



2022 Tóm Tắt Phúc Lợi

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H0562 | 121

Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)

H3561 | 001

Chúng tôi biết rằng một chương trình sức khỏe đáng tin cậy quan trọng như thế nào với quý vị.

Đây là bản tóm tắt các dịch vụ về thuốc và sức khỏe do Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) và Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) cung cấp từ ngày 1 tháng 1 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022.

Tập sách này sẽ cung cấp cho quý vị tóm tắt về những mục mà chúng tôi bao trả và trách nhiệm chia sẻ chi phí. Tập sách này không liệt kê từng dịch vụ, giới hạn hoặc trường hợp loại trừ. Danh sách đầy đủ các dịch vụ có trong Chứng Thực Bảo Hiểm (Evidence of Coverage, hoặc EOC) của chương trình. Quý vị có thể tìm thấy Chứng Thực Bảo Hiểm trên trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA. Hoặc quý vị có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu bản sao theo số điện thoại được liệt kê ở mặt sau.

Những ai có thể tham gia?

Để ghi danh vào một trong các chương trình của chúng tôi, quý vị phải có quyền hưởng Medicare Phần A, được ghi danh Medicare Phần B và sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Thành viên phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm y tế Phần B nếu không được chi trả theo Medicaid hoặc từ bên thứ ba khác.

Các chương trình và khu vực dịch vụ của chúng tôi:

H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) bao gồm các hạt này tại California: Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco và Tulare.

H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) bao gồm các hạt này tại California: Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento và Stanislaus.

Nếu quý vị muốn tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay “Medicare & Quý Vị” hiện tại. Xem trực tuyến sổ tay tại www.medicare.gov hoặc nhận bản sao bằng cách gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Quý vị cũng phải ghi danh chương trình California Medicaid. Phí bảo hiểm, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ có thể thay đổi dựa trên hạng mục đủ điều kiện Medicaid và/hoặc mức độ Trợ Giúp Bổ Sung (Extra Help) quý vị nhận được. Phí bảo hiểm Phần B của quý vị được Tiểu Bang California thanh toán cho người ghi danh đủ điều kiện kép. Vui lòng liên hệ với chương trình để biết thêm thông tin chi tiết.

Hiểu Rõ Đủ Điều Kiện Kép

Medicaid là chương trình hợp tác giữa chính quyền liên bang và chính quyền tiểu bang để giúp chi trả chi phí y tế cho một số người có thu nhập và tài sản giới hạn. Phúc lợi Medicaid có giá trị vì tiểu bang cung cấp bảo hiểm y tế và hỗ trợ tài chính bổ sung dựa trên cấp độ hỗ trợ từ Medicare Savings Program (MSP) của quý vị. Bảo hiểm Medicaid khác nhau tùy theo mỗi tiểu bang và loại bảo hiểm Medicaid mà quý vị có. Phần chi trả của quý vị đối với các dịch vụ được bao trả có thể phụ thuộc vào mức đủ điều kiện Medicaid của quý vị. Một số người có bảo hiểm Medicaid có thể được giúp trả phí bảo hiểm của Medicare và những chi phí khác. Một số người khác cũng có thể nhận được bảo hiểm cho các dịch vụ và thuốc bổ sung được bao trả theo Medicaid nhưng Medicare không bao trả.

Dual Eligible Special Needs Plan (DSNPs) là các chương trình Medicare Advantage chuyên biệt cung cấp các phúc lợi chăm sóc sức khỏe cho những người thụ hưởng có cả bảo hiểm Medicare và Medicaid. Người thụ hưởng phải đáp ứng các yêu cầu nhất định về thu nhập và nguồn lực với việc xác định được tính đủ điều kiện và phạm vi phúc lợi được cung cấp từ tiểu bang nơi chương trình cung cấp.

Mức Medicare Savings Program (MSP)

- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE):** Medicaid có thể thanh toán cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán Medicare Phần A & B của quý vị. Người thụ hưởng hội đủ điều kiện cũng được nhận toàn bộ phúc lợi Medicaid.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Medicaid sẽ thanh toán cho phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm và đồng thanh toán Medicare Phần A & B của quý vị. (Một số người có QMB cũng hội đủ điều kiện hưởng toàn bộ phúc lợi Medicaid (QMB+))
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Medicaid sẽ hấp thụ chi phí Phí Bảo Hiểm Medicare Phần B của quý vị. Một số người có SLMB cũng hội đủ điều kiện hưởng toàn bộ phúc lợi Medicaid (SLMB+)
- **Qualified Individual (QI):** Medicaid sẽ trả chi phí liên quan đến Medicare Phần B
- **Qualified Disabled Working Individual (QDWI):** Medicaid sẽ chi trả chi phí liên quan đến Medicare Phần A

Lưu ý: Một số mức MSP tự động đủ điều kiện cho “Trợ Giúp Bổ Sung” để nhận hỗ trợ bảo hiểm thuốc theo toa Medicare. Một số bang không bao trả chia sẻ chi phí Phần A & B.

“Trợ Giúp Bổ Sung” là gì?

Tiền Trợ Cấp Thu Nhập Thấp (LIS - Low Income Subsidy), còn được gọi là “Trợ Giúp Bổ Sung”, có thể có sẵn để giúp quý vị với chi phí tự trả Phần D như phí bảo hiểm, khoản khấu trừ, đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán. Nhiều người đủ điều kiện tham gia Chương trình “Trợ Giúp Bổ Sung” và họ thậm chí không biết điều này. Xin lưu ý rằng hỗ trợ cũng có thể tùy thuộc vào mức Medicare Savings Program (MSP) và trạng thái đủ điều kiện kép của quý vị.

Nếu quý vị có thắc mắc về tính đủ điều kiện của Medicaid và những phúc lợi mà quý vị được quyền nhận, hãy gọi đến số điện thoại được liệt kê ở bìa sau của tài liệu này.

Chương trình này được cung cấp cho bất kỳ ai có cả Hỗ Trợ Y Tế từ Tiểu Bang và Medicare

Health Maintenance Organizations (HMOs) là các chương trình chăm sóc sức khỏe do một nhà cung cấp bảo hiểm cung cấp với mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ sở có ký hợp đồng. HMO thường yêu cầu các thành viên lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để điều phối dịch vụ chăm sóc và nếu quý vị cần bác sĩ chuyên khoa, PCP sẽ chọn bác sĩ cũng nằm trong mạng lưới của chúng tôi.

Chương trình của chúng tôi cung cấp cho quý vị quyền truy cập vào mạng lưới các nhà cung cấp dịch vụ y tế có tay nghề cao tại khu vực của quý vị. Quý vị có thể trông chờ lựa chọn một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc chính (PCP) để làm việc với quý vị và điều phối chăm sóc cho quý vị. Quý vị có thể yêu cầu danh mục nhà cung cấp và nhà thuốc hiện tại hoặc, để danh sách nhà cung cấp trong mạng lưới mới nhất, hãy truy cập www.wellcare.com/healthnetCA. (Vui lòng lưu ý rằng, ngoại trừ dịch vụ chăm sóc cấp cứu, chăm sóc khẩn cấp cần thiết khi quý vị ở ngoài mạng lưới, dịch vụ lọc thận ngoài khu vực, và các trường hợp mà chương trình của chúng tôi cho phép sử dụng nhà cung cấp ngoài mạng lưới, nếu quý vị nhận được chăm sóc y tế từ nhà cung cấp ngoài chương trình, cả Medicare và chương trình của chúng tôi đều sẽ không chịu trách nhiệm về các chi phí này.)

Chương trình của chúng tôi cũng bao gồm bảo hiểm thuốc theo toa và tiếp cận vào mạng lưới lớn các nhà thuốc của chúng tôi. Các chương trình của chúng tôi sử dụng một danh mục thuốc. Các chương trình thuốc của chúng tôi được thiết kế đặc biệt cho những người thụ hưởng Medicare và bao gồm lựa chọn toàn diện các loại thuốc gốc và Thuốc Biệt Dược có thể chi trả được.

Tôi có thể sử dụng bác sĩ, bệnh viện và nhà thuốc nào? Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) và Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) có một mạng lưới gồm các bác sĩ, bệnh viện, nhà thuốc và các nhà cung cấp khác. Quý vị có thể tiết kiệm chi phí bằng cách sử dụng nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện được ưu tiên của chúng tôi và sử dụng các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình. Với một số chương trình, nếu quý vị sử dụng nhà cung cấp không nằm trong mạng lưới của chúng tôi, khoản chia sẻ chi phí của quý vị cho các dịch vụ được bao trả có thể sẽ cao hơn.

