



2022 年 福利要點

California

Wellcare Assist (HMO)

H0562 | 127

Wellcare Plus Sapphire II (HMO)

H3561 | 002

Wellcare Plus Sapphire I (HMO)

H0562 | 122

我們知道擁有值得您信賴的健康計劃非常重要。

這是 Wellcare Assist (HMO)、Wellcare Plus Sapphire II (HMO) 和 Wellcare Plus Sapphire I (HMO) 在 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日所承保的藥物與健康服務摘要。

本手冊概述我們承保的內容，以及分攤費用責任。文中並未列出每項服務、限制或排除項目。完整服務清單於計劃的承保證明 (EOC) 中提供。您可在我們的網站上找到承保證明，網址是 www.wellcare.com/healthnetca。或您可使用列於封底的電話號碼聯絡我們以索取副本。

誰可以加入？

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

我們的計劃和服務區域：

H0562127000 Wellcare Assist (HMO) 涵蓋 California 的下列郡縣：Amador、Contra Costa、Fresno、Madera 和 Santa Clara。

H3561002000 Wellcare Plus Sapphire II (HMO) 涵蓋 California 的下列郡縣：Alameda、Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare。

H0562122000 Wellcare Plus Sapphire I (HMO) 涵蓋 California 的下列郡縣：Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Stanislaus。

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

健康維護組織 (HMO) 是由保險提供者搭配簽約醫療保健提供者和機構組成之網絡所提供的醫療保健計劃。一般而言，HMO 會要求會員選擇一位主治醫生 (PCP) 來協調照護，如果您需要專科醫師，PCP 同樣會選擇我們網絡內的專科醫師。

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

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

我可以接受哪些醫生、醫院及藥房提供的服務？Wellcare Assist (HMO)、Wellcare Plus Sapphire II (HMO) 和 Wellcare Plus Sapphire I (HMO) 擁有由醫生、醫院、藥房及其他服務提供者組成的網絡。您可以使用我們的首選郵購藥房和計劃網絡內的服務提供者以節省費用。在一些計劃中，如果您使用不在我們網絡中的服務提供者，您的承保服務費用的分攤可能較高。

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

如需更多資訊，請致電 1-866-277-6583 (TTY 使用者請致電 711) 聯絡我們。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點請造訪我們的網站：www.wellcare.com/healthnetCA。

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562，計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561，計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562，計劃 122
服務區域	<p>我們的計劃和服務區域：</p> <p>H0562127000 Wellcare Assist (HMO) 涵蓋 California 的下列郡縣：Amador、Contra Costa、Fresno、Madera 和 Santa Clara。</p> <p>H3561002000 Wellcare Plus Sapphire II (HMO) 涵蓋 California 的下列郡縣：Alameda、Fresno、Imperial、Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Francisco 和 Tulare。</p> <p>H0562122000 Wellcare Plus Sapphire I (HMO) 涵蓋 California 的下列郡縣：Kern、Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、Santa Clara 和 Stanislaus。</p>		
月計劃保費 您必須繼續支付 Medicare B 部分保費。	\$27.90	\$33.20	\$33.20
自付額	無自付額	無自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包含處方藥)	每年 \$4,500 這是您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金年度上限。	每年 \$3,450 這是您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金年度上限。	每年 \$3,450 這是您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金年度上限。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (▪) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
住院照護承保	每次住院，您支付： 第 1 天至第 4 天，每天 \$350 共付額 第 5 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 第 91 天以後，每天 \$0 共付額 ■ *	每次住院，您支付： 第 1 天至第 90 天，每次留院共付額 \$2,200 ■ *	每次住院，您支付： 第 1 天至第 90 天，每次留院共付額 \$2,524 ■ *
門診醫院承保 門診醫院服務	外科和非外科服務，\$275 共付額 ■ *	外科和非外科服務，20% 共同保險金 ■ *	外科和非外科手術服務，20% 共同保險金 ■ *
門診醫院觀察服務	當您透過緊急病房進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$90 ○ 當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$275 ○ *	當您透過緊急病房進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$120 ○ 當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務為 20% 共同保險金。 ○ ■ *	當您透過緊急病房進入觀察狀態時，門診觀察服務共付額為 \$120 ○ 當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務為 20% 共同保險金。 ○ *
門診外科中心 (ASC)	\$125 共付額 ■ *	20% 共同保險金 ■ *	20% 共同保險金 ■ *
醫生門診 主治醫生	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
專科醫療	\$5 共付額 ■ *	\$0 共付額 ■ *	\$0 共付額 ■ *

