



# 2022 혜택 요약서

California

**Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)**

H0562 | 121

**Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP)**

H3561 | 001

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

본 책자는 2022년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) 및 Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP)가 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/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca) 에서 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.

## 플랜 및 서비스 지역:

**H0562121000 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)**에는 California 주의 Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco 및 Tulare 카운티가 포함됩니다.

**H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP)**에는 California 주의 Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento 및 Stanislaus 카운티가 포함됩니다.

Original Medicare의 보장과 비용에 대해 더 자세히 알아보려면 현재 사용 중인 "Medicare와 당신(Medicare & You)" 핸드북을 참조하십시오. 온라인으로 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 에서 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.

California Medicaid 플랜에도 가입해야 합니다. 보험료, 자기부담금, 공동보험료, 공제액은 받고 계신 Medicaid 자격 카테고리 및/또는 추가 지원의 수준에 따라 다를 수 있습니다. Part B 보험료는 전체 이중 가입자에 대해 California 주에서 지불합니다. 자세한 내용은 플랜 담당자에게 연락하십시오.

## 이중 자격 이해하기

Medicaid는 연방 정부와 주 정부가 제휴한 프로그램으로서 소득과 재산이 제한적인 사람들을 위해 의료 비용을 지원해 줍니다. Medicaid 혜택은 주에서 Medicare 절약 프로그램(MSP) 보조 수준에 따라 추가 의료 보장 및 재정 지원을 제공하기 때문에 가입자에게 소중한 혜택입니다. Medicaid 보장은 주마다 다르고 가입된 Medicaid의 종류에 따라 다릅니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 레벨에 따라 결정됩니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지원 받기도 합니다. Medicare가 보장하지 않지만 Medicaid가 보장하는 기타 서비스 및 의약품에 대해 보장을 받는 가입자도 있습니다.

**Dual Eligible Special Needs 플랜(DSNP)**은 Medicare와 Medicaid 보장을 모두 받으시는 수혜자에게 의료 혜택을 제공하는 특수 Medicare Advantage 플랜입니다. 수혜자는 플랜이 제공되는 주에서 정하는 제공 혜택의 대상 자격 및 범위와 관련된 특정한 소득 및 자원 요건을 갖춰야 합니다.

**Medicare Savings 프로그램(MSP) 수준**

- **전체 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 자기부담금을 지불해줄 수 있습니다. 적격 가입자는 완전한 Medicaid 혜택도 받습니다.
- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 자기부담금을 지불해 줍니다. (일부 QMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(QMB+)도 받을 수 있습니다.)
- **지정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part B 보험료 비용을 흡수합니다. 일부 SLMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(SLMB+)도 받을 수 있습니다.
- **적격 개인(QI):** Medicaid는 Medicare Part B와 관련된 비용을 지불합니다.
- **적격 장애인 근로자(QDWI):** Medicaid는 Medicare Part A와 관련된 비용을 지불합니다.

일부 MSP 수준은 Medicare 처방약 보장 지원을 위해 자동으로 “추가 지원”을 받을 자격이 있습니다. 일부 주에서는 Part A 및 B 비용 분담을 보장하지 않습니다.

**“추가 지원”이란 무엇입니까?**

“추가 지원”이라고도 하는 저소득 보조금(LIS)은 보험료, 공제액, 공동보험료 또는 자기부담금 같은 Part D의 본인 부담액 지출에 도움이 될 수 있습니다. 많은 사람들이 “추가 지원” 프로그램 자격이 되지만 그 사실조차 모르고 있습니다. 지원은 가입자의 Medicare Savings 프로그램(MSP) 수준과 이중 자격 상태에 따라 달라질 수도 있습니다.

Medicaid 자격과 받을 수 있는 혜택에 대한 질문이 있는 경우, 본 문서의 뒤표지에 나와 있는 번호로 전화해 주십시오.

이 플랜은 주와 Medicare의 의료 지원을 받고 있는 누구나 사용할 수 있습니다

**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.

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/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca) 를 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 Dual Liberty(HMO D-SNP) 및 Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP)는 의사, 병원, 약국 및 기타 공급자로 구성된 네트워크를 보유하고 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 [www.wellcare.com/healthnetca](http://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](http://www.wellcare.com/healthnetCA) 를 방문하십시오.