Quý vị có thể xem danh mục nhà thuốc và nhà cung cấp trong chương trình của chúng tôi và chương trình có bảo hiểm thuốc theo toa, Danh Mục Thuốc đầy đủ của chương trình (danh sách thuốc theo toa Phần D) tại trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.

Để biết thêm thông tin, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-866-277-6583 (người dùng TTY phải gọi số 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối Truy cập trang web của chúng tôi tại www.wellcare.com/healthnetCA.

Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị (bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bằng âm thanh, bằng chữ nổi braille, bằng chữ in khổ lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.). Vui lòng gọi bộ phận dịch vụ thành viên nếu quý vị cần thông tin chương trình ở định dạng khác.

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Khu Vực Dịch Vụ	Các chương trình và khu vực dịch vụ của chúng tôi: H0562121000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) bao gồm các hạt này tại California: Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco và Tulare. H3561001000 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) bao gồm các hạt này tại California: Alameda, Amador, Fresno, Imperial, Madera, Placer, Sacramento và Stanislaus.	
Tiêu Chí Về Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện Của Chương Trình Dành Cho Người Có Nhu Cầu Đặc Biệt	H0562121000 bao gồm (FBDE, QMB+, SLMB+) và H3561001000 BAO GỒM (FBDE, QMB+, SLMB+). Tham khảo “Mức Medicare Savings Program (MSP)” ở đầu tài liệu này	
Phí bảo hiểm, đồng thanh toán, đồng bảo hiểm và khoản khấu trừ có thể thay đổi dựa trên hạng mục đủ điều kiện Medicaid và/hoặc mức độ Trợ Giúp Bổ Sung quý vị nhận được		
Phí bảo hiểm hàng tháng của chương trình Quý vị phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần B nếu không được Medicaid hoặc bên thứ ba khác chi trả.	\$0	\$0
Khoản Khấu Trừ	Không có khoản khấu trừ	Không có khoản khấu trừ
Trách Nhiệm Tự Trả Tối Đa (không bao gồm thuốc theo toa)	\$3,450 hàng năm Đây là số tiền nhiều nhất quý vị sẽ chi trả cho khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho dịch vụ Phần A và B cho cả năm.	\$3,450 hàng năm Đây là số tiền nhiều nhất quý vị sẽ chi trả cho khoản đồng thanh toán và đồng bảo hiểm cho dịch vụ Phần A và B cho cả năm.

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Bảo hiểm Bệnh Viện Nội Trú	Ngày 1-90: \$0 đồng thanh toán mỗi lần năm viện. ▪ *	Ngày 1-90: \$0 đồng thanh toán mỗi lần năm viện. ▪ *
Bảo hiểm Bệnh Viện Ngoại Trú Các dịch vụ bệnh viện ngoại trú	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ phẫu thuật và không phẫu thuật ▪ *	\$0 đồng thanh toán cho các dịch vụ phẫu thuật và không phẫu thuật ▪ *
Dịch vụ giám sát tại bệnh viện ngoại trú	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Trung Tâm Phẫu Thuật Không Cấp Cứu (ASC)	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Thăm Khám Bác Sĩ Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Chính	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bác Sĩ Chuyên Khoa	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Chăm sóc phòng ngừa (ví dụ: thăm khám Sức Khỏe Hàng Năm, Đo khối lượng xương, Khám sàng lọc ung thư vú (chụp nhũ ảnh), Khám sàng lọc tim mạch, Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung và âm đạo, Khám sàng lọc ung thư trực tràng, Khám sàng lọc Viêm gan B, Khám sàng lọc ung thư tuyến tiền liệt (PSA), Vắc-xin (bao gồm tiêm ngừa cúm, tiêm ngừa viêm gan B, tiêm ngừa Phế cầu khuẩn))	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Chăm sóc cấp cứu	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bảo hiểm cấp cứu toàn cầu	\$120 đồng thanh toán Các dịch vụ cấp cứu toàn cầu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp toàn cầu có mức bảo hiểm tối đa của chương trình là \$50,000. Không có bảo hiểm toàn cầu cho dịch vụ chăm sóc ngoài phòng cấp cứu hoặc nhập viện cấp cứu. Khoản đồng thanh toán không được miễn trừ nếu được nhập viện cho các Dịch Vụ Cấp Cứu Toàn Cầu.	\$120 đồng thanh toán Các dịch vụ cấp cứu toàn cầu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp toàn cầu có mức bảo hiểm tối đa của chương trình là \$50,000. Không có bảo hiểm toàn cầu cho dịch vụ chăm sóc ngoài phòng cấp cứu hoặc nhập viện cấp cứu. Khoản đồng thanh toán không được miễn trừ nếu được nhập viện cho các Dịch Vụ Cấp Cứu Toàn Cầu.
Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Bảo hiểm chăm sóc khẩn cấp toàn cầu	\$120 đồng thanh toán Các dịch vụ cấp cứu toàn cầu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp toàn cầu có mức bảo hiểm tối đa của chương trình là \$50,000. Khoản đồng thanh toán không được miễn trừ nếu được nhập viện cho các Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp Cần Thiết Toàn Cầu.	\$120 đồng thanh toán Các dịch vụ cấp cứu toàn cầu và dịch vụ cần thiết khẩn cấp toàn cầu có mức bảo hiểm tối đa của chương trình là \$50,000. Khoản đồng thanh toán không được miễn trừ nếu được nhập viện cho các Dịch Vụ Chăm Sóc Khẩn Cấp Cần Thiết Toàn Cầu.
Dịch Vụ Chẩn Đoán/ Phòng Xét Nghiệm/ Chụp Hình	Xét nghiệm COVID-19 và các dịch vụ liên quan đến xét nghiệm được chỉ định tại bất kỳ địa điểm nào là \$0.	Xét nghiệm COVID-19 và các dịch vụ liên quan đến xét nghiệm được chỉ định tại bất kỳ địa điểm nào là \$0.
Dịch vụ phòng xét nghiệm	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Xét nghiệm và thủ thuật chẩn đoán	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Chụp X-quang bệnh nhân ngoại trú	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Dịch vụ quang tuyến chẩn đoán (ví dụ chụp MRI, CAT)	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Quang tuyến trị liệu	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Dịch vụ thính giác		
Kiểm Tra Thính Giác Medicare Bao Trả	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Kiểm tra thính giác định kỳ	\$0 đồng thanh toán 1 lần khám mỗi năm *	\$0 đồng thanh toán 1 lần khám mỗi năm *
Thiết Bị Trợ Thính		
Thiết Bị Trợ Thính Lắp/Đánh Giá	\$0 đồng thanh toán 1 lần lắp/đánh giá mỗi năm *	\$0 đồng thanh toán 1 lần lắp/đánh giá mỗi năm *
Trợ cấp thiết bị trợ thính	Trợ cấp lên đến \$2,000 cho cả hai tai kết hợp mỗi năm cho thiết bị trợ thính.	Trợ cấp lên đến \$2,000 cho cả hai tai kết hợp mỗi năm cho thiết bị trợ thính.
Tất cả các loại	\$0 đồng thanh toán Giới hạn ở mức 2 thiết bị trợ thính mỗi năm *	\$0 đồng thanh toán Giới hạn ở mức 2 thiết bị trợ thính mỗi năm *
Thông Tin Thính Giác Bổ Sung	Điều quý vị cần biết Medicare bao trả cho những lần kiểm tra khả năng giữ thăng bằng và thính giác chẩn đoán nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chỉ định những kiểm tra này để xem liệu quý vị có cần điều trị y tế không.	Điều quý vị cần biết Medicare bao trả cho những lần kiểm tra khả năng giữ thăng bằng và thính giác chẩn đoán nếu bác sĩ của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác chỉ định những kiểm tra này để xem liệu quý vị có cần điều trị y tế không.
Dịch vụ nha khoa		
Các dịch vụ toàn diện Medicare Bao Trả	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả. *	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả. *