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
預防性照護 (例如, 年度保健就診、骨質密度測量、乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)、心血管篩檢、子宮頸癌及陰道癌篩檢、結直腸癌篩檢、糖尿病篩檢、B 型肝炎病毒篩檢、攝護腺癌篩檢 (PSA)、疫苗 (包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗))	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
急診照護	\$90 共付額 如果您在 24 小時內住院, 則免付共付額。	\$120 共付額 如果您在 24 小時內就住院, 則免付共付額。	\$120 共付額 如果您在 24 小時內就住院, 則免付共付額。
全球急診承保	\$90 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。急診室或急診醫院住院以外的照護沒有在全球承保內。若是因全球急診服務而住院, 則不會免除共付額。	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。急診室或急診醫院住院以外的照護沒有在全球承保內。若是因全球急診服務而住院, 則不會免除共付額。	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。急診室或急診醫院住院以外的照護沒有在全球承保內。若是因全球急診服務而住院, 則不會免除共付額。

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562，計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561，計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562，計劃 122
緊急需求服務	\$0 共付額	\$65 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。	\$65 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。
全球急需照護承保	\$90 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。若是因全球緊急需求服務而住院，則不會免除共付額。	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。若是因全球緊急需求服務而住院，則不會免除共付額。	\$120 共付額 全球急診和全球緊急需求服務的計劃承保上限為 \$50,000。若是因全球緊急需求服務而住院，則不會免除共付額。
診斷性服務/化驗/成像	在任何地點進行的 COVID-19 檢測和指定的檢測相關服務都是 \$0。	在任何地點進行的 COVID-19 檢測和指定的檢測相關服務都是 \$0。	在任何地點進行的 COVID-19 檢測和指定的檢測相關服務都是 \$0。
化驗服務	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
診斷性檢查和程序	\$0 共付額 *	為診斷患有 COPD 的會員提供之每項由 Medicare 承保的肺活量測試的共付額為 \$0。在進行結腸鏡檢查時移除異常組織及/或息肉作為結直腸癌預防性篩檢的共付額為 \$0。所有其他 Medicare 承保之診斷性程序與測試的共同保險金比例為 20%。 *	為診斷患有 COPD 的會員提供之每項由 Medicare 承保的肺活量測試的共付額為 \$0。在進行結腸鏡檢查時移除異常組織及/或息肉作為結直腸癌預防性篩檢的共付額為 \$0。所有其他 Medicare 承保之診斷性程序與測試的共同保險金比例為 20%。 *
門診 X 光檢查	\$0 共付額 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *
診斷性放射服務 (如：MRI、CAT 掃描)	DEXA 掃描的共付額為 \$0。 診斷性乳房 X 光檢查的共付額為 \$0。 所有其他診斷性放射服務的共付額為 \$275。 ▪ *	20% 共同保險金，Medicare 承保的診斷性放射服務。 ▪ *	20% 共同保險金，Medicare 承保的診斷性放射服務。 ▪ *

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
治療放射學	20% 共同保險金 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *
聽力服務 聽力檢查 Medicare 承保項目	\$5 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
例行性聽力檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查
助聽器 助聽器選配/評估	\$0 共付額 * 每年 1 次 選配/ 評估	\$0 共付額 * 每年 1 次 選配/ 評估	\$0 共付額 * 每年 1 次 選配/ 評估
助聽器費用	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$1,000。 \$0 共付額 *	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$2,000。 \$0 共付額 *	雙耳助聽器的合併費用每年最高 \$1,500。 \$0 共付額 *
所有類型	每年限 2 個助聽器	每年限 2 個助聽器	每年限 2 個助聽器

