

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

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
急診照護	\$0 共付額	\$0 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的 計劃承保上限為 \$50,000。急診室或急診醫院住院以外的照護沒有在全球承保內。若是因全球急診服務而住院，則不會免除共付額。	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的 計劃承保上限為 \$50,000。急診室或急診醫院住院以外的照護沒有在全球承保內。若是因全球急診服務而住院，則不會免除共付額。
緊急需求服務	\$0 共付額	\$0 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的計劃承保上限為 \$50,000。若是因全球緊急需求服務而住院，則不會免除共付額。	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。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 檢測和指定的檢測相關服務都是 \$0。	在任何地點進行的 COVID-19 檢測和指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 *

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

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
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)	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
治療放射學	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
聽力服務 聽力檢查 Medicare 承保	\$0 共付額 *	\$0 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
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

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

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
助聽器費用	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$2,000。	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$2,000。
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	您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者訂購這些檢查以確定您是否需要醫療治療，Medicare 將承保診斷聽力和平衡檢查。	您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者訂購這些檢查以確定您是否需要醫療治療，Medicare 將承保診斷聽力和平衡檢查。
牙科服務		
綜合性服務 Medicare 承保	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額。 *	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額。 *
診斷性服務	\$0 共付額 * 每年無限次診斷性服務	\$0 共付額 * 無限次診斷性服務，每年
修復服務	\$0 共付額 * 同一顆牙齒上的牙冠每五個日曆年有一次承保福利。	\$0 共付額 * 同一顆牙齒上的牙冠每五個日曆年有一次承保福利。

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

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
牙科補綴、其他口腔/ 顎面手術、其他服務	\$0 共付額 * 承保服務包括每個牙弓每兩個日曆年一次假牙換基底服務。 同一顆牙齒上的牙橋橋體每五個日曆年有一次承保福利。	\$0 共付額 * 承保服務包括每個牙弓每兩個日曆年一次假牙換基底服務。 同一顆牙齒上的牙橋橋體每五個日曆年有一次承保福利。
其他牙科資訊	您應該要知道 此計劃承保的範圍包括預防性和綜合性服務，最高可達 \$1,000。	您應該要知道 此計劃承保的範圍包括預防性和綜合性服務，最高可達 \$1,000。
視力服務 眼科檢查 Medicare 承保	\$0 共付額 (Medicare 承保的 糖尿病視網膜病篩檢) \$0 共付額 (所有其他 Medicare 承保的眼部檢查) *	\$0 共付額 (Medicare 承保的 糖尿病視網膜病篩檢) \$0 共付額 (所有其他 Medicare 承保的眼部檢查) *
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
青光眼篩檢	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額 ▪	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額 ▪
眼鏡 Medicare 承保	\$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 (▪) 的服務代表可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
常規眼鏡		
隱形眼鏡/眼鏡 (鏡片與鏡框)/ 眼鏡鏡框	\$0 共付額 每年不限副數的隱形眼鏡	\$0 共付額 每年不限副數的隱形眼鏡
眼鏡費用	每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) * 每年最高 \$400 的合併費用。	每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) * 每年最高 \$400 的合併費用
心理健康服務		
住院門診	第 1-90 天： 每次留院 \$0 共付額。 *	第 1-90 天： 每次留院 \$0 共付額。 *
個人治療門診	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
團體治療門診	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
專業護理機構 (SNF)	第 1-100 天： 每次留院 \$0 共付額。 *	第 1-100 天： 每次留院 \$0 共付額。 *
治療和復健服務		
物理治療	\$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 (■) 的服務代表可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
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	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
空中救護	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
交通工具服務	<p>每年最多 60 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>您應該要知道：</p> <p>維持健康的第一步是看醫生。這就是為什麼我們承保這些前往計劃批准之健康照護服務提供者處的共乘交通。我們希望確保您在需要時可獲得所需照護。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>	<p>每年最多 60 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>您應該要知道：</p> <p>維持健康的第一步是看醫生。這就是為什麼我們承保這些前往計劃批准之健康照護服務提供者處的共乘交通。我們希望確保您在需要時可獲得所需照護。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>

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

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
Medicare B 部分藥物		
化療藥物	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
其他 B 部分藥物	\$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 (▪) 的服務代表可能需要轉診。