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Dịch Vụ Chẩn Đoán	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Dịch Vụ Phục Hồi	Dịch vụ chẩn đoán không giới hạn mỗi năm. \$0 đồng thanh toán *	Dịch vụ chẩn đoán không giới hạn mỗi năm \$0 đồng thanh toán *
Răng Giả, Phẫu Thuật Răng Hàm Mặt Khác, Các Dịch Vụ Khác	Mão răng là một quyền lợi được bảo hiểm cho cùng một chiếc răng mỗi 5 năm dương lịch một lần.	Mão răng là một quyền lợi được bảo hiểm cho cùng một chiếc răng mỗi 5 năm dương lịch một lần.
Thông Tin Nha Khoa Khác	Điều quý vị cần biết Chương trình này bao gồm bảo hiểm cho các dịch vụ toàn diện tối đa \$1,000.	Điều quý vị cần biết Chương trình này bao gồm bảo hiểm cho các dịch vụ toàn diện tối đa \$1,000.
Dịch Vụ Thị Giác		
Khám Mắt Medicare Bao Trả	\$0 đồng thanh toán (khám sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường được Medicare bao trả) \$0 đồng thanh toán (tất cả các lần khám mắt khác được Medicare bao trả) *	\$0 đồng thanh toán (khám sàng lọc bệnh võng mạc tiểu đường được Medicare bao trả) \$0 đồng thanh toán (tất cả các lần khám mắt khác được Medicare bao trả) *
Khám mắt định kỳ (Khúc xạ)	\$0 đồng thanh toán 1 lần khám mỗi năm *	\$0 đồng thanh toán 1 lần khám mỗi năm *
Khám sàng lọc tăng nhãn áp	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả. ▪	\$0 đồng thanh toán cho mỗi dịch vụ được Medicare bao trả. ▪

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Kính mắt định kỳ Kính áp tròng/Mắt kính (tròng kính và gọng kính)/Gọng mắt kính	\$0 đồng thanh toán Kính áp tròng giới hạn mỗi năm Kính mắt không giới hạn (mắt kính và/hoặc gọng kính) mỗi năm *	\$0 đồng thanh toán Kính áp tròng giới hạn mỗi năm Kính mắt không giới hạn (mắt kính và/hoặc gọng kính) mỗi năm *
Trợ cấp mắt kính	Tối đa \$400 trợ cấp kết hợp mỗi năm.	Tối đa \$400 trợ cấp kết hợp mỗi năm
Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tâm Thần		
Thăm khám bệnh nhân nội trú	Ngày 1-90: \$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện. *	Ngày 1-90: \$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện. *
Thăm khám trị liệu cá nhân ngoại trú	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Thăm khám trị liệu theo nhóm ngoại trú	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Cơ sở điều dưỡng chuyên môn (SNF)	Ngày 1-100: \$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện. *	Ngày 1-100: \$0 đồng thanh toán mỗi lần nằm viện. *

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Dịch Vụ Trị Liệu và Phục Hồi Chức Năng		
Liệu Pháp Vật Lý	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Các dịch vụ phục hồi ngoại trú do chuyên viên trị liệu nghề nghiệp cung cấp	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Dịch vụ phục hồi chức năng phổi	\$0 đồng thanh toán ▪	\$0 đồng thanh toán ▪
Cứu Thương		
Cứu thương mặt đất	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Cứu thương trên không	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Dịch Vụ Vận Chuyển	Tối đa 60 chuyến đi một chiều mỗi năm để đến các địa điểm liên quan đến sức khỏe được chương trình phê duyệt. Có thể áp dụng giới hạn số dặm di chuyển. \$0 đồng thanh toán (mỗi chuyến đi một chiều) *	Tối đa 60 chuyến đi một chiều mỗi năm để đến các địa điểm liên quan đến sức khỏe được chương trình phê duyệt. Có thể áp dụng giới hạn số dặm di chuyển. \$0 đồng thanh toán (mỗi chuyến đi một chiều) *

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc lợi

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
	<p>Điều quý vị cần biết:</p> <p>Để sống khỏe thì bước đầu tiên là gặp bác sĩ. Đó là lý do tại sao chúng tôi bao trả cho chuyến đi chung xe tới các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chương trình phê duyệt này. Chúng tôi muốn đảm bảo rằng quý vị sẽ nhận được sự chăm sóc cần thiết vào thời điểm quý vị cần. Gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng trước 72 giờ để đặt trước dịch vụ đưa đón cho cuộc hẹn khám. Có thể áp dụng giới hạn số dặm di chuyển.</p>	<p>Điều quý vị cần biết:</p> <p>Để sống khỏe thì bước đầu tiên là gặp bác sĩ. Đó là lý do tại sao chúng tôi bao trả cho chuyến đi chung xe tới các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được chương trình phê duyệt này. Chúng tôi muốn đảm bảo rằng quý vị sẽ nhận được sự chăm sóc cần thiết vào thời điểm quý vị cần. Gọi đến Bộ Phận Dịch Vụ Khách Hàng trước 72 giờ để đặt trước dịch vụ đưa đón cho cuộc hẹn khám. Có thể áp dụng giới hạn số dặm di chuyển.</p>
Thuốc Medicare Phần B		
Thuốc hóa trị	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Thuốc khác thuộc Phần B	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Thuốc Theo Toa Coverage	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Giai đoạn 1: Khoản Khấu Trừ Thuốc Theo Toa Hàng Năm		
Khoản Khấu Trừ	Chương trình này không có khoản khấu trừ dành cho thuốc Phần D, giai đoạn thanh toán này không áp dụng.	Chương trình này không có khoản khấu trừ dành cho thuốc Phần D, giai đoạn thanh toán này không áp dụng.
Giai đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu (sau khi quý vị chi trả khoản khấu trừ của mình, nếu có)		
Quý vị chi trả các khoản sau cho đến khi tổng chi phí thuốc hàng năm của quý vị đạt đến \$4,430. Tổng chi phí thuốc hàng năm là tổng chi phí thuốc được cả quý vị và chương trình của chúng tôi chi trả. Sau khi đạt đến mức tiền này, quý vị sẽ bước vào Khoảng Trống Bảo Hiểm.		
Chia sẻ chi phí bán lẻ tiêu chuẩn (lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày/90 ngày)		
Bậc 1 (Thuốc Gốc Được Ưu Tiên- bao gồm các loại thuốc gốc được ưu tiên và có thể bao gồm một số loại Thuốc Biệt Dược.)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 2 (Thuốc Gốc- bao gồm các loại thuốc gốc và có thể bao gồm một số loại Thuốc Biệt Dược.)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Được Ưu Tiên- bao gồm các loại Thuốc Biệt Dược được ưu tiên và có thể bao gồm một số loại thuốc gốc.)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Bậc 4 (Thuốc Không Được Ưu Tiên- bao gồm các loại Thuốc Biệt Dược không được ưu tiên và thuốc gốc không được ưu tiên.)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Thuốc Theo Toa Coverage	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
<p>Bậc 5 (Bậc Chuyên Biệt- bao gồm Thuốc Biệt Dược và thuốc gốc có chi phí cao. Các thuốc ở bậc này không đủ điều kiện cho các trường hợp ngoại lệ dành cho thanh toán ở bậc thấp hơn).</p>	<p>Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>	<p>Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>
<p>Bậc 6 (Thuốc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc Chọn Lọc- bao gồm một số loại thuốc gốc và Thuốc Biệt Dược thường được sử dụng để điều trị các bệnh trạng mạn tính cụ thể hoặc để phòng ngừa bệnh (vắc-xin).)</p>	<p>Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>	<p>Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%</p> <p>Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%</p>

Thuốc Theo Toa Coverage	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001		
Giai đoạn 2: Bảo Hiểm Ban Đầu (sau khi quý vị chi trả khoản khấu trừ của mình, nếu có) (Tiếp tục)				
Chia sẻ chi phí đặt hàng qua thư (lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày/90 ngày)				
	Được ưu tiên	Tiêu chuẩn	Được ưu tiên	Tiêu chuẩn
Bậc 1 (Thuốc Gốc Được Ưu Tiên- bao gồm các loại thuốc gốc được ưu tiên và có thể bao gồm một số loại Thuốc Biệt Dược.)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 2 (Thuốc Gốc- bao gồm các loại thuốc gốc và có thể bao gồm một số loại Thuốc Biệt Dược.)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Bậc 3 (Thuốc Biệt Dược Được Ưu Tiên- bao gồm các loại Thuốc Biệt Dược được ưu tiên và có thể bao gồm một số loại thuốc gốc.)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Bậc 4 (Thuốc Không Được Ưu Tiên- bao gồm các loại Thuốc Biệt Dược không được ưu tiên và thuốc gốc không được ưu tiên.)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15% Thuốc Biệt Dược: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%