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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>서비스 지역</b>	<p><b>플랜 및 서비스 지역:</b></p> <p><b>H0562121000 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)</b>에는 California 주의 Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco 및 Tulare 카운티가 포함됩니다.</p> <p><b>H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP)</b>에는 California 주의 Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento 및 Stanislaus 카운티가 포함됩니다.</p>	
<b>Special Needs 플랜 자격 기준</b>	<p>H0562121000에는 (FBDE, QMB+, SLMB+)가 포함되고 H3561001000에는 (FBDE, QMB+, SLMB+)가 포함됩니다.</p> <p>본 문서 서두의 “Medicare Savings Program(MSP) Levels”을 참고하십시오</p>	
<p>보험료, 자기부담금, 공동보험료, 공제액은 받고 계신 Medicaid 자격 카테고리 및/또는 추가 지원의 수준에 따라 다를 수 있습니다.</p>		
<b>월 플랜 보험료</b> Medicaid 또는 다른 제3자가 보험료를 납부하지 않는다면 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속하여 납부하여야 합니다.	\$0	\$0
<b>공제액</b>	공제액 없음	공제액 없음
<b>가입자 부담 최대한도액</b> (처방약은 포함되지 않음)	<p>연간 \$3,450</p> <p>이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다</p>	<p>연간 \$3,450</p> <p>이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다</p>

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

**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>입원환자 병원 보장</b>	1~90일: 입원당 \$0의 자기부담금 ▪ *	1~90일: 입원당 \$0의 자기부담금 ▪ *
<b>외래환자 병원 보장</b> 외래환자 병원 서비스	수술 및 비수술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금 ▪ *	수술 및 비수술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금 ▪ *
외래환자 병원 관찰 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
<b>외래 수술 센터(ASC)</b>	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
<b>의사 방문</b> 주치의	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
전문의	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *

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

**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>예방 진료</b> (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	\$0의 자기부담금
<b>응급 진료</b>	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
전 세계 응급 진료 보장	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스에는 최대 \$50,000 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스에는 최대 \$50,000 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
<b>긴급 진료 서비스</b>	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금

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

**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
전 세계 긴급 진료 보장	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스에는 최대 \$50,000 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스에는 최대 \$50,000 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
<b>진단 서비스/검사실/영상</b>	어디서든 COVID-19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 \$0입니다.	어디서든 COVID-19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 \$0입니다.
검사실 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
진단 검사 및 절차	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
외래환자 엑스레이	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
진단 방사선 서비스 (예: MRI, CAT 스캔)	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
치료 방사선	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
<b>청각 진료 서비스</b>		
청력 검사 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

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



**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
정기 청력 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사
보청기		
보청기 피팅/평가	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 피팅/평가	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 피팅/평가
보청기 보조금	보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$2,000의 보조금이 지급됩니다.	보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$2,000의 보조금이 지급됩니다.
모든 유형	\$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨	\$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨
추가 청력 정보	<b>기억해야 할 사항</b> 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.	<b>기억해야 할 사항</b> 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.
<b>치과 서비스</b>		
종합 서비스 Medicare 보장	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다 *	Medicare 보장 서비스당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. *

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

**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
진단 서비스	\$0의 자기부담금 *  매년 무제한 진단 서비스를 제공합니다.	\$0의 자기부담금 *  매년 무제한 진단 서비스를 제공합니다.
수복 서비스	\$0의 자기부담금 *  치관은 5년에 한 번씩 같은 치아에 적용되는 혜택입니다.	\$0의 자기부담금 *  치관은 5년에 한 번씩 같은 치아에 적용되는 혜택입니다.
보철술, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스	\$0의 자기부담금 *  보장 서비스에는 2년마다 아치당 한 번씩 의치 보증이 포함됩니다. 가공치는 5년에 한 번씩 같은 치아에 적용되는 혜택입니다.	\$0의 자기부담금 *  보장 서비스에는 2년마다 아치당 한 번씩 의치 보증이 포함됩니다. 가공치는 5년에 한 번씩 같은 치아에 적용되는 혜택입니다.
추가 초과 정보	<b>기억해야 할 사항</b> 이 플랜에는 최대 \$1,000의 종합 서비스 보장이 포함됩니다.	<b>기억해야 할 사항</b> 이 플랜에는 최대 \$1,000의 종합 서비스 보장이 포함됩니다.
<b>안과 서비스</b>  안과 검사 Medicare 보장	\$0의 자기부담금(Medicare에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$0의 자기부담금(기타 모든 안과 검사)  *	\$0의 자기부담금(Medicare에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$0의 자기부담금(기타 모든 안과 검사)  *
정기 안과 검사(굴절)	\$0의 자기부담금 *  매년 1회 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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
녹내장 검사	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪
안경류 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
일상적인 안경류  콘택트 렌즈/안경(렌즈 및 안경테)/안경테	\$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈  매년 무제한 안경(렌즈 및/또는 안경테) *	\$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈  매년 무제한 안경(렌즈 및/또는 안경테) *
안경류 보조금	매년 최대 \$400의 총보조금.	매년 최대 \$400의 총보조금
<b>정신 건강 서비스</b>  입원환자 방문	1~90일: 1일당 \$0의 자기부담금 *	1~90일: 1일당 \$0의 자기부담금 *
외래환자 개인 치료 방문:	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
외래환자 그룹 치료 방문:	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
<b>전문 간호 시설(SNF)</b>	1~100일: 혜택 기간당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. *	1~100일: 혜택 기간당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. *

