



2022 혜택 요약서

California

Wellcare Assist (HMO)

H0562 | 127

Wellcare Plus Sapphire II (HMO)

H3561 | 002

Wellcare Plus Sapphire I (HMO)

H0562 | 122

저희는 믿고 이용할 수 있는 건강 플랜을 가지고 있는 것이 얼마나 중요한지를 잘 알고 있습니다.

이 요약서는 2022년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지 Wellcare Assist (HMO), Wellcare Plus Sapphire II (HMO) 및 Wellcare Plus Sapphire I (HMO)이 제공하는 의약품 및 건강 서비스 요약서입니다.

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 저희 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca에서 확인하실 수 있습니다. 또는 뒤표지에 나와 있는 전화번호로 전화하여 사본을 요청하실 수도 있습니다.

누가 가입할 수 있나요?

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

플랜 및 서비스 지역:

H0562127000 Wellcare Assist (HMO)에는 California 주의 Amador, Contra Costa, Fresno, Madera 및 Santa Clara 카운티가 포함됩니다.

H3561002000 Wellcare Plus Sapphire II (HMO)에는 California 주의 Alameda, Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco 및 Tulare 카운티가 포함됩니다.

H0562122000 Wellcare Plus Sapphire I (HMO)에는 California 주의 Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara 및 Stanislaus 카운티가 포함됩니다.

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

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/healthnetca를 방문하십시오. (응급 진료, 네트워크 외부에 있을 때 긴급히 필요한 진료, 지역 외 신장 투석 서비스 및 당사 플랜이 네트워크 비소속 서비스 제공자의 사용을 승인하는 경우를 제외하고, 플랜 비소속 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우 Medicare 또는 당사 플랜은 비용에 대해 책임을 지지 않습니다.)

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

어떤 의사, 병원 및 약국을 이용할 수 있나요? Wellcare Assist (HMO), Wellcare Plus Sapphire II (HMO) 및 Wellcare Plus Sapphire I (HMO)은 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자로 구성된 네트워크를 가지고 있습니다. 우선적 우편 주문 약국 및 플랜의 네트워크에 있는 서비스 제공자를 이용하면 비용을 절감할 수 있습니다. 일부 플랜에서는 네트워크에 포함되지 않은 서비스 제공자를 이용할 경우, 보장 서비스에 대해 가입자의 부담분이 더 높아질 수도 있습니다.

플랜의 서비스 제공자 및 약국 명부와 플랜의 전체 처방서(Part D 처방약 목록)를 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetca 에서 확인하실 수 있습니다.

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

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
서비스 지역	<p>플랜 및 서비스 지역:</p> <p>H0562127000 Wellcare Assist (HMO)에는 California 주의 Amador, Contra Costa, Fresno, Madera 및 Santa Clara 카운티가 포함됩니다.</p> <p>H3561002000 Wellcare Plus Sapphire II (HMO)에는 California 주의 Alameda, Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco 및 Tulare 카운티가 포함됩니다.</p> <p>H0562122000 Wellcare Plus Sapphire I (HMO)에는 California 주의 Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, Santa Clara 및 Stanislaus 카운티가 포함됩니다.</p>		
월 플랜 보험료 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속해서 납부하셔야 합니다.	\$27.90	\$33.20	\$33.20
공제액	공제액 없음	공제액 없음	공제액 없음
가입자 부담 최대한도액 (처방약은 포함되지 않음)	연간 \$4,500, 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다.	연간 \$3,450, 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다.	연간 \$3,450, 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다.

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
입원환자 병원 보장	<p>입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1~4일까지 1일당 \$350의 자기부담금 • 5~90일까지 1일당 \$0의 자기부담금 • 91일 이상은 1일당 \$0의 자기부담금 <p>▪ *</p>	<p>입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다.</p> <p>1~90일까지 입원당 \$2,200의 자기부담금</p> <p>▪ *</p>	<p>입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다.</p> <p>1~90일까지 입원당 \$2,524의 자기부담금</p> <p>▪ *</p>
외래 병원 보장 외래 병원 서비스	<p>수술 및 비수술 서비스에 대해 \$275의 자기부담금</p> <p>▪ *</p>	<p>수술 및 비수술 서비스에 대해 20%의 공동보험료</p> <p>▪ *</p>	<p>수술 및 비수술 서비스에 대해 20%의 공동보험료</p> <p>▪ *</p>
외래환자 병원 관찰 서비스	<p>응급실을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$90의 자기부담금을 납부합니다. 외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$275의 자기부담금을 납부합니다.</p> <p>▪ *</p>	<p>응급실을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$120의 자기부담금을 납부합니다. 외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다.</p> <p>▪ *</p>	<p>응급실을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 \$120의 자기부담금을 납부합니다. 외래환자 시설을 통해 관찰 상태에 들어갈 때 외래환자 관찰 서비스에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다.</p> <p>▪ *</p>