處方藥承保範圍	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
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)		
<p>您需支付以下費用，直至您的年度總藥費達到 \$4,430 為止。您支付的分攤費用取決於您的「額外協助」等級。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。</p>		
標準零售分攤費用 (30 天/90 天藥量)		
	標準	標準
層級 1 (首選副廠藥 - 包括首選副廠藥，且可能包含一些原廠藥。)	\$0 共付額	\$0 共付額
層級 2 (副廠藥 - 包括副廠藥，且可能包括一些原廠藥。)	副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%	副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%
層級 3 (首選原廠藥 - 包括首選原廠藥，且可能包括一些副廠藥。)	副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%	副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%
層級 4 (非首選藥物 - 包含非首選原廠藥和非首選副廠藥。)	副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%	副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%

處方藥承保範圍	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
	標準	標準
<p>層級 5 (特殊層級 - 包括高成本的原廠藥與副廠藥。在此層級的藥物不符合以較低層級付款的例外處理資格。)</p>	<p>副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15% 僅限 30 天藥量</p>	<p>副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15% 僅限 30 天藥量</p>
<p>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。)</p>	<p>副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%</p>	<p>副廠藥：\$0/\$1.35/\$3.95/15% 原廠藥：\$0/\$4.00/\$9.85/15%</p>

處方藥承保範圍	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 計劃 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, 計劃 001	
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，且可能包含一些原廠藥。)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
層級 2 (副廠藥 - 包括副廠藥，且可能包括一些原廠藥。)	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
層級 3 (首選原廠藥 - 包括首選原廠藥，且可能包括一些副廠藥。)	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
層級 4 (非首選藥物 - 包含非首選原廠藥和非首選副廠藥。)	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠：\$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠：\$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

處方藥 承保範圍	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 計劃 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, 計劃 001	
	首選	標準	首選	標準
層級 5 (特殊層級 - 包括高成本的原廠藥與副廠藥。在此層級的藥物不符合以較低層級付款的例外處理資格。)	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% 僅限 30 天藥量	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% 僅限 30 天藥量	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% 僅限 30 天藥量	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15% 僅限 30 天藥量
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。)	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	副廠藥： \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% 原廠藥： \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
第 3 階段：承保缺口				
	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，您將支付您的「額外協助」分攤費用，或為副廠藥支付不超過 25% 共同保險金，或為原廠藥支付不超過 25% 共同保險金。		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，您將支付您的「額外協助」分攤費用，或為副廠藥支付不超過 25% 共同保險金，或為原廠藥支付不超過 25% 共同保險金。	

處方藥 承保範圍	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001	
	首選	標準	首選	標準
第 4 階段：重大傷病承保				
	在您的年度自付藥費 (不包括本計劃已支付的費用，但包括您透過您的零售藥房及以郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，依據您的「額外協助」級別，您無需支付任何費用或： <ul style="list-style-type: none"> • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，或 • 所有其他藥物 \$9.85 共付額 		在您的年度自付藥費 (不包括本計劃已支付的費用，但包括您透過您的零售藥房及以郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，依據您的「額外協助」級別，您無需支付任何費用或： <ul style="list-style-type: none"> • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，或 • 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：

本計劃包括增強某些排除藥物的藥物承保。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 部分承保範圍以外，因此不在額外協助的承保範圍。此外，您配取這些藥物處方時支付的金額不計入使您符合重大傷病承保階段的資格。

有關此藥物承保的詳細資訊，請參閱您的處方集和承保證明。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
脊椎神經醫學服務		
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 24 次看診	\$0 共付額 ▪ * 每年 24 次看診
針灸		
Medicare 承保項目	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
例行針灸服務	\$0 共付額 ▪ * 每年 24 次看診	\$0 共付額 ▪ * 每年 24 次看診
足部服務 (足部照護)		
Medicare 承保	\$0 共付額 ▪	\$0 共付額 ▪
例行足部服務	\$0 共付額 ▪ 每年 12 次就診	\$0 共付額 ▪ 每年 12 次就診