Thuốc Theo Toa Coverage	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121		Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001	
	Được ưu tiên	Tiêu chuẩn	Được ưu tiên	Tiêu chuẩn
Bậc 5 (Bậc Chuyên Biệt- bao gồm Thuốc Biệt Được và thuốc gốc có chi phí cao. Các thuốc ở bậc này không đủ điều kiện cho các trường hợp ngoại lệ dành cho thanh toán ở bậc thấp hơn).	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%
	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Bậc 6 (Thuốc Dành Cho Dịch Vụ Chăm Sóc Chọn Lọc- bao gồm một số loại thuốc gốc và Thuốc Biệt Được thường được sử dụng để điều trị các bệnh trạng mạn tính cụ thể hoặc để phòng ngừa bệnh (vắc-xin).)	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%	Thuốc Gốc: \$0 / \$1.35 / \$3.95 / 15%
	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%	Thuốc Biệt Được: \$0 / \$4.00 / \$9.85 / 15%
Giai đoạn 3: Khoảng Trống Bảo Hiểm				
	Sau tổng chi phí thuốc của quý vị (bao gồm những mục mà chương trình của chúng tôi đã chi trả và những mục mà quý vị đã chi trả) đạt \$4,430, quý vị sẽ không phải chi trả hơn 25% khoản đồng bảo hiểm cho các loại gốc hoặc 25% khoản đồng bảo hiểm cho các Thuốc Biệt Được, cho bất kỳ bậc thuốc nào trong khoảng trống bảo hiểm.		Sau tổng chi phí thuốc của quý vị (bao gồm những mục mà chương trình của chúng tôi đã chi trả và những mục mà quý vị đã chi trả) đạt \$4,430, quý vị sẽ không phải chi trả hơn 25% khoản đồng bảo hiểm cho các loại gốc hoặc 25% khoản đồng bảo hiểm cho các Thuốc Biệt Được, cho bất kỳ bậc thuốc nào trong khoảng trống bảo hiểm.	

Giai đoạn 4: Bảo Hiểm Thảm Họa

	<p>Sau khi chi phí tự trả hàng năm của quý vị cho thuốc (bao gồm những loại thuốc quý vị đã mua qua nhà thuốc bán lẻ và đặt hàng qua đường bưu điện) đạt đến \$7,050, quý vị chi trả phần lớn hơn của:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% khoản đồng bảo hiểm, hoặc • \$3.95 đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm Thuốc Biệt Dược được coi là thuốc gốc) và \$9.85 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác. 	<p>Sau khi chi phí tự trả hàng năm của quý vị cho thuốc (bao gồm những loại thuốc quý vị đã mua qua nhà thuốc bán lẻ và đặt hàng qua đường bưu điện) đạt đến \$7,050, quý vị chi trả phần lớn hơn của:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% khoản đồng bảo hiểm, hoặc • \$3.95 đồng thanh toán cho thuốc gốc (bao gồm Thuốc Biệt Dược được coi là thuốc gốc) và \$9.85 đồng thanh toán cho tất cả các loại thuốc khác.
--	---	---

Chi phí chia sẻ có thể khác nhau tùy theo điểm dịch vụ (đặt hàng qua thư, bán lẻ, Chăm Sóc Dài Hạn (LTC)), truyền dịch tại nhà, dù nhà thuốc có nằm trong mạng lưới hoặc ưu tiên của chúng tôi hay không, hoặc liệu thuốc theo toa có phải là ngắn hạn (lượng thuốc dùng trong 30 ngày) hoặc dài hạn (lượng thuốc dùng trong 90 ngày).

Các Thuốc Bị Loại Trừ:

Chương trình này bao gồm bảo hiểm thuốc nâng cao của một số loại thuốc bị loại trừ. Chỉ thuốc gốc Sildenafil và Vardenafil Bạc 1 mới có giới hạn số lượng là sáu viên mỗi 30 ngày.

Vì các loại thuốc này bị loại trừ khỏi bảo hiểm Phần D theo Medicare nên sẽ không được bao trả theo Trợ Giúp Bổ Sung. Ngoài ra, số tiền quý vị chi trả khi mua thuốc theo toa cho các loại thuốc này sẽ không tính vào tổng chi phí thuốc của quý vị để quý vị hội đủ điều kiện được bao trả cho Giai Đoạn Bảo Hiểm Tai Ương.

Vui lòng xem Danh Mục Thuốc và Chứng Thực Bảo Hiểm để biết chi tiết về bảo hiểm thuốc này.

Phúc Lợi Bổ Sung

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Dịch Vụ Nắn Xương Khớp Medicare bao trả	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Dịch vụ nắn xương khớp định kỳ	\$0 đồng thanh toán ▪ * 24 lần thăm khám mỗi năm	\$0 đồng thanh toán ▪ * 24 lần thăm khám mỗi năm
Dịch Vụ Điều Trị Về Chân (chăm sóc bàn chân) Medicare Bao Trả	\$0 đồng thanh toán ▪ * Giới hạn 24 lần thăm khám mỗi năm	\$0 đồng thanh toán ▪ * Giới hạn 24 lần thăm khám mỗi năm
Dịch Vụ Điều Trị Về Chân Định Kỳ	\$0 đồng thanh toán ▪ 12 lần thăm khám mỗi năm	1st line: \$0 đồng thanh toán ▪ 12 lần thăm khám mỗi năm
	Điều quý vị cần biết: Dịch vụ khám và điều trị bàn chân được cung cấp nếu quý vị bị tổn thương thần kinh liên quan đến tiểu đường và/hoặc đáp ứng một số điều kiện nhất định.	Điều quý vị cần biết: Dịch vụ khám và điều trị bàn chân được cung cấp nếu quý vị bị tổn thương thần kinh liên quan đến tiểu đường và/hoặc đáp ứng một số điều kiện nhất định.
Các Buổi Khám Trực Tuyến	Chương trình của chúng tôi cung cấp 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần quyền tiếp cận trực tuyến đến các bác sĩ có chứng nhận chuyên khoa qua Teladoc để giúp giải quyết nhiều vấn đề/quan ngại về sức khỏe. Các dịch vụ được bảo hiểm bao gồm y tế tổng quát, sức khỏe hành vi, da liễu, và nhiều hơn nữa. Một buổi khám trực tuyến (còn được gọi là một cuộc tư vấn từ xa) là một buổi khám với bác sĩ qua điện thoại hoặc internet bằng điện thoại thông minh, máy tính bảng hoặc máy tính. Một số loại hình thăm khám nhất định có thể yêu cầu đường truyền Internet và một thiết bị có chức năng máy ảnh.	

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc Lợi Bổ Sung

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Cơ quan chăm sóc sức khỏe tại nhà	\$0 đồng thanh toán ▪ *	\$0 đồng thanh toán ▪ *
Bữa Ăn		
Bữa Ăn Sau Điều Trị Bệnh Cấp Tính	\$0 đồng thanh toán cho mỗi bữa ăn sau khi điều trị cấp tính ▪ Điều quý vị cần biết: Quý vị không phải chi trả cho các bữa ăn ngay sau khi điều trị cấp tính tại bệnh viện nội trú để giúp hồi phục với tối đa 3 bữa ăn mỗi ngày cho tối đa 14 ngày.	\$0 đồng thanh toán cho mỗi bữa ăn sau khi điều trị cấp tính ▪ Điều quý vị cần biết: Quý vị không phải chi trả cho các bữa ăn ngay sau khi điều trị cấp tính tại bệnh viện nội trú để giúp hồi phục với tối đa 3 bữa ăn mỗi ngày cho tối đa 14 ngày.
Bữa Ăn Cho Bệnh Nhân Mạn Tính	\$0 đồng thanh toán cho mỗi bữa ăn sau khi điều trị mạn tính ▪ Điều quý vị cần biết: Quý vị không phải thanh toán cho các bữa ăn được giao đến nhà trong chương trình giám sát được thiết kế để các thành viên có bệnh mạn tính chuyển sang thay đổi phong cách sống. Các thành viên nhận 3 bữa ăn mỗi ngày trong tối đa 28 ngày mỗi tháng, tối đa 84 bữa ăn. Có thể nhận phúc lợi này trong tối đa 3 tháng.	\$0 đồng thanh toán cho mỗi bữa ăn sau khi điều trị mạn tính ▪ Điều quý vị cần biết: Quý vị không phải thanh toán cho các bữa ăn được giao đến nhà trong chương trình giám sát được thiết kế để các thành viên có bệnh mạn tính chuyển sang thay đổi phong cách sống. Các thành viên nhận 3 bữa ăn mỗi ngày trong tối đa 28 ngày mỗi tháng, tối đa 84 bữa ăn. Có thể nhận phúc lợi này trong tối đa 3 tháng.