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562，計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561，計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562，計劃 122
其他聽力資訊	您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者訂購這些檢查以確定您是否需要醫療治療，Medicare 將承保診斷聽力和平衡檢查。	您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者訂購這些檢查以確定您是否需要醫療治療，Medicare 將承保診斷聽力和平衡檢查。	您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者訂購這些檢查以確定您是否需要醫療治療，Medicare 將承保診斷聽力和平衡檢查。
牙科服務			
預防性服務	\$0 共付額 * 每年 2 次 洗牙 1 次牙科 X 光檢查 每 12 至 36 個月 每年 2 次口腔檢查	\$0 共付額 * 每年 2 次 洗牙 1 次牙科 X 光檢查 每年 每年 2 次口腔檢查	<u>不在承保範圍內</u>
氟化處理	\$0 共付額 * 每年 1 次	\$0 共付額 * 每年 1 次	<u>不在承保範圍內</u>
綜合性服務 Medicare 承保	每項 Medicare 承保服務，\$5 共付額。 *	每項 Medicare 承保服務，\$0 共付額。 *	每項 Medicare 承保服務，\$0 共付額。 *

標示星號(*)的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊(▪)的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
診斷性服務	20% 共同保險金 * 每年 1 次 診斷性服務	\$0 - \$15 共付額 * 每年 無限次 診斷性服務	\$0 共付額 * 每年 無限次 診斷性服務
修復服務	20% 共同保險金 * 每 12 至 84 個月 1 次 修復服務	\$0 - \$300 共付額 * 無限次 修復服務, 每年	\$0 共付額 * 每 12 至 84 個月 1 次 修復服務

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
根管治療/牙周病治療/拔牙	20% 共同保險金* 每顆牙齒 1 次根管治療服務 每 6 至 36 個月 1 次牙周病治療服務 每顆牙齒 1 次拔牙	\$0 - \$375 共付額* 不限次數的根管治療服務 牙周病治療在連續 12 個月內僅限四次不同的角落。 牙周病維護每連續 12 個月僅限兩次。 牙周病手術在連續 36 個月內，每個角落僅限一次。 不限次數的拔牙	不在承保範圍內
非例行性服務	20% 共同保險金* 每天 至 24 個月 1 次 非例行性服務	\$0 共付額* 無限次 非例行性服務，每年	不在承保範圍內
牙科補綴、其他口腔/顎面手術、其他服務	20% 共同保險金* 每 12 至 84 個月 1 次牙科補綴 每 12 至 60 個月或終生 1 次口腔顎面外科手術	\$0 - \$2,250 共付額* 不限次數的牙科補綴 不限次數的口腔顎面外科手術 不限次數的其他服務	\$0 共付額*

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
其他牙科資訊	您應該要知道： 此計劃承保的範圍包括預防性和綜合性服務，最高可達 \$1,000。		您應該要知道： 此計劃承保的範圍包括預防性和綜合性服務，最高可達 \$1,000。
視力服務 眼科檢查 Medicare 承保項目	\$0 共付額 (Medicare 承保的糖尿病視網膜病篩檢) \$5 共付額 (所有其他 Medicare 承保的眼部檢查) *	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
常規眼科檢查 (屈光)	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查
青光眼篩檢	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額。 ▪	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額。 ▪	每項 Medicare 承保服務， \$0 共付額。 ▪
眼鏡 Medicare 承保的	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
常規眼鏡 隱形眼鏡/眼鏡 (鏡片與鏡框)/眼鏡鏡框 眼鏡費用	每年不限副數的隱形眼鏡，\$0 共付額 每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) * 每年最高 \$200 的合併費用。	每年不限副數的隱形眼鏡，\$0 共付額 每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) * 每年最高 \$400 的合併費用	每年不限副數的隱形眼鏡，\$0 共付額 每年不限副數的眼鏡 (鏡片和/或鏡框) * 每年最高 \$400 的合併費用