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

혜택 요약서

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
통원 수술 센터(ASC)	\$125의 자기부담금 ▪ *	20%의 공동보험료 ▪ *	20%의 공동보험료 ▪ *
의사 방문			
주치의	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
전문의	\$5의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
예방 진료 (예: 연례 건강 검진, 골밀도 측정, 유방암 검사 (유방조영상), 심혈관 검사, 자궁경부 및 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	\$0의 자기부담금
응급 진료	\$90의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.	\$120의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.	\$120의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.
전 세계 응급 진료 보장	\$90의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 최대 \$50,000 의 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원이외의 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 서비스는 최대 \$50,000의 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원이외의 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 서비스는 최대 \$50,000 의 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
긴급 진료 서비스	\$0의 자기부담금	\$65의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.	\$65의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.
전 세계 긴급 진료 보장	\$90의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 최대 \$50,000의 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 서비스는 \$50,000의 최대 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 서비스는 최대 \$50,000의 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
진단 서비스/검사실/영상	어디서든 COVID-19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 \$0입니다.	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 *	\$0의 자기부담금 *

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
진단 검사 및 절차	\$0의 자기부담금 *	COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다. *	COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다. *
외래환자 엑스레이	\$0의 자기부담금 ■ *	20%의 공동보험료 ■ *	20%의 공동보험료 ■ *
진단 방사선 서비스 (예: MRI, CAT 스캔)	DEXA 스캔에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 진단용 유방조영상에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 기타 모든 진단 방사선 서비스에 대해 \$275의 자기부담금을 납부합니다. ■ *	Medicare 보장 진단 방사선 서비스마다 20%의 공동보험료를 납부합니다. ■ *	Medicare 보장 진단 방사선 서비스마다 20%의 공동보험료를 납부합니다. ■ *

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
치료 방사전	20%의 공동보험료 ▪ *	20%의 공동보험료 ▪ *	20%의 공동보험료 ▪ *
청각 진료 서비스 청력 검사 Medicare 보장	\$5의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금
정기 청력 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 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	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 피팅/ 평가
보청기 보조금	보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$1,000의 보조금이 지급됩니다.	보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$2,000의 보조금이 지급됩니다.	보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$1,500의 보조금이 지급됩니다.
모든 유형	\$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨	\$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨	\$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨
추가 청력 정보	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
치과 서비스			
예방 서비스	\$0의 자기부담금 * 매년 2회 스케일링 12~36개월마다 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진	\$0의 자기부담금 * 매년 2회 스케일링 매년 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진	보장되지 않음
불소 처치	\$0의 자기부담금 * 매년 1회	\$0의 자기부담금 * 매년 1회	보장되지 않음
종합 서비스			
Medicare 보장	Medicare 보장 서비스마다 \$5의 자기부담금을 납부합니다. *	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. *	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. *

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
진단 서비스	20%의 공동보험료 * 매년 1회 진단 서비스	\$0~\$15의 자기부담금 * 매년 무제한 진단 서비스	\$0의 자기부담금 * 매년 무제한 진단 서비스
수복 서비스	20%의 공동보험료 * 12~84개월마다 1회 수복 서비스	\$0~\$300의 자기부담금 * 매년 무제한 수복 서비스	\$0의 자기부담금 * 12~84개월마다 1회 수복 서비스
근관/치주학/발치	20%의 공동보험료 * 치아당 1회 근관 치료 서비스 6~36개월마다 1회 치주학 서비스 치아당 1회 발치	\$0~\$375의 자기부담금 * 무제한 근관 서비스 치주 치료는 연속된 12개월간 사분면 치료 4회로 제한됩니다. 치주 유지관리는 연속된 12개월간 2회로 제한됩니다. 치주 수술은 연속된 36개월간 사분면당 1회로 제한됩니다. 무제한 발치	보장되지 않음