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

**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>치료 및 재활 서비스</b>		
물리 치료	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
작업 치료사가 제공하는 외래 재활 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
폐 재활 서비스	\$0의 자기부담금 ▪	\$0의 자기부담금 ▪
<b>구급차</b>		
지상 구급차	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
항공 구급차	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
<b>교통편 서비스</b>	매년 플랜에서 승인한 건강 관련 위치까지 편도 수송 최대 60회 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다. \$0의 자기부담금(편도 교통편당) *	매년 플랜에서 승인한 건강 관련 위치까지 편도 수송 최대 60회 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다. \$0의 자기부담금(편도 교통편당) *

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

**혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
	<p><b>기억해야 할 사항:</b></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>	<p><b>기억해야 할 사항:</b></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>
<b>Medicare Part B 의약품</b>		
화학요법 의약품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
기타 Part B 의약품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

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

<b>처방약 보장</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>1단계: 연간 처방 공제액</b>		
<b>공제액</b>	이 플랜에는 Part D 보장 의약품에 대한 공제액이 없으며, 이 지불 단계는 적용되지 않습니다.	이 플랜에는 Part D 보장 의약품에 대한 공제액이 없으며, 이 지불 단계는 적용되지 않습니다.
<b>2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)</b>		
가입자는 총 연간 약 비용이 \$4,430에 도달할 때까지 다음을 지불합니다. 가입자의 비용 분담은 “추가 지원”의 레벨에 따라 다릅니다. 총 연간 약 비용은 가입자 및 당사의 D 플랜이 지불하는 총 약 비용입니다. 이 금액에 도달하면 보장 갭에 진입하게 됩니다.		
<b>표준 소매 비용 분담(30일/90일분)</b>		
	<b>표준</b>	<b>표준</b>
<b>범주 1</b> (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
<b>범주 2</b> (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%
<b>범주 3</b> (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%
<b>범주 4</b> (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%

처방약 보장	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121	Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001
	표준	표준
<p><b>범주 5</b> (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15%  브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%  30일분으로 제한</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15%  브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%  30일분으로 제한</p>
<p><b>범주 6</b> (선별된 케어 의약품에는 특정 만성 질환을 치료하거나 질병을 예방(백신)하는 데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15%  브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15%  브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%</p>

<b>처방약 보장</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>		<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>	
<b>2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)(계속)</b>				
<b>우편 주문 비용 분담(30일/90일분)</b>				
	<b>우선</b>	<b>표준</b>	<b>우선</b>	<b>표준</b>
<b>범주 1</b> (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
<b>범주 2</b> (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%
<b>범주 3</b> (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%
<b>범주 4</b> (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%



처방약 보장	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121		Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001	
	우선	표준	우선	표준
<b>범주 5</b> (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%  30일분으로 제한	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%  30일분으로 제한	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%  30일분으로 제한	복제약: \$0/\$1.35/ \$3.95/15%  브랜드: \$0/\$4.00/ \$9.85/15%  30일분으로 제한
<b>범주 6</b> (선별된 케어 의약품에는 특정 만성 질환을 치료하거나 질병을 예방(백신)하는 데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/ 15%  브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/ 15%	복제약: \$0/\$1.35/ \$3.95/15%  브랜드: \$0/\$4.00/ \$9.85/15%
<b>3단계: 보장 갭</b>				
	총 의약품 비용(플랜에서 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달하면, 귀하의 "추가 지원" 비용 부담분 또는 보장 갭 동안 모든 의약품 단계에서 복제약에 대해 25%의 공동보험료, 브랜드 약에 대해 25%의 공동보험료 이상을 지불하지 않습니다.		총 의약품 비용(플랜에서 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달하면, 귀하의 "추가 지원" 비용 부담분 또는 보장 갭 동안 모든 의약품 단계에서 복제약에 대해 25%의 공동보험료, 브랜드 약에 대해 25%의 공동보험료 이상을 지불하지 않습니다.	
<b>4단계: 재해성 보장</b>				
	연간 약 본인 부담액(플랜이 지급한 금액은 포함되지 않지만 소매 약국 및 우편 주문을 통해 구입한 약 포함)이 \$7,050에 도달한 후에는 가입자의 "추가 지원" 수준에 따라 아무런 비용도 지불하지 않아도 되며, 또는 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 \$3.95의 자기부담금, 또는</li> <li>• 다른 모든 의약품에 대해 \$9.85의 자기부담금을 지불합니다.</li> </ul>		연간 약 본인 부담액(플랜이 지급한 금액은 포함되지 않지만 소매 약국 및 우편 주문을 통해 구입한 약 포함)이 \$7,050에 도달한 후에는 가입자의 "추가 지원" 수준에 따라 아무런 비용도 지불하지 않아도 되며, 또는 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 \$3.95의 자기부담금, 또는</li> <li>• 다른 모든 의약품에 대해 \$9.85의 자기부담금을 지불합니다.</li> </ul>	