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562，計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561，計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562，計劃 122
心理健康服務 住院門診	每次住院， 您支付： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 天至第 4 天，每天 \$350 共付額 • 第 5 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 *	每次住院， 您支付： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 天至第 15 天，每天 \$90 共付額 • 第 16 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 *	每次住院， 您支付： <ul style="list-style-type: none"> • 第 1 天至第 15 天，每天 \$90 共付額 • 第 16 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 *
個人治療門診	\$25 共付額 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
團體治療門診	\$25 共付額 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
專業護理機構 (SNF)	針對每個福利期，您支付： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天，每天 \$0 共付額 第 21 天至第 100 天，每天 \$188 共付額 *	針對每個福利期，您支付： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天，每天 \$0 共付額 第 21 天至第 100 天，每天 \$184 共付額 *	針對每個福利期，您支付： <ul style="list-style-type: none"> 第 1 天至第 20 天，每天 \$0 共付額 第 21 天至第 100 天，每天 \$184 共付額 *
治療和復健服務			
物理治療	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
由職能治療師提供的門診復健服務	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
肺部復健服務	\$0 共付額 ▪	20% 共同保險金 ▪	20% 共同保險金 ▪
救護車			
地面救護車	\$250 共付額 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
空中救護	\$250 共付額 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
交通工具服務	<p>每年最多 24 趟單程運輸，前往計劃核准的健康照護相關地點。可能適用里程數限制。</p> <p>\$0 共付額 (每趟單程運輸) *</p>	<p>每年最多 60 趟單程運輸，前往計劃核准的健康照護相關地點。可能適用里程數限制。</p> <p>\$0 共付額 (每趟單程運輸) *</p>	<p>每年最多 36 趟單程運輸，前往計劃核准的健康照護相關地點。可能適用里程數限制。</p> <p>\$0 共付額 (每趟單程運輸) *</p>

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

福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
	<p>您應該要知道： 維持健康的第一步是看醫生。這就是為什麼我們承保這些前往計劃批准之健康照護服務提供者處的共乘交通。我們希望確保您在需要時可獲得所需照護。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電客戶服務部。可能適用里程數限制。</p>	<p>您應該要知道： 維持健康的第一步是看醫生。這就是為什麼我們承保這些前往計劃批准之健康照護服務提供者處的共乘交通。我們希望確保您在需要時可獲得所需照護。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電客戶服務部。可能適用里程數限制。</p>	<p>您應該要知道： 維持健康的第一步是看醫生。這就是為什麼我們承保這些前往計劃批准之健康照護服務提供者處的共乘交通。我們希望確保您在需要時可獲得所需照護。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電客戶服務部。可能適用里程數限制。</p>
Medicare B 部分藥物			
化療藥物	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
其他 B 部分藥物	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *

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

處方藥承保	Wellcare Assist (HMO) H0562，計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561，計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562，計劃 122
第 1 階段：年度處方自付額			
自付額	\$480，適用層級 2 (副廠藥)、層級 3 (首選原廠藥)、層級 4 (非首選藥物) 以及層級 5 (特殊層級) D 部分處方藥。對於所有其他藥物，您無需支付任何自付額，並可立即開始獲得承保。	\$480，適用層級 2 (副廠藥)、層級 3 (首選原廠藥)、層級 4 (非首選藥物) 以及層級 5 (特殊層級) D 部分處方藥。對於所有其他藥物，您無需支付任何自付額，並可立即開始獲得承保。	\$480，適用層級 2 (副廠藥)、層級 3 (首選原廠藥)、層級 4 (非首選藥物) 以及層級 5 (特殊層級) D 部分處方藥。對於所有其他藥物，您無需支付任何自付額，並可立即開始獲得承保。
第 2 階段：初始承保 (在您支付您的自付額之後，如適用)			
<p>您需支付以下費用，直至您的年度總藥費達到 \$4,230/\$4,430 為止。年度總藥費是由您和我們的計劃雙方支付的全部藥物費用。達到此金額後，您將會進入承保缺口。</p>			
標準零售分攤費用 (30 天/90 天藥量)			
	標準	標準	標準
層級 1 (首選副廠藥 - 包括首選副廠藥，且可能包含一些原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額
層級 2 (副廠藥 - 包括副廠藥，且可能包括一些原廠藥。)	\$20 / \$60 共付額	\$20 / \$60 共付額	\$20 / \$60 共付額
層級 3 (首選原廠藥 - 包括首選原廠藥，且可能包括一些副廠藥。)	\$47 / \$141 共付額	\$47 / \$141 共付額	\$47 / \$141 共付額