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
비정기 서비스	20%의 공동보험료 *	\$0의 자기부담금 *	보장되지 <u>않음</u>
치과보철 시술, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스	24개월까지 매년 매일 1회 비정기 서비스 20%의 공동보험료 * 12~84개월마다 1회 보철 시술 12~60개월마다 또는 평생 1회 구강악안면 시술	매년 무제한의 비정기 서비스 \$0~\$2,250의 자기부담금 * 무제한 치과보철 시술 무제한 구강악안면 시술 무제한 기타 서비스	\$0의 자기부담금 *
추가 치과 정보	기억해야 할 사항: 이 플랜에는 최대 \$1,000의 예방 및 종합 서비스 보장이 포함됩니다.		기억해야 할 사항: 이 플랜에는 최대 \$1,000의 종합 서비스 보장이 포함됩니다.

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
안과 서비스 안과 검사 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 (Medicare에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$5의 자기부담금 (Medicare에서 보장하는 기타 모든 안과 검사) *	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
정기 안과 검사(굴절)	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사
녹내장 검사	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪
안경류 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$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) *	\$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경(렌즈 및/또는 안경테) *
안경류 보조금	매년 최대 \$200의 총보조금	매년 최대 \$400의 총보조금	매년 최대 \$400의 총보조금

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
정신 건강 서비스 입원환자 방문	입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~4일까지 1일당 \$350의 자기부담금 • 5~90일까지 1일당 \$0의 자기부담금 *	입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~15일까지 1일당 \$90의 자기부담금 • 16~90일까지 1일당 \$0의 자기부담금 *	입원할 때마다 다음 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~15일까지 1일당 \$90의 자기부담금 • 16~90일까지 1일당 \$0의 자기부담금 *
외래환자 개인 치료 방문	\$25의 자기부담금 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *
외래환자 그룹 치료 방문	\$25의 자기부담금 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *
전문 간호 시설(SNF)	각 혜택 기간에 대해 다음을 납부합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~20일까지 1일당 \$0의 자기부담금 • 21~100일까지 1일당 \$188의 자기부담금 *	각 혜택 기간에 대해 다음을 납부합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~20일까지 1일당 \$0의 자기부담금 • 21~100일까지 1일당 \$184의 자기부담금 *	각 혜택 기간에 대해 다음을 납부합니다. <ul style="list-style-type: none"> • 1~20일까지 1일당 \$0의 자기부담금 • 21~100일까지 1일당 \$184의 자기부담금 *
치료 및 재활 서비스 물리 치료	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
작업 치료사가 제공하는 외래 재활 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
폐 재활 서비스	\$0의 자기부담금 ▪	20%의 공동보험료 ▪	20%의 공동보험료 ▪
구급차 지상 구급차	\$250의 자기부담금 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *
항공 구급차	\$250의 자기부담금 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *

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

혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
교통편 서비스	<p>매년 플랜에서 승인한 건강 관련 위치까지 편도 수송 최대 24회 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p> <p>\$0의 자기부담금 (편도 교통편당) *</p> <p>기억해야 할 사항: 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. 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p>	<p>매년 플랜에서 승인한 건강 관련 위치까지 편도 수송 최대 60회 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p> <p>\$0의 자기부담금 (편도 교통편당) *</p> <p>기억해야 할 사항: 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. 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p>	<p>매년 플랜에서 승인한 건강 관련 위치까지 편도 수송 최대 36회 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p> <p>\$0의 자기부담금 (편도 교통편당) *</p> <p>기억해야 할 사항: 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. 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p>
Medicare Part B 의약품			
화학요법 의약품	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *
기타 Part B 의약품	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *