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc Lợi Bổ Sung

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
Thiết Bị/Vật Tư Y Tế		
Thiết bị y tế lâu bền (DME)	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Bộ phận giả	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Vật tư điều trị bệnh tiểu đường	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Giày hoặc miếng lót điều trị bệnh tiểu đường	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Dịch vụ chương trình điều trị opioid	\$0 đồng thanh toán *	\$0 đồng thanh toán *
Các Vật Phẩm Không Kê Toa (OTC)	\$0 đồng thanh toán Tổng phúc lợi tối đa là \$155 mỗi ba tháng Điều quý vị cần biết: Thành viên có thể mua các vật phẩm đủ điều kiện từ các địa điểm tham gia hoặc thông qua danh mục của chương trình để được giao hàng đến tận nhà.	\$0 đồng thanh toán Tổng phúc lợi tối đa là \$125 mỗi ba tháng Điều quý vị cần biết: Thành viên có thể mua các vật phẩm đủ điều kiện từ các địa điểm tham gia hoặc thông qua danh mục của chương trình để được giao hàng đến tận nhà.
Các Chương Trình Sức Khỏe	Để biết danh sách chi tiết các phúc lợi chương trình sức khỏe được cung cấp, vui lòng tham khảo Chứng Thực Bảo Hiểm.	Để biết danh sách chi tiết các phúc lợi chương trình sức khỏe được cung cấp, vui lòng tham khảo Chứng Thực Bảo Hiểm.
Thẻ Dục	\$0 đồng thanh toán Mức bảo hiểm bao gồm: Dụng Cụ Thẻ Dục Theo Dõi Hoạt Động và Thẻ Chất	\$0 đồng thanh toán Mức bảo hiểm bao gồm: Dụng Cụ Thẻ Dục Theo Dõi Hoạt Động và Thẻ Chất

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc Lợi Bổ Sung

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
	<p>Điều quý vị cần biết:</p> <p>Phúc lợi của chương trình này cung cấp tư cách thành viên để PeerFit Move, phúc lợi thẻ dực linh hoạt với phiếu tập hàng tháng để sử dụng cho nhiều phòng tập thẻ dực lớn hơn hoặc phòng tập thẻ dực tại địa phương. Thành viên sẽ có 32 phiếu tập mỗi tháng để sử dụng. Phiếu tập sẽ đủ để bao trả tư cách thành viên phòng tập hàng tháng và/hoặc các lớp phòng tập thẻ dực hoặc bộ dụng cụ thẻ dực tại nhà và video tập luyện.</p>	<p>Điều quý vị cần biết:</p> <p>Phúc lợi của chương trình này cung cấp tư cách thành viên để PeerFit Move, phúc lợi thẻ dực linh hoạt với phiếu tập hàng tháng để sử dụng cho nhiều phòng tập thẻ dực lớn hơn hoặc phòng tập thẻ dực tại địa phương. Thành viên sẽ có 32 phiếu tập mỗi tháng để sử dụng. Phiếu tập sẽ đủ để bao trả tư cách thành viên phòng tập hàng tháng và/hoặc các lớp phòng tập thẻ dực hoặc bộ dụng cụ thẻ dực tại nhà và video tập luyện.</p>
Các buổi tư vấn bổ sung về hút thuốc và bỏ thuốc lá	\$0 đồng thanh toán Giới hạn ở mức 5 lần thăm khám mỗi năm	\$0 đồng thanh toán Giới hạn ở mức 5 lần thăm khám mỗi năm
Khám Sức Khỏe Định Kỳ Hàng Năm Bổ Sung	\$0 đồng thanh toán Điều quý vị cần biết: Chương trình sức khỏe là một cách tuyệt vời để duy trì sức khỏe của quý vị. Cho dù là lần kiểm tra thêm trong năm hoặc quý vị chỉ có thắc mắc đơn giản về sức khỏe, chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp với tư cách là đối tác sức khỏe của quý vị.	\$0 đồng thanh toán Điều quý vị cần biết: Chương trình sức khỏe là một cách tuyệt vời để duy trì sức khỏe của quý vị. Cho dù là lần kiểm tra thêm trong năm hoặc quý vị chỉ có thắc mắc đơn giản về sức khỏe, chúng tôi luôn sẵn sàng trợ giúp với tư cách là đối tác sức khỏe của quý vị.
Đường Dây Y Tá Tư Vấn 24 Giờ	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Thiết bị ứng phó y tế khẩn cấp cá nhân (PERS)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Phúc Lợi Bổ Sung Đặc Biệt cho	Giao hàng tạp hóa: Quý vị chi trả \$0 đồng thanh toán	Thẻ Utility Flex: Quý vị chi trả \$0 đồng thanh toán

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Phúc Lợi Bổ Sung

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H0562, Plan 121	Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) H3561, Plan 001
<p>Bệnh Mạn Tính III (SSBCI) Để đủ điều kiện nhận các phúc lợi này, quý vị phải đáp ứng được các tiêu chí cụ thể, bao gồm một bệnh mạn tính đủ điều kiện và được xác định là có nguy cơ quản lý chăm sóc cao. Để biết danh sách đầy đủ các tiêu chí đủ điều kiện, vui lòng xem Chứng Thực Bảo Hiểm.</p>	<p>Chương trình bao trả tối đa \$50 mỗi tháng để dùng cho các vật phẩm tạp hóa được chương trình phê duyệt. Áp dụng các giới hạn.</p> <p>Robot đồng hành: Quý vị chi trả \$0 đồng thanh toán Bao trả một chú mèo hoặc chó đồng hành tương tác từ một nhà cung cấp có hợp đồng. Áp dụng các giới hạn.</p> <p>Động vật Hỗ trợ Cảm xúc: Quý vị chi trả \$0 đồng thanh toán Giúp bao trả chi phí cho một số vật phẩm nhất định cho dịch vụ động vật được ADA phê duyệt lên đến \$50 mỗi tháng. Áp dụng các giới hạn.</p> <p>Có thể cần giấy giới thiệu *</p>	<p>Chương trình bao trả tối đa \$50 mỗi tháng để giúp bao trả chi phí tiện ích cho ngôi nhà của quý vị. Áp dụng các giới hạn.</p> <p>Có thể cần giấy giới thiệu *</p>

Các dịch vụ có dấu sao () có thể cần được cho phép trước.
Dịch vụ có ô vuông (▪) nghĩa là có thể yêu cầu giấy giới thiệu.*

Tuyên Bố Toàn Diện Bằng Văn Bản về việc Ghi Danh Tiến Cứu

Những phúc lợi được mô tả trong phần Phí Bảo Hiểm và Phúc Lợi trong Tóm Tắt Phúc Lợi được chương trình Medicare Advantage bao trả. Đối với từng phúc lợi được liệt kê dưới đây, quý vị có thể xem những mục được chương trình của chúng tôi bao trả. Phần chi trả của quý vị đối với các dịch vụ được bao trả có thể phụ thuộc vào mức đủ điều kiện Medicaid của quý vị. Phạm vi bảo hiểm của các phúc lợi được mô tả trong Tóm Tắt Phúc Lợi này phụ thuộc vào mức độ đủ điều kiện của Medicaid. Cho dù mức độ đủ điều kiện Medicaid của quý vị là gì, Health Net Amber II Premier (HMO D-SNP) sẽ bao trả những phúc lợi được mô tả trong phần Phí Bảo Hiểm và Phúc Lợi trong Tóm Tắt Phúc Lợi. Nếu quý vị có thắc mắc về tính đủ điều kiện của Medicaid và những phúc lợi mà quý vị được quyền nhận, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí của Medi-Cal theo số 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077).

Nguồn thông tin của chúng tôi về các phúc lợi Medicaid là <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>. Tất cả các dịch vụ được Medicare bao trả đều có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Để biết thông tin mới nhất về bảo hiểm California Medicaid hiện hành, vui lòng truy cập Department of Health Care Services (DHCS) hoặc gọi bộ phận Dịch Vụ Thành Viên để được trợ giúp. Quý vị có thể tìm thấy giải thích chi tiết về các phúc lợi California Medicaid trong Tóm Tắt Dịch Vụ California trực tuyến tại <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>.