---

비용 부담은 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**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>지압요법 서비스</b> Medicare 보장	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
정기 지압요법 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문
<b>침술</b> Medicare 보장	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
정기 침술 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문으로 제한됨	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문으로 제한됨
<b>족부 치료 서비스(발 진료)</b> Medicare 보장	\$0의 자기부담금 ▪	\$0의 자기부담금 ▪
정기 족부 치료 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ 매년 12회 방문 <b>기억해야 할 사항:</b> 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.	\$0의 자기부담금 ▪ 매년 12회 방문 <b>기억해야 할 사항:</b> 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.
<b>가상 방문</b>	<p>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.</p> <p>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.</p>	

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

**추가 혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>가정 건강 기관의 진료</b>	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
<b>식사</b>		
급성 질환 치료 후 식사	급성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ <b>기억해야 할 사항:</b> 입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 급성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.	급성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ <b>기억해야 할 사항:</b> 입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 급성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.
만성 질환 치료 후 식사	만성 질환 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ <b>기억해야 할 사항:</b> 만성 질환을 가진 가입자가 생활 습관 전환을 할 수 있게 돕는 관리 프로그램의 일환으로 배달되는 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다. 가입자는 하루 3회의 식사를, 최대 28일간, 한 달에 최대 84회까지 제공받습니다. 본 혜택은 최대 3개월까지 받을 수 있습니다.	만성 질환 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ <b>기억해야 할 사항:</b> 만성 질환을 가진 가입자가 생활 습관 전환을 할 수 있게 돕는 관리 프로그램의 일환으로 배달되는 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다. 가입자는 하루 3회의 식사를, 최대 28일간, 한 달에 최대 84회까지 제공받습니다. 본 혜택은 최대 3개월까지 받을 수 있습니다.

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

**추가 혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
<b>의료 장비/용품</b>		
내구성 의료 장비(DME)	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
보철	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
당뇨병 용품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
당뇨병 치료용 신발 또는 인서트	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
<b>Opioid Treatment 프로그램 서비스</b>	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
<b>일반의약품(OTC) 품목</b>	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$155임  <b>기억해야 할 사항:</b> 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달시킬 수 있습니다.	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$125임  <b>기억해야 할 사항:</b> 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달시킬 수 있습니다.
<b>웰니스 프로그램</b>	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.
피트니스	\$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 신체 피트니스	\$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 신체 피트니스

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

**추가 혜택**

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121</b>	<b>Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001</b>
	<p><b>기억해야 할 사항:</b></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><b>기억해야 할 사항:</b></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>
추가 흡연 및 금연 상담 세션	<p>\$0의 자기부담금</p> <p>매년 5회 방문으로 제한됨</p>	<p>\$0의 자기부담금</p> <p>매년 5회 방문으로 제한됨</p>
추가적인 정기 연례 건강 검진	<p>\$0의 자기부담금</p> <p><b>기억해야 할 사항:</b></p> <p>웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든 저희는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.</p>	<p>\$0의 자기부담금</p> <p><b>기억해야 할 사항:</b></p> <p>웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든 저희는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.</p>
24시간 간호사 상담 라인	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
개인 응급 의료 대응 장치(PERS)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금

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

**추가 혜택**

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, 플랜 121	Wellcare Dual Liberty Amber(HMO D-SNP) H3561, 플랜 001
<p><b>만성 질병에 대한 특별 추가 혜택(SSBCI)</b>                      이러한 혜택을 받을 자격을 갖추려면 적격한 만성 질환이 있고 고위험 치료 관리에 적합하다고 판단되는 등 구체적인 기준을 충족시켜야 합니다. 자격 기준의 전체 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>	<p>식료품 배송: \$0의 자기부담금 지불                      자기부담금                      플랜은 플랜이 승인한 식료품에 사용할 수 있도록 매월 최대 \$50까지 보장합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>도우미 로봇:                      \$0의 자기부담금                      계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>도우미 동물: \$0의 자기부담금 지불                      ADA 승인 도우미 동물의 특정 품목 비용을 매월 최대 \$50까지 지원합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>진료소견서가 필요할 수 있습니다.                      *</p>	<p>유틸리티 플렉스 카드: \$0의 자기부담금 지불                      자기부담금                      플랜은 가정의 공공요금을 총당하기 위해 매월 최대 \$50까지 보장합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>진료소견서가 필요할 수 있습니다.                      *</p>