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

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, 計劃 001
	您應該要知道： 可以進行足部檢查和治療，前提條件是您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件。	您應該要知道： 可以進行足部檢查和治療，前提條件是您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件。
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 ▪ *
膳食 急性後期膳食	每餐急性後期膳食 \$0 共付額 ▪ 您應該要知道： 針對住院期後立即提供的幫助復原急性後期餐飲 (最多 14 天，每天 3 餐)，您無須支付任何費用。	每餐急性後期膳食 \$0 共付額 ▪ 您應該要知道： 針對住院期後立即提供的幫助復原急性後期餐飲 (最多 14 天，每天 3 餐)，您無須支付任何費用。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (▪) 的服務代表可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562，計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561，計劃 001
慢性疾病膳食	每餐慢性疾病膳食 \$0 共付額 ■ 您應該要知道： 您無須為設計用以提供給慢性疾病過渡期會員改變生活方式，作為監督計劃一部分的居家送餐支付任何費用。會員每天最多可收到 3 餐，每個月最多 28 天且最多 84 餐。可接收福利最多達 3 個月。	每餐慢性疾病膳食 \$0 共付額 ■ 您應該要知道： 您無須為設計用以提供給慢性疾病過渡期會員改變生活方式，作為監督計劃一部分的居家送餐支付任何費用。會員每天最多可收到 3 餐，每個月最多 28 天且最多 84 餐。可接收福利最多達 3 個月。
醫療設備/用品		
耐用醫療設備 (DME)	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
義體	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
糖尿病用品	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
糖尿病治療鞋或鞋墊	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
鴉片類藥物治療計劃服務	\$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 (■) 的服務代表可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, 計劃 001
非處方 (OTC) 項目	<p>\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$155</p> <p>您應該要知道：會員可以從參與地點或透過計劃的宅配目錄購買符合條件的用品。</p>	<p>\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$125</p> <p>您應該要知道：會員可以從參與地點或透過計劃的宅配目錄購買符合條件的用品。</p>
保健計劃	<p>如需保健計劃提供的福利詳細列表，請參閱承保證明。</p> <p>\$0 共付額 承保範圍包括：活動追蹤器材和體適能</p> <p>您應該要知道：</p> <p>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>如需保健計劃提供的福利詳細列表，請參閱承保證明。</p> <p>\$0 共付額 承保範圍包括：活動追蹤器材和體適能</p> <p>您應該要知道：</p> <p>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>
健身		

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (■) 的服務代表可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 計劃 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, 計劃 001
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	\$0 共付額 您應該要知道： 保健計劃是保持健康的好方法。不論是一年當中的額外檢查或您提出簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。	\$0 共付額 您應該要知道： 保健計劃是保持健康的好方法。不論是一年當中的額外檢查或您提出簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。
24 小時護士諮詢專線	\$0 共付額	\$0 共付額
個人緊急醫療回應裝置 (PERS)	\$0 共付額	\$0 共付額
特殊補充性福利，針對 Chronically Ill (SSBCI) 若要符合這些福利的取得資格，您必須達到特定標準，包括患有符合條件的慢性疾病，並經判定為有高風險需接受照護管理。如需資格條件的完整列表，請參閱承保證明。	日用品送遞：您支付 \$0 共付額 計劃每月承保最高 \$50 用於計劃核准的雜貨用品。有限制。 陪伴機器人：您支付 \$0 共付額 涵蓋合約服務提供者所提供的互動式陪伴寵物。有限制。 動物服務：您支付 \$0 共付額 針對 ADA 核准的動物服務，協助承保特定用品的費用，每月最高 \$50。有限制。 可能需要轉診 *	Utility Flex Card (彈性卡)：您支付 \$0 共付額 計劃每月承保最高 \$50 以協助支付家庭的公共事業費用。有限制。 可能需要轉診 *

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

適用於潛在投保人的綜合書面聲明

福利要點中「保費和福利」一節所述福利由我們的 Medicare Advantage 計劃承保。針對列出的各項福利，您可以看見我們計劃的承保範圍。您需為承保服務支付的費用可能依您的 Medicaid 資格等級而定。本福利要點所述之福利承保範圍取決於您的 Medicaid 資格等級。無論您的 Medicaid 資格等級為何，Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) 都承保福利要點中「保費和福利」一節所述福利。如果您對自己的 Medicaid 資格和您可享有的福利有所疑問，請撥打 Medi-Cal 免付費專線 1-800-430-4263 (TTY：1-800-430-7077)。