處方藥承保	Wellcare Assist (HMO) H0562，計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561，計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562，計劃 122
層級 4 (非首選藥物 - 包含非首選原廠藥和非首選副廠藥。)	43% / 43% 共同保險金	44% / 44% 共同保險金	46% / 46% 共同保險金
層級 5 (特殊層級 - 包括高成本的原廠藥與副廠藥。在此層級的藥物不符合以較低層級付款的例外處理資格。)	25% 共同保險金/ 無法使用	25% 共同保險金/ 無法使用	25% 共同保險金/ 無法使用
層級 6 (特定護理藥物 - 包含一些常用於治療特定慢性疾病，或用於預防疾病(疫苗)的副廠和原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額

處方藥承保	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127		Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002		Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122	
第 2 階段：初始承保 (在您支付您的自付額之後，如適用) (續)						
郵購分攤費用 (30 天/90 天藥量)						
	首選	標準	首選	標準	首選	標準
層級 1 (首選副廠藥 - 包括首選副廠藥，且可能包括一些原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額
層級 2 (副廠藥 - 包括副廠藥，且可能包括一些原廠藥。)	\$20 / \$0 共付額	\$20 / \$60 共付額	\$20 / \$0 共付額	\$20 / \$60 共付額	\$20 / \$0 共付額	\$20 / \$60 共付額
層級 3 (首選原廠藥 - 包括首選原廠藥，且可能包括一些副廠藥。)	\$47 / \$94 共付額	\$47 / \$141 共付額	\$47 / \$94 共付額	\$47 / \$141 共付額	\$47 / \$94 共付額	\$47 / \$141 共付額
層級 4 (非首選藥物 - 包括非首選原廠和非首選副廠藥。)	43% / 43% 共同保險金	43% / 43% 共同保險金	44% / 44% 共同保險金	44% / 44% 共同保險金	46% / 46% 共同保險金	46% / 46% 共同保險金
層級 5 (特殊層級 - 包含高成本的原廠藥與副廠藥。在此層級的藥物不符合以較低層級付款的例外處理資格。)	25% 共同保險金/無法使用	25% 共同保險金/無法使用	25% 共同保險金/無法使用	25% 共同保險金/無法使用	25% 共同保險金/無法使用	25% 共同保險金/無法使用

處方藥承保	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127		Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002		Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122	
	首選	標準	首選	標準	首選	標準
層級 6 (特定護理藥物 - 包含一些常用於治療特定慢性疾病, 或用於預防疾病 (疫苗) 的副廠和原廠藥。)	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額
第 3 階段：承保缺口						
	在您的總藥費 (包括我們的計劃和您已支付的費用) 達到 \$4,230 之後, 您在承保缺口期間為任何藥物層級的副廠藥或原廠藥所支付共同保險金將不超過 25%。		在您的總藥費 (包括我們的計劃和您已支付的費用) 達到 \$4,230 之後, 您在承保缺口期間為任何藥物層級的副廠藥或原廠藥所支付共同保險金將不超過 25%。		在您的總藥費 (包括我們的計劃和您已支付的費用) 達到 \$4,430 之後, 您在承保缺口期間為任何藥物層級的副廠藥或原廠藥所支付共同保險金將不超過 25%。	