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

**예비 가입자를 위한 종합 서면 진술서**

혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택은 Medicare Advantage 플랜에서 보장합니다. 열거된 각 혜택에서 플랜이 보장하는 내용을 확인하실 수 있습니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 레벨에 따라 결정됩니다. 이 혜택 요약서에 설명된 혜택의 보장은 가입자의 Medicaid 자격 수준에 따라 달라집니다. Medicaid 자격 수준에 관계없이 Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP)는 혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택을 보장합니다. Medicaid 자격과 받을 수 있는 혜택에 대해 질문이 있으시면, Medi-Cal(Medicaid) 수신자 부담 전화 1-800-430-4263(TTY: 1-800-430-7077)번으로 전화해 주십시오.

Medicaid 혜택을 위한 정보 출처는 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedal.aspx>입니다. 모든 Medicaid 보장 서비스는 언제든지 변경될 수 있습니다. 최신 California Medicaid 보장 정보에 대해서는 Department of Health Care Services (DHCS)를 방문하거나 가입자 서비스부에 전화하여 지원을 받으시길 바랍니다. California Medicaid 혜택에 대한 자세한 설명은 <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx> 의 California 서비스 요약서에서 온라인으로 확인하실 수 있습니다.

서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개 플랜	COHS	지역	Imperia	San Benito
침술 서비스	다른 의사 서비스 및 침술 서비스	침술 서비스는 일반적으로 인정된 의학적 상태로 인해 지속적으로 심각하고 지속적인 만성 통증에 대한 인식을 예방, 수정 또는 완화시키기 위해 수행되는 치료로만 한정됩니다.	X1	X1	X1	X1	X1	X1
지압요법 서비스	지압요법 서비스	지압치료사가 California 주 법률에 따라 승인된 범위 내에서 제공하는 서비스만을 보장하며, 수동 교정은 척추에 대한 처치로만 제한됨.	X1	X1	X1	X1	X1	X1
만성 혈액투석	만성 혈액투석	신부전 치료에 사용되는 절차 - 외래환자 서비스로만 보장됩니다. 혈액은 정맥을 통해 신체에서 제거되고 폐물과 혈액의 과도한 액체를 필터링하는 기계를 순환합니다. 그런 다음 “세척된” 혈액이 체내로 반환됩니다. 만성이란 이 절차가 정기적으로 수행됨을 의미합니다. 신장 투석 센터 또는 지역사회 혈액투석 유닛이 제공하는 경우 사전 승인이 필요합니다.	X	X	X	X	X	X



서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개 플랜	COHS	지역	Imperia	San Benito
커뮤니티 기반 성인 서비스 (CBAS)		CBAS 번들 서비스: 숙련된 간호 치료, 사회 서비스, 치료, 개인 관리 기능, 가족/간병인의 교육 및 지원, 식사 및 운송 등을 적합한 Medi-Cal 수혜자에 제공하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램 CBAS 번들링 안 된 서비스: 94 항에 명시된 특정 조건 하에서 센터 외부로 제공되는 CBAS 센터 서비스의 구성 요소 부분.	X	X	X	X	X	X
향상된 케이스 관리(ECM), 95항에 정의됨.		"복잡한 사례 관리" 및 "개인 중심 계획" 서비스로 구성된 서비스로서, 필요한 장기 치료 서비스 및 지원에 대한 수혜자의 개인 요구 사항의 조정을 포함합니다.	X	X	X	X	X	X
안경, 콘택트 렌즈, 저시력 보조 기구, 의안 및 기타 시각 기기	안경, 콘택트 렌즈, 저시력 보조기구, 의안 및 기타 시각 기기	안경류는 의사 또는 안계측사의 처방이 있을 경우 보장됩니다.	X1,3년	X1,3년	X1,3년	X1,3년	X1,3년	X1,3년
미국 연방 공인 의료 센터 (FQHC) (Medi-Cal 보장 서비스 전용)	FQHC	사회안전법(Social Security Act)(42개 미국 코드 섹션 1396d(l)(2)(B)의 1905절에 정의된 실체).	X	X	X	X	X	X
보청기	보청기	보청기는 이비인후과 의사의 처방이나, 해당지역에 이비인후과가 없을 경우 보조 의사의 처방에 따라 보청기 공급업체가 제공한 경우에만 보장, 보청기 평가를 포함한 청력 평가는 상기 의사의 감독을 받거나 면허를 가진 청력학자가 실시해야 합니다.	X	X	X	X	X	X