我們的 Medicaid 福利資訊來源為 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medical/pages/applyformedi-cal.aspx>。所有 Medicaid 承保服務可能隨時變更。如需最新的 California Medicaid 承保資訊，請造訪 Department of Health Care Services (DHCS) 或致電會員服務以取得協助。如需 California Medicaid 福利的詳細說明，請於線上瀏覽 California Summary of Services，網址是 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>。

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地圖	Imperia	San Benito
針灸服務	其他醫療執業人員的服務與針灸服務	針灸服務應僅限用於為了避免、調適或減輕因一般公認醫療狀況而引發嚴重且持續不斷的慢性疼痛。	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
脊椎神經醫學服務	脊椎整復師服務	服務由脊椎整復師提供，若其行為屬於 California 法律授權的執業範圍則予以承保，但此等服務限於以人工操作方式治療	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
長期血液透析	長期血液透析	用於治療腎衰竭的程序 - 僅承保門診服務。從體內經由靜脈抽取血液，並透過可過濾血液中廢物和多餘液體的機器循環輸送血液。隨後將「乾淨的」血液送回身體。長期意指此程序是需定期執行。若由腎臟透析中心或社區血液透析單位提供服務，則需要事先授權。	X	X	X	X	X	X

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	變計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
社區型成人服務 (CBAS)		CBAS 套組服務：以門診、機構為基礎的服務方案，提供專業的護理、社會服務、治療、個人照護、家庭/照顧者訓練與支援，為合格的 Medi-Cal 受益人提供餐點和交通運輸服務。 CBAS 非套組服務：CBAS 中心服務的組成部分會在特定條件下於中心外提供，如第 94 條所述。	X	X	X	X	X	X
強化案例管理 (ECM)，如第 95 條中所定義		這項服務包含了「複雜的個案管理」和「以人為本的規劃」服務，包括為受益人個人需求協調所需的長期照護服務和支援。	X	X	X	X	X	X
眼鏡、隱形眼鏡、低視力助視器、義眼及其他眼科器材	眼鏡、隱形眼鏡、低視力助視器、義眼和其他眼科器材	眼科器材憑醫生或驗光師的書面處方予以承保。	X ¹ 、 3	X ¹ 、 3	X ¹ 、 3	X ¹ 、 3	X ¹ 、 3	X ¹ 、 3
聯邦政府合格健康中心服務 (FQHC) (僅限 Medi-Cal 承保服務)	FQHC	於《社會保障法》第 1905 條中定義的實體 (《美國法典》第 42 條第 1396d(1)(2)(B) 節)。	X	X	X	X	X	X

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
助聽器	助聽器	助聽器僅在由助聽器選配師依據耳鼻喉科醫生或主治醫生(在社區沒有耳鼻喉科醫生的情況下)開立的處方，加上包括須由上述醫生或持執照的聽力學專家施行或監督施行的助聽器評估在內的聽力學評估提供時予以承保。	X	X	X	X	X	X
印第安健康服務(僅限Medi-Cal承保服務)		「印第安」是指符合聯邦法律和法規(《美國法典》第25條第1603c、1679b和1680c節)的任何個人，且承保由美國衛生及公共服務部、印第安醫療服務，或由部落或印第安醫療服務贊助的郊區印第安醫療計劃直接提供的健康服務，直接或透過合約提供醫療服務給符合資格的個人。	X	X	X	X	X	X
家庭醫療照護豁免服務和護理機構豁免服務		家庭醫療照護豁免服務和護理機構豁免服務的承保，是由醫師開立處方並根據書面治療計劃於受益人居住地提供，表示需要家庭醫療照護豁免服務或護理機構豁免服務，且須符合規定部門與服務提供者之間的書面合約。	X	X	X	X	X	X