處方藥承保	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127		Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002		Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122	
	首選	標準	首選	標準	首選	標準
第 4 階段：重大傷病承保						
	在您的年度自付藥費 (包括透過您的零售藥房以及郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，您支付以下金額中較高者： <ul style="list-style-type: none"> • 5% 共同保險金，或 • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，所有其他藥物 \$9.85 共付額。 		在您的年度自付藥費 (包括透過您的零售藥房以及郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，您支付以下金額中較高者： <ul style="list-style-type: none"> • 5% 共同保險金，或 • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，所有其他藥物 \$9.85 共付額。 		在您的年度自付藥費 (包括透過您的零售藥房以及郵購方式所購買的藥物) 達到 \$7,050 後，您支付以下金額中較高者： <ul style="list-style-type: none"> • 5% 共同保險金，或 • 副廠藥 (包括視為副廠藥的原廠藥) \$3.95 共付額，所有其他藥物 \$9.85 共付額。 	

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

排除藥物：

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

因為這些藥物排除在 Medicare 的 D 部分承保範圍以外，因此不在額外協助的承保範圍內。此外，您配取這些藥物處方時支付的金額不計入使您符合重大傷病承保階段的資格。

有關此藥物承保的詳細資訊，請參閱您的處方集和承保證明。

額外福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
脊椎神經醫學服務 Medicare 承保項目	\$5 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *	\$0 共付額 ▪ *
例行脊椎神經醫學服務	\$5 共付額 ▪ * 每年 36 次就診	\$0 共付額 ▪ * 每年 36 次就診	\$0 共付額 ▪ * 每年 36 次就診
針灸 Medicare 承保項目	在 PCP 診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 在專科醫師診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$5 共付額。 在脊椎整復師診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$5 共付額。 ▪ *	在 PCP 診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 在專科醫師診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 在脊椎整復師診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 ▪ *	在 PCP 診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 在專科醫師診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 在脊椎整復師診間中接受之 Medicare 承保的針灸, \$0 共付額。 ▪ *
例行針灸服務	\$0 共付額 ▪ * 每年限 36 次就診。	\$0 共付額 ▪ * 每年限 24 次就診	\$0 共付額 ▪ * 每年限 24 次就診

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

額外福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
足部服務 (足部照護) Medicare 承保	\$5 共付額 ▪	\$0 共付額 ▪	\$0 共付額 ▪
例行足部服務	\$5 共付額 ▪ 每年 12 次就診 您應該要知道： 可以進行足部檢查和治療，前提條件是您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件。	\$0 共付額 ▪ 每年 12 次就診 您應該要知道： 可以進行足部檢查和治療，前提條件是您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件。	\$0 共付額 ▪ 每年 12 次就診 您應該要知道： 可以進行足部檢查和治療，前提條件是您患有糖尿病引發的相關神經損傷及/或符合特定條件。
虛擬看診	我們的計劃透過 Teladoc 提供每週 7 天，每天 24 小時，由學會認證醫生進行的虛擬看診，協助解決各種健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。 虛擬看診 (也稱為遠程醫療諮詢) 是指使用智慧型手機、平板電腦或電腦，透過電話或網際網路讓醫生看診。某些類型的看診可能需有網際網路和具備相機功能的裝置。		
居家健康機構照護	\$0 共付額 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *	20% 共同保險金 ▪ *