서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개 플랜	COHS	지역	Imperia	San Benito
아메리카 원주민 건강 서비스 (Medi-Cal 보장 서비스 전용)		아메리카 원주민은 연방 법률 및 규정(25 U.S.C. Section 1603c, 1679b 및 1680c)에 따라 자격이 있는 사람을 의미하며 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services, Indian Health Service)의 아메리카 원주민 보건 서비스(Indian Health Service)에서 직접 제공하는 건강 서비스 또는 아메리카 원주민 보건 서비스에서 자금을 지원하는 부족 또는 도시 아메리카 원주민 보건 프로그램을 통해 적격 개인에게 직접 또는 계약에 따라 제공되는 의료 서비스를 보장합니다.	X	X	X	X	X	X
가정 내 의료 치료 포기 서비스 및 간호 시설 면제 서비스		가정 내 의료 권리 포기 서비스 및 간호 시설 면제 서비스는 의사가 처방하고 수혜자의 거주 장소에서 가정 내 의료 권리 포기 서비스 또는 간호 시설 면제 서비스 필요성을 나타내는 서면 치료 계획에 따라 그리고 미국 보건복지부와 서비스 제공자 간의 서면 계약에 따라 제공될 때 보장됩니다.	X	X	X	X	X	X
중급 의료 시설 서비스 - 발달 장애인용	중급 의료 시설 서비스 - 발달 장애인용	발달 장애가 있는 사람들을 위한 중급 치료 시설 서비스는 미국 보건복지부의 사전 승인을 받아야 보장됩니다. 최대 6개월 동안 허가를 받을 수 있습니다. 승인 요청은 시설에서 시작해야 합니다. 담당 의사는 승인 요청에 서명해야 하며, 미국 보건복지부에 수혜자가 이러한 수준의 치료를 필요로 함을 증명해야 합니다.	X 5	X5	X	X5	X 5	X5

서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개월	COHS	지역	Imperia	San Benito
중급 의료 시설 서비스 - 발달 장애인 교육용	중급 의료 시설 서비스 - 발달 장애인 교육용	발달장애(ICF-DDH)를 위한 중환자 치료 시설 서비스는 ICF-DDH 수준의 치료를 위한 보건복지부 사전 승인 대상입니다. 최대 6개월 동안 허가를 받을 수 있습니다. ICF-DDH에 대한 사전 승인 또는 서비스 지속에 대한 요청은 해당 부서가 지정한 양식에 따라 시설에서 시작해야 합니다. 개발 서비스 부서에서 요구하는 인증 문서는 지역 센터 직원이 작성하고 Treatment Authorization Request(치료 승인 요청) 양식과 함께 제출해야 합니다. 담당 의사는 치료 승인 요청 양식에 서명하고 수익자에게 이 수준의 승인이 필요함을 보건복지부에 증명해야 합니다	X 5	X5	X	X5	X 5	X5
중급 치료 시설 서비스 발달 장애인 간호용		발달장애(ICF-DD-)를 위한 중환자 치료 시설 서비스는 ICF-DD 수준의 치료를 위한 보건복지부 사전 승인 대상입니다. 최대 6개월 동안 허가를 받을 수 있습니다. ICF/DD-N에 대한 사전 승인 또는 서비스 지속에 대한 요청은 해당 부서가 지정한 치료 프로그램 서비스 양식(HS 231)에 따라 시설에서 시작해야 합니다. 개발 서비스 부서에서 요구하는 인증 문서는 지역 센터 직원이 작성하고 Treatment Authorization Request(치료 승인 요청) 양식과 함께 제출해야 합니다. 담당 의사는 치료 승인 요청 양식에 서명하고 해당 사실을 보건복지부에 수혜자가 이러한 수준의 치료를 필요로 함을 증명해야 합니다.	X 5	X5	X	X5	X 5	X5
중급 치료 서비스	중급 치료 시설 서비스	중급 진료서비스는 시설이 위치한 지역에 대해 지정된 Medi-Cal 컨설턴트로부터 사전 승인을 받은 후에만 적용됩니다. 승인 요청은 시설에서 시작해야 합니다. 담당 의사는 치료 승인 요청 양식에 서명하고 해당 사실을 보건복지부에 수혜자가 이러한 수준의 치료를 필요로 함을 증명해야 합니다.	X 5	X5	X	X5	X 5	X5

