



# 2024 福利摘要

California

**Wellcare No Premium Focus (HMO)**

H0562 | 097

## 我們瞭解擁有可信賴的保健計畫對您有多麼重要。

這是 Wellcare No Premium Focus (HMO) 在 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期間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。文中不會列出每項服務、限制或排除項目。完整服務清單於計畫的承保證明 (EOC) 中提供。您可以在我們的網站 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) 找到承保證明。如需索取副本，請致電 1-844-917-0175 (TTY 711)：服務時間為週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

## 誰可以加入？

如要投保我們的計畫，您必須有資格享有 Medicare A 部分、已投保 Medicare B 部分，並居住在我們的服務區域內。除非由 Medicaid 或其他第三方支付，否則保戶必須繼續繳納其 Medicare B 部分保費。若要符合資格，受益人還必須是美國公民或在美國合法居住。

我們的服務區域包括 California 的 San Francisco 縣。

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」(Medicare & You) 手冊。您可於 [www.medicare.gov](http://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。

**Health Maintenance Organizations (HMO)** 是由保險提供者搭配簽約醫療保健提供者和機構組成的網絡，所提供的醫療保健計畫。一般而言，HMO 會要求保戶選擇主治醫生 (PCP) 來協調照護；如果您需要專科醫生，PCP 同樣會選擇我們網絡內的專科醫生。

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，而我們的計畫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，或是造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) 查看最新的網絡內服務提供者名單（請注意，除了當您身在網絡外時的急診照護、緊急需求護理、區域外的透析服務，以及我們的計畫授權使用網絡外服務提供者的情況外，如果您向計畫外的服務提供者取得醫療照護，Medicare 和我們的計畫都不承擔費用。）

我們的計畫還包括處方藥承保以及我們龐大藥房網絡的使用權利。我們的部分網絡內藥房有首選分攤費用。如果您使用這些藥房，您可能會支付更少的費用。我們的計畫使用處方集。我們的藥物計畫專為 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 No Premium Focus (HMO) 擁有由醫生、醫院、藥房和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畫網絡內的服務提供者以節省費用。在某些計畫中，如果您使用網絡外的服務提供者，您可能必須為承保服務支付較高的分攤費用。

您可以在我們的網站 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) 上，檢閱我們計畫的服務提供者和藥房名錄，並針對包含處方藥承保的計畫，查看完整的計畫處方集（D 部分處方藥清單）。

如需更多資訊，請撥打 1-844-917-0175（TTY 使用者請撥打 711）與我們聯絡。服務時間為週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://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、音訊、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畫資訊，請聯絡保戶服務部。

## 福利

|                            | <b>Wellcare No Premium Focus (HMO)<br/>H0562，計畫 097</b>                                                                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>每月計畫保費</b><br>(包括醫療和藥物) | \$0<br>您必須繼續支付 Medicare B 部分保費。                                                                                         |
| <b>自付額</b>                 | 醫療無自付額。請參閱 D 部分自付額的處方藥部分。                                                                                               |
| <b>最高自付額責任</b><br>(不包含處方藥) | 每年 \$6,350<br>這是本年度您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金上限。                                                                      |
| <b>住院照護承保</b>              | 每次住院，您支付： <ul style="list-style-type: none"> <li>第 1 天至第 5 天，每天 \$350 共付額</li> <li>第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額</li> </ul> * |
| <b>門診醫院承保</b><br>門診醫院服務    | 結腸鏡診斷檢查的共付額為 \$0。<br>其他所有門診服務的共付額為 \$200。<br>*                                                                          |
| 門診醫院觀察服務                   | 當您透過急診室進入觀察狀態時，門診觀察服務的共付額為 \$120。<br>當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務的共付額為 \$200。                                                 |
| <b>非住院性手術中心 (ASC) 服務</b>   | \$200 共付額<br>*                                                                                                          |
| <b>醫生就診</b><br>主治醫生        | \$0 共付額                                                                                                                 |
| 專科醫生                       | \$20 共付額<br>*                                                                                                           |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。