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Dịch Vụ Châm Cứu	Dịch Vụ của Bác Sĩ Khác và Dịch Vụ Châm Cứu	Dịch vụ châm cứu sẽ được giới hạn trong việc điều trị thực hiện để ngăn ngừa, thay đổi hoặc làm giảm bớt cảm nhận về cơn đau mạn tính nặng, dai dẳng do một bệnh trạng được ghi nhận chung.	X 1	X 1	X 1	X 1	X 1	X 1
Dịch Vụ Nắn Xương Khớp	Dịch Vụ Nắn Xương Khớp	Các dịch vụ do chuyên viên nắn cột sống cung cấp, trong phạm vi hoạt động chuyên môn được luật pháp California cho phép, được bao trả, trừ khi các dịch vụ đó sẽ bị giới hạn trong phương pháp trị liệu cột sống dưới hình thức nắn chỉnh bằng tay.	X 1	X 1	X 1	X 1	X 1	X 1

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Thẩm tách máu mạn tính	Thẩm tách máu mạn tính	Thủ thuật được sử dụng để điều trị suy thận - chỉ được bao trả như một dịch vụ ngoại trú. Máu được lấy ra khỏi cơ thể thông qua tĩnh mạch và chảy qua máy để lọc các sản phẩm chất thải và chất lỏng dư thừa từ máu. Sau đó máu "được làm sạch" sẽ trở lại cơ thể. Mạn tính nghĩa là thủ thuật này được thực hiện thường xuyên. Cần có sự cho phép trước khi các trung tâm thẩm tách thận hoặc các đơn vị thẩm tách máu cộng đồng cung cấp dịch vụ.	X	X	X	X	X	X
Dịch Vụ Dành Cho Người Lớn Tại Cộng Đồng (CBAS)		Dịch vụ trọn gói CBAS: Một chương trình dịch vụ tại cơ sở dành cho bệnh nhân ngoại trú cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn, dịch vụ xã hội, trị liệu, chăm sóc cá nhân, đào tạo và hỗ trợ gia đình/người chăm sóc, bữa ăn và phương tiện đi lại cho những người thụ hưởng Medi-Cal đủ điều kiện. Dịch Vụ Từng Phần CBAS: Các đơn vị thành phần của dịch vụ trung tâm CBAS được cung cấp bên ngoài trung tâm, trong một số điều kiện nhất định, như quy định tại đoạn 94.	X	X	X	X	X	X

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Quản Lý Hồ Sơ Nâng Cao (ECM) như được định nghĩa trong đoạn 95		Một dịch vụ bao gồm các dịch vụ “Quản Lý Hồ Sơ Phức Tạp” và “Lập Kế Hoạch Tập Trung Vào Cá Nhân”, bao gồm việc kết hợp nhu cầu cá nhân của người thụ hưởng với các dịch vụ và hỗ trợ chăm sóc dài hạn cần thiết.	X	X	X	X	X	X
Mắt Kính, Kính Áp Tròng, Thiết Bị Hỗ Trợ Thị Lực Kém, Mắt Giả và Thiết Bị Dành Cho Mắt Khác	Mắt Kính, Kính Áp Tròng, Thiết Bị Hỗ Trợ Thị Lực Kém, Mắt Giả và Thiết Bị Dành Cho Mắt Khác	Dụng cụ dùng cho mắt được bao trả theo giấy kê đơn của bác sĩ hoặc kỹ thuật viên đo mắt.	X1,3	X1,3	X1,3	X1,3	X1,3	X1,3
Federally Qualified Health Centers (FQHC) (chỉ dịch vụ được Medi-Cal bao trả)	FQHC	Pháp nhân được định nghĩa trong Mục 1905 của Luật An Sinh Xã Hội (42 Bộ Luật Hoa Kỳ Mục 1396d(l)(2)(B)).	X	X	X	X	X	X
Thiết Bị Trợ Thính	Thiết Bị Trợ Thính	Thiết bị trợ thính chỉ được bao trả khi thiết bị được nhà thuốc phân phối thiết bị trợ thính cung cấp theo đơn thuốc của bác sĩ tai-mũi-họng, hoặc bác sĩ thăm khám nếu không có bác sĩ tai-mũi-họng trong cộng đồng, cùng với bản đánh giá khả năng nghe, bao gồm cả bản đánh giá chức năng trợ thính phải được thực hiện bởi hoặc dưới sự giám sát của bác sĩ nói trên hay chuyên viên thính học được cấp phép.	X	X	X	X	X	X

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Indian Health Services (chỉ dịch vụ được Medi- Cal bao trả)		Người Mỹ bản xứ nghĩa là bất kỳ người nào đủ điều kiện theo luật và quy định liên bang (25 U.S.C. Mục 1603c, 1679b và 1680c) và bao trả các dịch vụ y tế được Sở Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Mỹ bản xứ cung cấp trực tiếp hoặc được cung cấp từ một chương trình sức khỏe dành cho Người Mỹ bản xứ do Dịch Vụ Y Tế dành cho Người Mỹ bản xứ tài trợ để cung cấp dịch vụ sức khỏe cho các cá nhân đủ điều kiện trực tiếp hoặc theo hợp đồng.	X	X	X	X	X	X
Các Dịch Vụ Miễn Trừ Chăm Sóc Y Tế Tại Nhà và Các Dịch Vụ Miễn Trừ Tại Cơ Sở Điều Dưỡng		Các dịch vụ miễn trừ chăm sóc y tế tại nhà và các dịch vụ miễn trừ tại cơ sở điều dưỡng được bao trả khi được bác sĩ chỉ định và được cung cấp tại nơi cư trú của người thụ hưởng phù hợp với kế hoạch điều trị bằng văn bản, thể hiện nhu cầu về các dịch vụ miễn trừ chăm sóc y tế tại nhà hoặc các dịch vụ miễn trừ tại cơ sở điều dưỡng và theo thỏa thuận bằng văn bản giữa Sở và nhà cung cấp dịch vụ.	X	X	X	X	X	X
Dịch Vụ Cơ Sở Chăm Sóc trung gian cho Người Khuyết Tật Chậm Phát Triển	Dịch Vụ Cơ Sở Chăm Sóc trung gian cho Người Khuyết Tật Chậm Phát Triển	Các dịch vụ của cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người khuyết tật chậm phát triển được bao trả theo sự cho phép trước của Sở. Giấy cho phép có thể được cấp tối đa lên đến sáu tháng. Yêu cầu cho phép sẽ được cơ sở thực hiện. Bác sĩ điều trị sẽ ký yêu cầu cho phép và xác nhận với Sở là người thụ hưởng yêu cầu cấp độ chăm sóc này	X 5	X5	X	X5	X 5	X5

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Các Dịch Vụ Của Cơ Sở Chăm Sóc trung gian dành cho Người Khuyết Tật Chậm Phát Triển	Các Dịch Vụ Của Cơ Sở Chăm Sóc trung gian dành cho Người Khuyết Tật Chậm Phát Triển	<p>Các dịch vụ của cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người khuyết tật chậm phát triển (ICF-DDH) được bao trả theo sự cho phép trước của Bộ Y Tế dành cho cấp độ chăm sóc ICF-DDH. Giấy cho phép có thể được cấp tối đa lên đến sáu tháng. Các yêu cầu cho phép trước khi nhập viện ICF-DDH hoặc để tiếp tục các dịch vụ sẽ do cơ sở cấp dựa trên các biểu mẫu do Sở chỉ định.</p> <p>Tài liệu chứng nhận do Sở Dịch vụ Phát triển (DDS) yêu cầu phải do nhân viên trung tâm khu vực hoàn thành và nộp cùng với biểu mẫu Yêu Cầu Cho Phép Điều Trị. Bác sĩ điều trị sẽ ký vào biểu mẫu Yêu Cầu Cho Phép Điều Trị và sẽ xác nhận với Sở là người thụ hưởng yêu cầu cấp độ chăm sóc này.</p>	X 5	X5	X	X5	X 5	X5
Dịch Vụ tại Cơ Sở Chăm Sóc Trung Gian dành cho Người Khuyết Tật Chậm Phát Triển tại Cơ Sở Điều Dưỡng.		<p>Các dịch vụ của cơ sở chăm sóc trung gian dành cho người khuyết tật chậm phát triển tại cơ sở điều dưỡng (ICF/DD-N) được bao trả theo sự cho phép trước của Sở dành cho cấp độ chăm sóc ICF/DD-N. Giấy cho phép có thể được cấp tối đa lên đến sáu tháng. Các yêu cầu cho phép trước khi nhập viện ICF/DD-N hoặc để tiếp tục các dịch vụ sẽ do cơ sở cấp dựa trên các biểu mẫu Giấy Phép Dịch Vụ</p>	X 5	X5	X	X5	X 5	X5