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
為心智發展障礙者提供的中級照護機構服務	為心智發展障礙者提供的中級照護機構服務	若要獲得為心智發展障礙者提供的中級照護機構服務承保，需要取得部門的事先授權。授權最長可達六個月。授權要求應由機構提出。主治醫師應簽署授權請求並向部門證明受益人需要此層級的照護	X ⁵	X ⁵	X	X ⁵	X ⁵	X ⁵
為心智發展障礙者提供培建的中級照護機構服務	為心智發展障礙者提供培建的中級照護機構服務	若要獲得為心智發展障礙者提供培建的中級照護機構服務 (ICF-DDH) 承保，需獲得健康照護部門對 ICF-DDH 等級照護的事先授權。授權最長可達六個月。應由機構依照部門指定的表格，提出申請進入 ICF-DDH 或繼續服務的事先授權要求。發展服務部門所要求的認證文件必須由區域中心人員填寫，並隨治療授權申請表一併提交。主治醫師應簽署治療授權申請表，並向部門證明受益人需要此層級照護。	X ⁵	X ⁵	X	X ⁵	X ⁵	X ⁵

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
為心智發展障礙者提供護理的中級照護機構服務		若要獲得為心智發展障礙者提供護理的中級照護機構 (ICF/DD-N) 承保，需獲得健康照護部門對 ICF/DD-N 等級照護的事先授權。授權最長可達六個月。應由機構使用特殊治療計劃服務表證明表 (HS 231)，提出申請進入 ICF/DD-N 或繼續服務的事先授權要求。發展服務部門所要求的認證文件應由區域中心人員填寫，並隨治療授權申請表一併提交。主治醫師應簽署治療授權請求表並向部門證明受益人需要此層級的照護。	X ⁵	X ⁵	X	X ⁵	X ⁵	X ⁵
中級照護服務	中級照護機構服務	只有在向機構所在地區的指定 Medi-Cal 顧問取得事先授權後，才會承保中級照護服務。授權要求應由機構提出。主治醫師應簽署授權要求，並向部門證明受益人需要此等級的照護。	X ⁵	X ⁵	X	X ⁵	X ⁵	X ⁵

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
當地教育機構 (LEA) 服務	當地教育機構 Medi-Cal 帳單選項計劃服務	LEA 健康與心理健康評估及健康和心理健康教育服務，包括以下任何一項或全部：(A) 營養評估與營養教育，包含評估與根據營養健康評估 (飲食、餵哺、實驗室數值和成長) 結果，為符合 LEA 資格的受益人提供非課堂營養教育、(B) 視力評估，包括透過史奈侖視力測試的方法以遠端執行視力敏銳度檢查、(C) 聽力評估，包含使用有風險條件下的聽力障礙測試，以及《加州規範條例》第 17 編第 2951(c) 條所定義的適當檢測技術、(D) 發展評估，包含對發展程度的檢查，藉由比較年齡和背景的預期常態檢視發展成就、(E) 心理狀態評估，包含透過測試、面談和行為評估來衡量認知、情緒、社會和行為能力及自我概念等方面，以及 (F) 健康教育，以及適合年齡和健康狀態的預期性導引，包含基於年齡和心智發展程度以合適的健康教育提供非課堂健康教育和預期性導引。						

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
有組織的門診診所服務	診所服務和有組織的門診診所服務	家庭醫療照護豁免服務和護理機構豁免服務的承保，是由醫師開立處方並根據書面治療計劃於受益人居住地提供，表示需要家庭醫療照護豁免服務或護理機構豁免服務，且須符合規定部門與服務提供者之間的書面合約。	X	X	X	X	X	X
醫藥服務和處方藥	醫藥服務和處方藥	承保藥物，包括由持執照的醫生開的處方藥、非處方藥以及全靜脈營養液。	X	X	X	X	X	X
醫師服務	醫師服務	承保初級照護、門診服務，和在住院或護理機構期間因醫療必要服務所提供的服務。可承保由醫師提供的有限心理健康服務，以及有限的過敏治療。	X	X	X	X	X	X

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
足部服務	其他醫療執業人員服務和足部治療師服務	若具有醫療必需性，診所就診予以承保。所有其他門診服務均需要事先授權，且限於必要的醫療和手術服務，可治療足部、腳踝或附著足部肌腱的疾病、治療繼發的或併發的長期醫療疾病，或治療可嚴重損傷行走能力的疾病。緊急狀況所需的服務可免除事先授權。	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹	X ¹
義肢和矯正器	義肢和矯正器	由領有執照的醫師、足部治療師或牙醫指示，在其執照範圍內針對復原功能或更換身體部位所需而開立處方的義肢和矯正用設備，且分別由足部治療師、義肢矯具師或有執照的專業人員提供時，皆予以承保	X	X	X	X	X	X
精神治療藥物	州計劃不承保的服務	列於 Medi-Cal 服務提供者手冊中的 S. 精神治療藥物			X ⁸			