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

額外福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
膳食			
急性後期膳食	不在承保範圍內	每餐急性後期膳食 \$0 共付額 ▪ 您應該要知道： 針對住院期後立即提供的幫助復原急性後期餐飲 (最多 14 天, 每天 3 餐), 您無須支付任何費用。	每餐急性後期膳食 \$0 共付額 ▪ 您應該要知道： 針對住院期後立即提供的幫助復原急性後期餐飲 (最多 14 天, 每天 3 餐), 您無須支付任何費用。
慢性疾病膳食	不在承保範圍內	每餐慢性疾病膳食 \$0 共付額 ▪ 您應該要知道： 您無須為設計用以提供給慢性疾病過渡期會員改變生活方式, 作為監督計劃一部分的居家送餐支付任何費用。 會員每天最多可收到 3 餐, 每個月最多 28 天且最多 84 餐。可接收福利最多達 3 個月。	每餐慢性疾病膳食 \$0 共付額 ▪ 您應該要知道： 您無須為設計用以提供給慢性疾病過渡期會員改變生活方式, 作為監督計劃一部分的居家送餐支付任何費用。 會員每天最多可收到 3 餐, 每個月最多 28 天且最多 84 餐。可接收福利最多達 3 個月。

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

額外福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
醫療設備/用品			
耐用醫療設備 (DME)	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
義體	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
糖尿病用品	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *	\$0 共付額 *
糖尿病治療鞋或鞋墊	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *	20% 共同保險金 *
鴉片類藥物治療計劃服務	\$5 共付額 *	\$5 共付額 *	\$0 共付額 *
非處方 (OTC) 項目	\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$100 您應該要知道： 會員可以從參與地點或透過計劃的目錄購買符合條件的品項，會送到會員家。	\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$150 您應該要知道： 會員可以從參與地點或透過計劃的目錄購買符合條件的品項，會送到會員家。	\$0 共付額 最高總福利為每三個月 \$140 您應該要知道： 會員可以從參與地點或透過計劃的目錄購買符合條件的品項，會送到會員家。
保健計劃	如需保健計劃提供的福利詳細列表，請參閱承保證明。	如需保健計劃提供的福利詳細列表，請參閱承保證明。	如需保健計劃提供的福利詳細列表，請參閱承保證明。
健身	\$0 共付額 承保範圍包括： 活動追蹤器材和體適能 健身	\$0 共付額 承保範圍包括： 活動追蹤器材和體適能 健身	\$0 共付額 承保範圍包括： 活動追蹤器材和體適能 健身

額外福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
	<p>您應該要知道： 本計劃的福利提供 Peerfit Move 會員資格，這是一項彈性的健身福利，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。會員每個月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房會員資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。</p>	<p>您應該要知道： 本計劃的福利提供 Peerfit Move 會員資格，這是一項彈性的健身福利，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。會員每個月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房會員資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。</p>	<p>您應該要知道： 本計劃的福利提供 Peerfit Move 會員資格，這是一項彈性的健身福利，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。會員每個月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房會員資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。</p>
額外的吸煙和菸草戒除諮詢	\$0 共付額 每年限 5 次就診	\$0 共付額 每年限 5 次就診	\$0 共付額 每年限 5 次就診
額外的例行性年度體檢	\$0 共付額 您應該要知道： 保健計劃是保持健康的好方法。不論是一年當中的額外檢查或您提出簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。	\$0 共付額 您應該要知道： 保健計劃是保持健康的好方法。不論是一年當中的額外檢查或您提出簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。	\$0 共付額 您應該要知道： 保健計劃是保持健康的好方法。不論是一年當中的額外檢查或您提出簡單的健康問題，我們都樂於擔任您的健康夥伴。
24 小時護士諮詢專線	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額
個人緊急醫療回應裝置 (PERS)	\$0 共付額	\$0 共付額	\$0 共付額