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

처방약 보장	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
1단계: 연간 처방 공제액			
공제액	범주 2(복제약), 범주 3(우선 브랜드 약), 범주 4(비우선 약) 및 범주 5(특수 범주) Part D 처방약에 대해 \$480가 적용됩니다. 다른 모든 보장 의약품의 경우, 가입자는 공제액을 지불할 필요가 없으며 즉시 보장을 받기 시작합니다.	범주 2(복제약), 범주 3(우선 브랜드 약), 범주 4(비우선 약) 및 범주 5(특수 범주), Part D 처방약에 대해 \$480가 적용됩니다. 다른 모든 보장 의약품의 경우, 가입자는 공제액을 지불할 필요가 없으며 즉시 보장을 받기 시작합니다.	범주 2(복제약), 범주 3(우선 브랜드 약), 범주 4(비우선 약) 및 범주 5(특수 범주) Part D 처방약에 대해 \$480가 적용됩니다. 다른 모든 보장 의약품의 경우, 가입자는 공제액을 지불할 필요가 없으며 즉시 보장을 받기 시작합니다.
2단계: 초기 보장(가입자가 공제액을 지불한 후, 해당 시)			
가입자는 총 연간 의약품 비용이 \$4,230/\$4,430에 도달할 때까지 다음을 지불합니다. 총 연간 의약품 비용은 가입자 및 당사의 D 플랜이 지불하는 총 의약품 비용입니다. 이 금액에 도달하면 보장 갭에 진입하게 됩니다.			
표준 소매 비용 분담(30일/90일분)			
	표준	표준	표준
범주 1 (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금
범주 2 (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$20/\$60의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금
범주 3 (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	\$47/\$141의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금

처방약 보장	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
	표준	표준	표준
범주 4 (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	43%/43%의 공동보험료	44%/44%의 공동보험료	46%/46%의 공동보험료
범주 5 (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지금 예외 대상이 아닙니다.)	25%의 공동보험료/ 해당 사항 없음	25%의 공동보험료/ 해당 사항 없음	25%의 공동보험료/ 해당 사항 없음
범주 6 (선별된 케어 의약품에는 특정 만성 질환을 치료하거나 질병을 예방 (백신)하는 데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금

처방약 보장	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122			
2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)(계속)						
우편 주문 비용 분담(30일/90일분)						
	선호	표준	선호	표준	선호	표준
범주 1 (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금
범주 2 (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$20/\$0의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	\$20/\$0의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	\$20/\$0의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금
범주 3 (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	\$47/\$94의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	\$47/\$94의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	\$47/\$94의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금
범주 4 (비우선약에는 비우선 브랜드 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	43%/ 43% 공동보험료	43%/ 43% 공동보험료	44%/ 44% 공동보험료	44%/ 44% 공동보험료	46%/46% 공동보험료	46%/46% 공동보험료
범주 5 (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함될 수 있습니다. 이 단계의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)	25% 공동보험료/ 해당 사항 없음	25% 공동보험료/ 해당 사항 없음	25% 공동보험료/ 해당 사항 없음	25% 공동보험료/ 해당 사항 없음	25% 공동보험료/ 해당 사항 없음	25% 공동보험료/ 해당 사항 없음

처방약 보장	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127		Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002		Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122	
	선호	표준	선호	표준	선호	표준
3단계: 보장 갭						
	총 의약품 비용 (플랜이 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함) 이 \$4,230에 도달한 후에는 보장 갭 기간 동안 모든 의약품 범주에서 복제약에 대해 25% 이하의 공동보험료 또는 브랜드 약에 대해 25% 이하의 공동보험료를 지불하게 됩니다.		총 의약품 비용 (플랜이 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함) 이 \$4,230에 도달한 후에는 보장 갭 기간 동안 모든 의약품 범주에서 복제약에 대해 25% 이하의 공동보험료 또는 브랜드 약에 대해 25% 이하의 공동보험료를 지불하게 됩니다.		총 의약품 비용 (플랜이 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함) 이 \$4,430에 도달한 후에는 보장 갭 기간 동안 모든 의약품 범주에서 복제약에 대해 25% 이하의 공동보험료 또는 브랜드 약에 대해 25% 이하의 공동보험료를 지불하게 됩니다.	
4단계: 재해성 보장						
	연간 본인이 부담해야 하는 의약품 비용(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구매한 의약품 포함)이 \$7,050에 도달하면 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> 5%의 공동보험료 또는 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 경우 \$3.95의 자기부담금 및 다른 모든 약에 대해 \$9.85의 자기부담금. 		연간 본인이 부담해야 하는 의약품 비용(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구매한 의약품 포함)이 \$7,050에 도달하면 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> 5%의 공동보험료 또는 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 경우 \$3.95의 자기부담금 및 다른 모든 약에 대해 \$9.85의 자기부담금. 		연간 본인이 부담해야 하는 의약품 비용(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구매한 의약품 포함)이 \$7,050에 도달하면 다음 중 더 큰 금액을 지불합니다. <ul style="list-style-type: none"> 5%의 공동보험료 또는 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)의 경우 \$3.95의 자기부담금 및 다른 모든 약에 대해 \$9.85의 자기부담금. 	