서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개 플랜	COHS	지역	Imperia	San Benito
현지 교육 기관(LEA) 서비스	지역 교육 기관 Medi-Cal 청구 옵션 프로그램 서비스	다음에 포함하는 LEA 건강 및 정신 건강 평가 및 건강 및 정신 건강 교육 서비스: (a) 영양 평가 결과(식단, 영양 공급, 실험실 가치 및 성장)를 기반으로 LEA 적격 수혜자에게 제공되는 평가 및 비교실 영양 교육으로 구성된 영양 평가 및 영양 교육 (B) Snellen Test를 통해 실시한 원거리에서의 시력 검사로 구성된 시력 평가, (C) California Code of Regulations, Section 2951(c)의 Title 17에 정의된 위험 기준 및 적정 선별검사 기법을 사용하여 청각 손상을 테스트하는 청력 평가(D) 연령 및 배경에 대해 예상되는 기준과 비교한 발달 성과 검토를 통한 발달 수준 검사로 이루어진 발달 평가, (E) 검사, 인터뷰, 행동 평가로 인지, 감정, 사회, 행동 기능 및 자기 개념의 평가로 이루어진 정신 사회적 상태 평가, 그리고 (F) 나이 및 발달에 적합한 건강 교육에 기초한 교실 외 건강 교육 및 예측 지침으로 이루어진 나이와 건강 상태에 적합한 건강 교육 및 예측 지침						
의료 사회 서비스	운송 - 의료 운송 서비스	구급차, 밴 및 휠체어 밴 의료 운송 서비스는 수혜자의 의학적, 신체적 상태가 대중 교통 또는 개인 교통 수단을 이용하기에 의학적 제약이 있으며 필요한 의학적 치료를 받는데 교통편이 필요한 경우에 보장.	X	X	X	X	X	X
검안 서비스	검안 서비스	시력 검사 및 교정 렌즈 처방 보장. 추가 서비스는 보장되지 않습니다.	X	X	X	X	X	X

서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개 플랜	COHS	지역	Imperia	San Benito
외래환자 정신 건강	외래환자 정신 건강	서비스는 정신질환의 진단 및 통계 편람(DSM)에서 정의한 정신 상태를 진단받은 성인 및 소아에 대한 라이선스 범위 내에서 작동하는 허가된 의료 전문가가 제공하는 서비스로, 경증에서 중등도의 고통 또는 정신, 정서 또는 행동 기능의 장애를 초래합니다. 서비스 포함 사항: <ul style="list-style-type: none"> <li>개인 및 그룹 정신 건강 평가 및 치료(정신요법)</li> <li>정신 건강 상태를 평가하기 위해 임상적으로 필요한 경우의 심리학적 검사</li> <li>약물 요법 모니터링 목적의 외래 환자 서비스</li> <li>외래 환자 실험실, 약물, 공급품 및 보충제</li> <li>선별검사 및 간단한 개입(SBI)</li> <li>약물 관리를 위한 정신과 자문</li> </ul>	X 2	X2	X 2	X2	X 2	X2
조직화된 외래환자 클리닉 서비스	병원 서비스 및 조직화된 외래 환자 클리닉 서비스	가정 내 의료 권리 포기 서비스 및 간호 시설 면제 서비스는 의사가 처방하고 수혜자의 거주 장소에서 가정 내 의료 권리 포기 서비스 또는 간호 시설 면제 서비스 필요성을 나타내는 서면 치료 계획에 따라 그리고 미국 보건복지부와 서비스 제공자 간의 서면 계약에 따라 제공될 때 보장됩니다.	X	X	X	X	X	X
의약품 서비스 및	의약품 서비스 및	처방약 및 비처방약, 약과 면허를 가진 의사가 제공한 고영양수액제 등을 포함한 약물 보장	X	X	X	X	X	X
의사 서비스	의사 서비스	의학적으로 필요한 서비스를 위해 병원 또는 요양시설에 체류하는 동안 제공되는 1차 진료, 외래 환자 서비스 및 서비스를 포함합니다. 의사의 판단에 따라 제한된 정신 건강 서비스와 제한된 알레르기 치료를 받을 수 있습니다.	X	X	X	X	X	X
발병 치료 서비스	기타 과목 의사의 서비스 및 족병 전문의 서비스	의사 방문은 의학적으로 필요한 경우에 보장. 다른 모든 외래환자 서비스는 사전 승인을 받아야 하며 발, 발목 또는 발 힘줄의 장애, 복합 만성 질병이나 이에 준하는 질병 또는 걷는 능력의 큰 저하를 치료하기 위해 필요한 의학적 외과 서비스로만 제한됩니다. 응급으로 제공된 서비스는 사전 승인이 면제됩니다.	X 1	X1	X 1	X1	X 1	X1