服務	州計劃服務類別	定義	GMC	雙計劃	COHS	地區	Imperia	San Benito
專業復健 專業護理 機構和中 級護理機 構的服務	特殊復健服務	應承保專業的復健服務。此類服務應包括從醫院開始的必要持續醫療治療服務，或是需要進行短期密集治療以恢復功能性，以其達到 (1) 可持續較高程度的自我照護與出院返家，或 (2) 較低程度的照護。 應承保專業的復健服務。	X ⁵	X ⁵	X	X ⁵	X ⁵	X ⁵

隱私權實務：

當您成為 Health Net 會員後，Health Net 將在法律允許範圍或依法使用與揭露會員的受保護健康資訊與非公開個人財務資訊* 用於治療、付款、健康照護作業目的。Health Net 為會員提供隱私權實務通知，說明其如何使用與揭露受保護的健康資訊；個人的存取權限、要求修改、限制，並對受保護的健康資訊揭露進行記錄；以及提出申訴的程序。Health Net 將讓您有機會核准或拒絕將您的資訊供非例行發佈使用，例如行銷。Health Net 可讓會員在由 Health Net 維護的指定記錄集中，檢查或取得會員的受保護健康資訊之副本。Health Net 使用合理且適當的安全防護措施，保護整個組織的口頭、書面及電子資訊。這些防護措施包括限制個人的受保護健康資訊存取，僅限為了執行付款、治療、健康照護作業，或因法律允許或要求的情況下而必須知道的人。Health Net 隱私權實務的完整內容可在 ca.healthnetadvantage.com 的「Privacy」(隱私權) 下找到，或者您可以透過本手冊封底的電話號碼致電客戶服務中心以取得副本。

*非公開個人財務資訊包括您提供給我們的個人可識別財務資訊，以獲得健康計劃承保，或是由我們取得以為您提供福利者。例如社會安全號碼、帳戶餘額和付款記錄。除非法律允許，否則我們不會向任何人透露您的任何非公開個人資訊。

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 : 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

在做出投保決定前，您必須充分了解我們的福利和規則。如果您有任何疑問，可撥打電話與客戶服務代表聯繫，電話是 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。

了解福利

- 查閱承保證明 (EOC) 中的完整福利清單，特別是您經常就醫的那些服務。造訪 www.wellcare.com/healthnetca 或致電 1-866-277-6583 (TTY：711) 以查看 EOC 副本。
- 查閱服務提供者名錄 (或詢問您的醫生)，確保您現在就診的醫生在網絡中。如果未列出，則表示您可能需要選擇新的醫生。
- 查閱藥房名錄確保您取得任何處方藥的藥房在網絡中。如果此藥房未列出，則可能需要為您的處方選擇新的藥房。

了解重要規則

- **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。此保費通常每月從您的 Social Security 支票中扣除。
- 福利、保費及/或共付額/共同保險金可能在 2023 年 1 月 1 日有所變更。
- **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。
- **僅適用於 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。除急診或緊急情況外，非合約服務提供者可拒絕照顧。此外，您將為接受非合約服務提供者的服務支付更高的共付額。
- **僅適用於 C-SNP 計劃：**此計劃是 Chronic Condition Special Needs 計劃 (C-SNP)。您的投保能力將依據您是否具有符合的特殊嚴重或失能的慢性病況作驗證。
- **僅適用於 D-SNP 計劃：**此計劃是 Dual Eligible Special Needs 計劃 (D-SNP)。您的投保能力將依據您在 Medicaid 州計劃下，有資格享有 Medicare 和醫療協助作驗證。

聯絡我們

如需更多資訊，請與我們聯絡：

電話

免付費專線 1-866-277-6583 (TTY 711)。您的電話可能由授權代理人接聽。

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、PFSS、PDP 計劃，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 X