額外福利

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 計劃 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 計劃 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 計劃 122
<p>慢性疾病 III 特殊補充性福利 (SSBCI) 若要符合這些福利的取得資格，您必須達到特定標準，包括患有符合條件的慢性疾病，並經判定為有高風險需接受照護管理。如需資格條件的完整列表，請參閱承保證明。</p>	<p>未承保針對慢性疾病患者的特殊補充福利</p>	<p>Utility Flex Card (彈性卡)： 您支付 \$0 共付額計劃每月承保最高 \$50 以協助支付家庭的公共事業費用。有限制。</p> <p>可能需要轉診*</p>	<p>日用品送遞： 您支付 \$0 共付額計劃每月承保最高 \$50 用於計劃核准的雜貨用品。有限制。</p> <p>陪伴機器人： 您支付 \$0 共付額涵蓋合約服務提供者所提供的互動式陪伴寵物。有限制。</p> <p>動物服務：您支付 \$0 共付額針對 ADA 核准的動物服務，協助承保特定用品的費用，每月最高 \$50。有限制。</p> <p>可能需要轉診*</p>
<p>Flex Card (彈性卡)</p>	<p>每年福利 \$500</p> <p>您應該要知道：</p> <p>Flex Card (彈性卡) 福利是簽帳金融卡，若服務提供者接受刷卡，即可用於減少接受牙科、視力或聽力服務的自費費用。</p>	<p>不在承保範圍內</p>	<p>不在承保範圍內</p>

標示星號 (*) 的服務可能需要取得事先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

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

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

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

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

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

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

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

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

電話一通， 我們即在！

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

📄 或造訪 www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

📄 或造訪 www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📄 或造訪
www.fideliscare.org/wellcaremedicare

OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📄 或造訪 www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 或造訪 www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📄 或造訪 www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📄 或造訪 www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥 或造訪 www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥 或造訪 www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥 或造訪 www.wellcare.com/healthnetOR

所有州的 TTY 號碼為：711

服務時間

📅 10月1日至3月31日：週一至週日，早上8點至晚上8點。

📅 4月1日至9月30日：週一至週五，早上8點至晚上8點。

投保前核對清單

在做出投保決定前，您必須充分了解我們的福利和規則。如果您有任何疑問，可撥打電話與客戶服務代表聯繫，電話 1-866-277-6583 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點；在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

了解福利

- 查閱承保證明 (EOC) 所列的完整福利清單，特別是與您的例行就診服務有關的福利。請瀏覽 www.wellcare.com/healthnetca 或致電 1-866-277-6583 (TTY：711) 以查看 EOC 副本。
- 查閱服務提供者名錄 (或詢問您的醫生)，確保您現在就診的醫生在網絡中。如果未列出，則表示您可能需要選擇新的醫生。
- 請檢閱藥房名錄，確定您用於配取處方藥物的藥房在網絡內。如果此藥房未列出，則可能需要為您的處方選擇新的藥房。

了解重要規則

- **對於有計劃保費的計劃 (不適用於無計劃保費的計劃)：**除了您每月的計劃保費之外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。此保費通常每月從您的 Social Security 支票中扣除。
- 福利、保費和/或共付額/共同保險金可能在 2023 年 1 月 1 日有所變更。
- **僅適用於 HMO 計劃：**除了急診或緊急情況之外，我們不承保由網絡外服務提供者 (未列入服務提供者名錄的醫生) 所提供的服務。
- **僅適用於 PPO 和 PFFS 計劃：**我們的計劃允許您向網絡外服務提供者 (非合約服務提供者) 求診。然而，雖然我們會支付由非合約服務提供者所提供的承保服務，但是該服務提供者必須同意為您提供治療。除急診或緊急情況外，非合約服務提供者可拒絕照顧。此外，您將為接受非合約服務提供者的服務支付更高的共付額。
- **僅適用於 C-SNP 計劃：**此計劃是 Chronic Condition Special Needs Plan (C-SNP)。您的投保能力將依據您是否具有符合的特殊嚴重或失能的慢性病況作驗證。
- **僅適用於 D-SNP 計劃：**此計劃是 Dual Eligible Special Needs 計劃 (D-SNP)。您的投保能力將依據您在 Medicaid 州計劃下，有資格享有 Medicare 和醫療協助作驗證。

聯絡我們

如需更多資訊，請與我們聯絡：

電話

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

服務時間

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

線上：www.wellcare.com/healthnetCA

我們將提供會員貼心服務。

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