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
		Chương Trình Điều Trị Đặc Biệt (HS 231). Tài liệu chứng nhận do Department of Developmental Services yêu cầu phải do nhân viên trung tâm khu vực hoàn thành và nộp cùng với biểu mẫu Yêu Cầu Cho Phép Điều Trị. Bác sĩ điều trị sẽ ký yêu cầu biểu mẫu Yêu Cầu Cho Phép Điều Trị và xác nhận với Sở là người thụ hưởng yêu cầu cấp độ chăm sóc này.						
Dịch Vụ Chăm Sóc Trung Gian	Dịch Vụ Chăm Sóc Trung Gian	Các dịch vụ chăm sóc trung gian chỉ được bao trả sau khi có sự cho phép trước từ chuyên gia tư vấn Medi-Cal được chỉ định cho quận mà cơ sở đặt trụ sở. Yêu cầu cho phép sẽ được cơ sở thực hiện. Bác sĩ điều trị sẽ ký yêu cầu cho phép và xác nhận với Sở là người thụ hưởng yêu cầu cấp độ chăm sóc này.	X 5	X5	X	X5	X 5	X5
Dịch vụ của Cơ sở Giáo dục Địa phương (LEA)	Cơ Sở Giáo Dục Địa Phương Medi- Cal Dịch Vụ Chương Trình Tùy Chọn Thanh Toán	Đánh giá sức khỏe và sức khỏe tâm thần LEA và các dịch vụ giáo dục sức khỏe và sức khỏe tâm thần, bao gồm bất kỳ hoặc tất cả các dịch vụ sau: (A) Đánh giá dinh dưỡng và giáo dục dinh dưỡng bao gồm đánh giá và giáo dục dinh dưỡng ngoài lớp học được cung cấp cho người thụ hưởng đủ điều kiện LEA dựa trên kết quả đánh giá sức khỏe dinh dưỡng (chế độ ăn uống, cách ăn uống, giá trị phòng thí nghiệm và tăng trưởng),						

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
		<p>(B) Đánh giá thị lực, bao gồm kiểm tra độ tinh mắt tại điểm xa được thực hiện bằng Xét nghiệm Snellen, (C) Đánh giá thính lực, bao gồm kiểm tra khiếm thính giác lực bằng tiêu chí có nguy cơ gặp rủi ro và các kỹ thuật sàng lọc thích hợp như được định nghĩa trong Điều 17, Bộ Quy Tắc Điều Lệ của California, Mục 2951(c), (D) Đánh giá phát triển, bao gồm kiểm tra mức độ phát triển bằng cách xem xét thành tích phát triển so với các tiêu chuẩn dự kiến về độ tuổi và nền tảng gia đình, (E) Đánh giá tình trạng tâm lý xã hội, bao gồm đánh giá chức năng nhận thức, tình cảm, xã hội và hành vi và tự nhận thức thông qua các bài kiểm tra, phỏng vấn và đánh giá hành vi và (F) Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn dự đoán phù hợp với độ tuổi và tình trạng sức khỏe, bao gồm giáo dục sức khỏe ngoài lớp học và hướng dẫn dự đoán dựa trên giáo dục sức khỏe phù hợp với độ tuổi và sự phát triển.</p>						
<p>Dịch Vụ Vận Chuyển Y Tế</p>	<p>Vận Chuyển - Dịch Vụ Vận Chuyển Y Tế</p>	<p>Bao trả dịch vụ vận chuyển y tế bằng xe cấp cứu, xe cứu thương, xe cứu thương cho người ngồi xe lăn được bao trả khi việc đi lại bằng phương tiện chuyên chở riêng hoặc công cộng thông thường bị cấm dưới góc độ y khoa do tình trạng thể chất và y tế của người thụ hưởng và việc sử dụng phương tiện cứu thương là bắt buộc nhằm mục đích có được sự chăm sóc y tế cần thiết.</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Dịch Vụ Đo Thị Lực	Dịch Vụ Đo Thị Lực	Bao trả các lần thăm khám mắt và đơn kê kính thuốc. Các dịch vụ khác không được bao trả.	X	X	X	X	X	X
Sức Khỏe Tâm Thần Ngoại Trú	Sức Khỏe Tâm Thần Ngoại Trú	<p>Các dịch vụ được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép thực hiện trong phạm vi giấy phép dành cho người lớn và trẻ em được chẩn đoán mắc bệnh tâm thần như được xác định trong Sổ Tay Chẩn Đoán và Thống Kê về Rối Loạn Tâm Thần (DSM), từ nhẹ đến trung bình, suy yếu chức năng tâm thần, cảm xúc hoặc hành vi. Dịch vụ bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Đánh giá và điều trị sức khỏe tâm thần của cá nhân và theo nhóm (trị liệu tâm lý) • Kiểm tra tâm lý khi đã có chỉ định về mặt lâm sàng để đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần • Dịch Vụ Ngoại Trú dành cho mục đích theo dõi liệu pháp điều trị bằng thuốc • Xét nghiệm, thuốc, vật tư và thực phẩm chức năng ngoại trú • Sàng Lọc và Can Thiệp Ngắn (SBI) • Tư vấn tâm thần dành cho quản lý thuốc 	X2	X2	X2	X2	X2	X2

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Dịch Vụ Phòng Khám Ngoại Trú Có Tổ Chức Khám bệnh ngoại trú Dịch vụ	Dịch vụ phòng khám và Dịch Vụ Phòng Khám Ngoại Trú Có Tổ Chức	Các dịch vụ miễn trừ chăm sóc y tế tại nhà và các dịch vụ miễn trừ tại cơ sở điều dưỡng được bao trả khi được bác sĩ chỉ định và được cung cấp tại nơi cư trú của người thụ hưởng phù hợp với kế hoạch điều trị bằng văn bản, thể hiện nhu cầu về các dịch vụ miễn trừ chăm sóc y tế tại nhà hoặc các dịch vụ miễn trừ tại cơ sở điều dưỡng và theo thỏa thuận bằng văn bản giữa Sở và nhà cung cấp dịch vụ.	X	X	X	X	X	X
Dịch Vụ Dược Phẩm và Thuốc Theo Toa	Dịch Vụ Dược Phẩm và Thuốc Theo Toa	Bao trả thuốc, kể cả thuốc theo toa và không theo toa, và tổng mức dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa do bác sĩ có giấy phép cung cấp.	X	X	X	X	X	X
Dịch Vụ của Bác Sĩ	Dịch Vụ của Bác Sĩ	Bao gồm chăm sóc chính, dịch vụ ngoại trú và dịch vụ được cung cấp trong thời gian lưu trú tại bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng cho các dịch vụ y tế cần thiết. Có thể bao trả các dịch vụ sức khỏe tâm thần hạn chế khi được bác sĩ cung cấp và các điều trị dị ứng hạn chế.	X	X	X	X	X	X

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
Dịch Vụ Điều Trị Về Chân	Dịch Vụ của Bác Sĩ Khác và Dịch Vụ của Bác Sĩ Chuyên Khoa Về Chân	Các lần thăm khám tại phòng khám được bao trả nếu cần thiết về mặt y tế. Tất cả các dịch vụ khác dành cho bệnh nhân ngoại trú đều phải được cho phép trước và bị giới hạn trong các dịch vụ y tế và phẫu thuật cần thiết nhằm chữa trị các tình trạng rối loạn chức năng của bàn chân, mắt cá hoặc gân chân xuất phát từ hoặc làm trầm trọng thêm các chứng bệnh kinh niên hoặc các tình trạng làm suy yếu đáng kể khả năng đi lại. Các dịch vụ được thực hiện trong tình huống cấp cứu không cần cho phép trước.	X1	X1	X1	X1	X1	X1
Thiết Bị Chỉnh Hình và Phục Hình	Thiết Bị Chỉnh Hình và Phục Hình	Tất cả các thiết bị chỉnh hình và phục hình cần thiết để phục hồi chức năng hoặc thay thế các bộ phận cơ thể theo chỉ định của bác sĩ được cấp phép, bác sĩ chuyên khoa về chân hoặc nha sĩ, trong phạm vi được cấp phép của họ, đều được bao trả khi được cung cấp bởi bác sĩ chỉnh hình, bác sĩ phục hình hoặc bác sĩ được cấp phép tương ứng	X	X	X	X	X	X
Thuốc trị liệu tâm lý	Dịch vụ không được bao trả trong Chương Trình Tiểu Bang	S. Thuốc trị liệu tâm lý được liệt kê trong Sổ Tay Nhà cung cấp Medi-Cal			X 8			