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

제외 의약품:

본 플랜은 특정 제외 의약품에 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 의약품을 조제할 때 지불한 금액은 재해성 보장 단계의 자격을 얻는 데 합산되지 않습니다.

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

추가 혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
지압요법 서비스 Medicare 보장	\$5의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *	\$0의 자기부담금 ▪ *
정기 지압요법 서비스	\$5의 자기부담금 ▪ * 매년 36회 방문	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 36회 방문	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 36회 방문
침술 Medicare 보장	PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$5의 자기부담금을 납부합니다. \$ 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$5의 자기부담금을 납부합니다. ▪ *	PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪ *	PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. ▪ *
정기 침술 서비스	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 36회 방문으로 제한됨.	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문으로 제한됨.	\$0의 자기부담금 ▪ * 매년 24회 방문으로 제한됨.
족부 치료 서비스(발 치료) Medicare 보장	\$5의 자기부담금 ▪	\$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 Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
정기 족부 치료 서비스	\$5의 자기부담금 ▪ 매년 12회 방문 기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.	\$0의 자기부담금 ▪ 매년 12회 방문 기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.	\$0의 자기부담금 ▪ 매년 12회 방문 기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.
가상 방문	당사 플랜은 Teladoc를 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 줍니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다.		
가정 건강 기관의 진료	\$0의 자기부담금 ▪ *	20%의 공동보험료 ▪ *	20%의 공동보험료 ▪ *
식사 금성 질환 치료 후 식사	보장되지 <u>않음</u>	금성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ 지원해야 할 입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 금성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.	금성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ 지원해야 할 입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 금성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.

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

추가 혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
만성 질환 치료 후 식사	보장되지 않음	만성 질환 식사마다 \$0의 자기부담금 ▪ 기억해야 할 사항: 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 ▪ 기억해야 할 사항: 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 3개월까지 받을 수 있습니다.
의료 장비/용품 내구성 의료 장비(DME)	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *
보철	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *
당뇨병 용품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
당뇨병 치료용 신발 또는 인서트	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *	20%의 공동보험료 *

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

추가 혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
Opioid Treatment 프로그램 서비스	\$5의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
일반의약품(OTC) 품목	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$100임 기억해야 할 사항: 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달할 수 있습니다.	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$150임 기억해야 할 사항: 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달할 수 있습니다.	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$140임 기억해야 할 사항: 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달할 수 있습니다.
웰니스 프로그램 피트니스	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오. \$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 건강 진단 피트니스	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오. \$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 건강 진단 피트니스	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오. \$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 건강 진단 피트니스

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

추가 혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
	<p>기억해야 할 사항:</p> <p>이 플랜의 혜택은 Peerfit Move에 대한 회원권, 다양한 체력 또는 현지 피트니스 스튜디오에서 사용할 수 있는 월별 크레딧으로 유연한 피트니스 혜택을 제공합니다. 가입자는 매월 32 포인트를 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>기억해야 할 사항:</p> <p>이 플랜의 혜택은 Peerfit Move에 대한 회원권, 다양한 체력 또는 현지 피트니스 스튜디오에서 사용할 수 있는 월별 크레딧으로 유연한 피트니스 혜택을 제공합니다. 가입자는 매월 32 포인트를 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>기억해야 할 사항:</p> <p>이 플랜의 혜택은 Peerfit Move에 대한 회원권, 다양한 체력 또는 현지 피트니스 스튜디오에서 사용할 수 있는 월별 크레딧으로 유연한 피트니스 혜택을 제공합니다. 가입자는 매월 32 포인트를 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	\$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨	\$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨	\$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨

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

추가 혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
추가적인 정기 연례 건강 검진	\$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 저희는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.	\$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 저희는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.	\$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 저희는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.
24시간 간호사 상담 라인	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
개인 응급 의료 대응 장치 (PERS)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
만성 질병에 대한 특별 추가 혜택(SSBCI) 이러한 혜택을 받을 자격을 갖추려면 적격한 만성 질환이 있고 고위험 치료 관리에 적합하다고 판단되는 등 구체적인 기준을 충족시켜야 보장합니다. 자격 기준의 전체 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	만성 질병에 대한 특별 추가 혜택은 보장되지 않음	유틸리티 Flex Card: \$0의 자기부담금 납부 플랜은 가정의 공공요금을 충당하기 위해 매월 최대 \$50까지 사용할 수 있도록 보장합니다. 제한이 적용됩니다. 진료소견서가 필요할 수 있습니다. *	식료품 배달: \$0의 자기부담금 납부 플랜은 플랜이 승인한 식료품에 사용할 수 있도록 매월 최대 \$50까지 사용할 수 있도록 보장합니다. 제한이 적용됩니다. 도우미 로봇: \$0의 자기부담금 납부 계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다.

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

추가 혜택

	Wellcare Assist (HMO) H0562, 플랜 127	Wellcare Plus Sapphire II (HMO) H3561, 플랜 002	Wellcare Plus Sapphire I (HMO) H0562, 플랜 122
			<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>*</p>
Flex Card	<p>연간 \$500의 혜택</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>Flex Card 혜택은 카드 소지자를 받는 치과, 안과 또는 청력 서비스 제공자에 내야 하는 가입자 부담액을 감면하기 위해 사용할 수 있는 직불 카드입니다.</p>	보장되지 않음	보장되지 않음

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

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 togoti. Vala’au le Member Services numera 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/allwellAR을 방문

ARIZONA

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

☎ 1-800-977-7522

■ 또는 www.wellcare.com/allwellAZ을 방문

CALIFORNIA

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

☎ 1-800-275-4737

■ 또는 www.wellcare.com/healthnetCA을 방문

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

■ 또는 www.wellcare.com/allwellFL을 방문

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

■ 또는 www.wellcare.com/allwellGA을 방문

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

■ 또는 www.wellcare.com/allwellIN을 방문

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

■ 또는 www.wellcare.com/allwellKS을 방문

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

■ 또는 www.wellcare.com/allwellLA을 방문

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

■ 또는 www.wellcare.com/allwellMO을 방문

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124
■ 또는 www.wellcare.com/allwellMS을 방문

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP
☎ 1-833-853-0864
■ 또는 www.wellcare.com/NE을 방문

NEVADA

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

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806
■ 또는 www.wellcare.com/allwellNV을 방문

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965
■ 또는 www.wellcare.com/allwellNM을 방문

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
☎ 1-800-247-1447
■ 또는 www.fideliscare.org/wellcaremedicare을 방문

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690
■ 또는 www.wellcare.com/allwellOH을 방문

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866
■ 또는 www.wellcare.com/OK을 방문

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177
■ 또는 www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156
■ 또는 www.wellcare.com/trilliumOR을 방문

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368
■ 또는 www.wellcare.com/allwellPA을 방문

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497
■ 또는 www.wellcare.com/allwellSC을 방문

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

📄 또는 www.wellcare.com/allwellTX을 방문

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

📄 또는 www.wellcare.com/allwellWI을 방문

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

📄 또는 www.wellcare.com/healthnetOR을 방문

모든 주에 대한 TTY: 711

영업 시간

10월 1일 ~ 3월 31일 : 월요일 ~ 일요일 , 오전 8시 ~ 오후 8시

4월 1일 ~ 9월 30일 : 월요일 ~ 금요일 , 오전 8시 ~ 오후 8시

가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규칙을 충분히 이해하는 것이 중요합니다. 궁금하신 점이 있을 경우, 1-866-277-6583(TTY: 711)번의 고객 서비스부 담당자에게 전화를 걸어 문의할 수 있습니다. 10월 1일~3월 31일 기간에는 담당자가 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해드립니다. 4월 1일~9월 30일 기간에는 담당자가 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해드립니다.

혜택 이해

- **보장 범위 증명서(EOC)에서 혜택의 전체 목록을 검토해 주십시오.** 정기적으로 의사의 진찰을 받는 경우라면 특히 해당 서비스를 자세히 검토하시는 것이 좋습니다. EOC 사본을 보려면 www.wellcare.com/healthnetca를 방문하거나 1-866-277-6583(TTY: 711)번으로 전화하십시오.
- 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. D-SNP는 특정 Medicaid 자격 카테고리에 대한 제한을 가하는 경우 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

연락 정보

자세한 내용은 다음 연락처로 문의해 주십시오:

전화

수신자 부담 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

저희는 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.