서비스	주 플랜 서비스 단계	정의	GMC	2개 플랜	COHS	지역	Imperia	San Benito
인공 및 교정 기기	인공 및 교정 기기	면허 있는 의사, 족병 의사 또는 치과 의사가 처방한 신체 부위의 기능 회복이나 교체를 위해 필요한 모든 인공기와 보조기는 보철사, 교정 의사 또는 면허가 있는 의사가 제공할 때 각각 보장됩니다.	X	X	X	X	X	X
심리치료 약품	서비스는 주 플랜에서 보장하지 않습니다.	Medi-Cal 제공자 설명서에 나열된 S. Psychotherapeutic 약물			X 8			
숙련된 간호 시설 및 중간 관리 시설의 특수 재활 서비스	특수 재활 서비스	전문적인 재활 서비스는 보장됩니다. 이러한 치료에는 (1) 지속적으로 더 높은 수준의 자기관리 및 퇴원 또는 (2) 더 낮은 수준의 치료를 초래하는 기능의 회복을 유발할 것으로 예상되는, 병원에서 시작된 의학적으로 필요한 치료 서비스의 지속 또는 단기 집중적 치료를 보장합니다. 전문적인 재활 서비스는 보장됩니다.	X 5	X5	X	X5	X 5	X5

## 개인 정보 보호 절차:

귀하가 Health Net에 가입하면, Health Net은 치료, 지불, 의료 운영 및 법률에서 허가 또는 요구하는 경우 가입자의 보호된 건강 정보 및 비공개 개인 재무 정보\*를 사용하고 공개합니다. Health Net은 가입자들에게 보호된 건강 정보의 사용 및 공개 방법, 액세스 권한, 개정 요청, 제한 및 보호된 건강 정보의 공개 회계 처리 방법, 불만을 신고하기 위한 절차를 설명하는 개인정보 보호 관행 공지를 제공합니다. Health Net은 마케팅과 같은 비정기적 릴리스에 대한 귀하의 정보 릴리스를 승인하거나 거부할 수 있는 기회를 제공합니다. Health Net은 가입자들에게 Health Net에서 관리하는 지정 레코드 집합에 있는 가입자의 보호 건강 정보 사본을 검사하거나 받을 수 있는 액세스를 제공합니다. Health Net은 합리적이고 적절한 보안 보호 장치를 사용하여 조직 전체의 구두로, 서면 및 전자 정보를 보호합니다. 이러한 안전 조치에는 지불, 치료, 의료 운영 또는 법에 의해 허용 또는 요구되는 경우에 개인의 보호된 건강 정보에 대한 접근을 알아야 할 필요가 있는 사람에게만 제한하는 것이 포함됩니다. Health Net의 개인정보 취급방침 전체 공지 사항은 [ca.healthnetadvantage.com](http://ca.healthnetadvantage.com)의 “개인정보”에서 확인할 수 있습니다. 또는 이 책자의 뒷표지에 있는 전화 번호로 고객 지원 센터에 연락하여 사본을 받을 수 있습니다.

*\*비공개 개인 금융 정보에는 귀하가 의료 계획 범위를 획득하기 위해 당사에 제공한 개인 식별 가능한 재무 정보 또는 귀하에게 혜택을 제공하기 위해 당사가 얻은 개인 식별 가능한 재무 정보가 포함됩니다. 예: 사회 보장 번호, 계좌 잔고 및 결제 내역. 당사는 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고 귀하에 대한 비공개 개인정보를 타인에게 공개하지 않습니다.*

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](http://www.wellcare.com/allwellAR)을 방문

## ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellAZ](http://www.wellcare.com/allwellAZ)를 방문

## CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 또는 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)를 방문

## FLORIDA

+ HMO, D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellFL](http://www.wellcare.com/allwellFL)을 방문

## GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO, D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellGA](http://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](http://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](http://www.wellcare.com/allwellKS)를 방문

## LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellLA](http://www.wellcare.com/allwellLA)를 방문

## MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellMO](http://www.wellcare.com/allwellMO)를 방문

## MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO, D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellMS](http://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](http://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](http://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](http://www.wellcare.com/allwellNM)을 방문

## NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 또는 [www.fideliscare.org/wellcaremedicare](http://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](http://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](http://www.wellcare.com/OK)를 방문

## OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 또는 [www.wellcare.com/healthnetOR](http://www.wellcare.com/healthnetOR)을 방문

+ HMO, D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 또는 [www.wellcare.com/trilliumOR](http://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](http://www.wellcare.com/allwellPA)를 방문

## SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 또는 [www.wellcare.com/allwellSC](http://www.wellcare.com/allwellSC)를 방문

## TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO, D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥️ 또는 [www.wellcare.com/allwellTX](http://www.wellcare.com/allwellTX)를 방문

## WISCONSIN

+ HMO, D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥️ 또는 [www.wellcare.com/allwellWI](http://www.wellcare.com/allwellWI)를 방문

## WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥️ 또는 [www.wellcare.com/healthnetOR](http://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

- **장 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](http://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](http://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.

Medicare<sup>Rx</sup>  
Prescription Drug Coverage