Dịch Vụ	Hạng Mục Dịch Vụ của Chương Trình theo Tiểu Bang	Định Nghĩa	GMC	Two-Plan	COHS	Khu vực	Imperia	San Benito
<p>Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Chuyên Biệt tại Cơ Sở</p> <p>Điều Dưỡng Chuyên Môn và Cơ Sở Chăm Sóc Trung Gian</p>	<p>Dịch Vụ Phục Hồi Chức Năng Chuyên Biệt</p>	<p>Các dịch vụ phục hồi chức năng chuyên biệt sẽ được bao trả. Dịch vụ đó sẽ bao gồm việc tiếp tục cần thiết về mặt y tế của các dịch vụ điều trị được bắt đầu tại bệnh viện hoặc liệu pháp tăng cường ngắn hạn được mong đợi để tạo ra phục hồi chức năng dẫn đến (1) cấp độ tự chăm sóc cao hơn và xuất viện về nhà hoặc (2) cấp độ chăm sóc thấp hơn.</p> <p>Dịch vụ phục hồi chức năng chuyên biệt sẽ được bao trả.</p>	X5	X5	X5	X5	X5	X5

THỰC HÀNH VỀ QUYỀN RIÊNG TƯ:

Sau khi quý vị trở thành thành viên Health Net, Health Net sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của thành viên và thông tin tài chính cá nhân không công khai* vì mục đích điều trị, thanh toán, hoạt động chăm sóc sức khỏe và khi được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu. Health Net cung cấp cho thành viên Thông Báo Thực Hành về Quyền Riêng Tư, mô tả cách thức sử dụng và tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ; quyền truy cập của cá nhân, yêu cầu sửa đổi, hạn chế và công bố thông tin sức khỏe được bảo vệ; và quy trình nộp đơn khiếu nại. Health Net sẽ cung cấp cho quý vị cơ hội chấp thuận hoặc từ chối việc công bố thông tin của mình cho các thông cáo báo chí không định kỳ như tiếp thị. Health Net cung cấp quyền truy cập cho thành viên để kiểm tra hoặc nhận bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ của thành viên trong các bộ hồ sơ được chỉ định do Health Net duy trì. Health Net bảo vệ thông tin bằng miệng, bằng văn bản và điện tử trong toàn tổ chức bằng cách sử dụng các biện pháp bảo mật hợp lý và thích hợp. Các biện pháp bảo vệ này bao gồm giới hạn quyền truy cập vào thông tin sức khỏe được bảo vệ của cá nhân chỉ với những người cần biết để thực hiện thanh toán, xử lý, các hoạt động chăm sóc sức khỏe hoặc khi được pháp luật cho phép hoặc yêu cầu. Toàn bộ Thông Báo Thực Hành về Quyền Riêng Tư của Health Net có thể được tìm thấy tại HYPERLINK "<http://ca.healthnetadvantage.com/>" ca.healthnetadvantage.com dưới phần “Quyền Riêng Tư” hoặc quý vị có thể gọi cho Trung Tâm Liên Hệ Khách Hàng theo số điện thoại ở bìa sau của tập sách này để nhận một bản sao.

**Thông tin tài chính cá nhân không công khai bao gồm thông tin tài chính có thể nhận dạng cá nhân mà quý vị đã cung cấp cho chúng tôi để được bảo hiểm y tế hoặc chúng tôi thu thập khi cung cấp lợi ích cho quý vị. Ví dụ như số an sinh xã hội, số dư tài khoản và lịch sử thanh toán. Chúng tôi không tiết lộ bất kỳ thông tin cá nhân không công khai nào về quý vị cho bất kỳ ai, trừ khi được pháp luật cho phép.*

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.

Chúng Ta Chỉ Cách Nhau Một Cuộc Điện Thoại

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

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

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/NE

NEVADA

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

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

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

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/healthnetOR

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥️ Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥️ Hoặc truy cập www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥️ Hoặc truy cập www.wellcare.com/healthnetOR

TTY CHO TẤT CẢ CÁC BANG: 711

GIỜ LÀM VIỆC

📅 Ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai–Chủ Nhật, 8:00 sáng đến 8:00 tối

📅 Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: Thứ Hai–Thứ Sáu, 8:00 sáng đến 8:00 tối

Danh Sách Kiểm Tra Trước Khi Ghi Danh

Trước khi đưa ra quyết định ghi danh, điều quan trọng là quý vị cần hiểu rõ những phúc lợi và quy tắc của chúng tôi. Nếu có bất kỳ câu hỏi nào, quý vị có thể gọi điện và trò chuyện với đại diện dịch vụ khách hàng theo số 1-866-277-6583 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối.

Hiểu Rõ Phúc Lợi

- Xem lại danh sách phúc lợi đầy đủ trong *Chứng Thực Bảo Hiểm* (EOC), đặc biệt cho những dịch vụ mà quý vị thường xuyên khám bác sĩ. Truy cập www.wellcare.com/healthnetCA hoặc gọi 1-866-277-6583 (TTY: 711) để xem bản sao EOC.
- Xem lại danh mục nhà cung cấp (hoặc hỏi bác sĩ của quý vị) để chắc chắn các bác sĩ quý vị thăm khám đang nằm trong mạng lưới. Nếu họ không nằm trong danh mục, điều đó nghĩa là quý vị sẽ phải chọn bác sĩ mới.
- Xem lại danh mục nhà thuốc để chắc chắn nhà thuốc quý vị sử dụng cho mọi thuốc theo toa nằm trong mạng lưới. Nếu nhà thuốc không nằm trong danh mục, quý vị sẽ phải chọn nhà thuốc mới cho thuốc theo toa của mình.

Hiểu Rõ Các Quy Tắc Quan Trọng

- **Đối với các chương trình có phí bảo hiểm (Không áp dụng cho các chương trình không có phí bảo hiểm):** Ngoài phí bảo hiểm chương trình hàng tháng, quý vị phải tiếp tục chi trả phí bảo hiểm Medicare Phần B của mình. Phí bảo hiểm này thường được khấu trừ từ séc An Sinh Xã Hội của quý vị mỗi tháng.
- Phúc lợi, phí bảo hiểm và/hoặc khoản đồng thanh toán/đồng bảo hiểm có thể thay đổi vào ngày 1 tháng 1 năm 2023.
- **Chỉ dành cho chương trình HMO:** Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, chúng tôi sẽ không bao trả dịch vụ của các nhà cung cấp ngoài mạng lưới (các bác sĩ không nằm trong danh mục nhà cung cấp).
- **Chỉ dành cho các chương trình PPO và PFFS:** Chương trình của chúng tôi cho phép quý vị đến khám các nhà cung cấp bên ngoài mạng lưới của chúng tôi (nhà cung cấp không có hợp đồng). Tuy nhiên, mặc dù chúng tôi sẽ thanh toán cho các dịch vụ được bao trả do nhà cung cấp không có hợp đồng cung cấp, nhưng nhà cung cấp đó phải đồng ý điều trị cho quý vị. Ngoại trừ trường hợp cấp cứu hoặc khẩn cấp, các nhà cung cấp không có hợp đồng có thể từ chối chăm sóc. Ngoài ra, quý vị sẽ trả khoản đồng thanh toán cao hơn cho các dịch vụ nhận được từ các nhà cung cấp không có hợp đồng.
- **Chỉ dành cho chương trình C-SNP:** Chương trình này là chương trình dành cho người có nhu cầu đặc biệt bị bệnh mạn tính (C-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh quý vị có mắc bệnh mạn tính nghiêm trọng hay tình trạng khuyết tật mạn tính cụ thể hội đủ điều kiện không.
- **Chỉ dành cho chương trình D-SNP:** Chương trình này là chương trình dành cho người có nhu cầu đặc biệt đủ điều kiện kép (D-SNP). Khả năng ghi danh của quý vị sẽ dựa trên việc xác minh quý vị có quyền được hưởng cả hỗ trợ Medicare và hỗ trợ y tế từ chương trình của tiểu bang theo Medicaid không. D-SNP có thể cung cấp thêm thông tin nếu họ áp đặt các giới hạn cho các hạng mục đủ điều kiện Medicaid cụ thể.

Liên Hệ với Chúng Tôi

Để biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với chúng tôi:

Qua điện thoại

Gọi miễn phí theo số 1-866-277-6583 (TTY 711). Nhân viên được cấp phép sẽ trả lời cuộc gọi của quý vị.

Giờ Làm Việc

Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Chủ Nhật, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện làm việc từ Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8:00 sáng đến 8:00 tối.

Trực tuyến www.wellcare.com/healthnetCA

Chúng tôi luôn đồng hành cùng thành viên của mình trên mọi hành trình.

Centene, Inc. là chương trình HMO, PPO, PFFS, PDP có hợp đồng với Medicare và là một Nhà Tài Trợ Phần D được phê duyệt. Các chương trình D-SNP của chúng tôi có hợp đồng với chương trình Medicaid của tiểu bang. Việc ghi danh vào chương trình tùy thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.