## 福利

|                                                                                                                                        | <b>Wellcare No Premium Focus (HMO)<br/>H0562，計畫 097</b>                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>預防性照護</b> （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、COVID 疫苗）） | \$0 共付額                                                                                        |
| <b>急診照護</b>                                                                                                                            | \$120 共付額<br>如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。                                                             |
| 全球急診承保                                                                                                                                 | \$120 共付額<br><br>全球急診服務和全球緊急需求服務的計畫承保上限為 \$50,000。急診室或緊急入院外的照護不在全球承保範圍內。如果住院接受全球急診服務，則不能免除共付額。 |
| <b>緊急需求服務</b>                                                                                                                          | \$25 共付額<br>如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。                                                              |
| 全球緊急護理承保                                                                                                                               | \$120 共付額<br><br>全球急診服務和全球緊急需求服務的計畫承保上限為 \$50,000。如果住院接受全球緊急需求服務，則不能免除共付額。                     |
| <b>診斷性服務/化驗/造影</b><br>化驗服務                                                                                                             | 其他所有化驗的共付額為 \$0。<br>基因檢測的共付額為 \$50。<br>*                                                       |
| 診斷性檢查和程序                                                                                                                               | Medicare 承保的每項肺量計檢測以及特定的檢測相關服務的共付額為 \$0。<br>Medicare 承保的其他所有診斷程序與檢測的共付額為 \$25。<br>*            |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。

## 福利

|                                                 | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 門診 X 光檢查                                        | \$25 共付額<br>*                                                                                       |
| 診斷性放射服務（例如<br>MRI、CAT 掃描）                       | 診斷性乳房 X 光檢查的共付額為 \$0。<br>其他所有診斷性放射服務的共付額為 \$200。<br>*                                               |
| 治療放射學                                           | 20% 共同保險金<br>*                                                                                      |
| <b>聽力服務</b><br>Medicare 承保的聽力檢查                 | \$20 共付額<br>*                                                                                       |
| 例行性聽力檢查                                         | \$0 共付額<br>*<br><br>每年 1 次檢查                                                                        |
| <b>助聽器</b><br>助聽器選配/評估<br><br><br>助聽器補貼<br>所有類型 | \$0 共付額<br>*<br><br>每年 1 次選配/評估<br><br><br>每年每隻耳朵最多 \$500 的助聽器補貼。<br>\$0 共付額<br>*<br><br>每年限 2 個助聽器 |
| 其他聽力資訊                                          | <b>您應該要知道</b><br>如果您的醫生或其他健康照護服務提供者開立醫囑，指示您需進行診斷性聽力和平衡檢查，以確定您是否需要接受醫藥治療，Medicare 將承保這些檢查。           |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。

## 福利

|                         | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097 |
|-------------------------|-------------------------------------------------|
| 牙科服務                    |                                                 |
| 預防性服務                   | \$0 共付額<br>*                                    |
|                         | 每年 2 次洗牙<br>每年 1 次牙科 X 光檢查<br>每年 2 次口腔檢查        |
| 氟化處理                    | \$0 共付額<br>*                                    |
|                         | 每年 1 次                                          |
| 綜合服務<br>Medicare 承保項目   | Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$20。<br>*                |
| 綜合服務<br>診斷服務            | \$0 - \$15 共付額<br>*                             |
| 修復服務                    | \$0 - \$300 共付額<br>*                            |
| 根管治療/牙周病治療/<br>拔牙       | \$0 - \$375 共付額<br>*                            |
| 非例行性服務                  | \$0 共付額<br>*                                    |
| 牙科補綴、其他口腔/<br>顎面手術、其他服務 | \$0 - \$2,250 共付額<br>*                          |
|                         | 如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。其他牙科限制和排除項目適用。       |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。

## 福利

|                                         | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                           |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <b>視力服務</b>                             |                                                                           |
| Medicare 承保的眼睛檢查                        | \$0 共付額（Medicare 承保的糖尿病視網膜病篩檢）<br>\$20 共付額（Medicare 承保的所有其他眼睛檢查）<br>*     |
| 常規眼睛檢查（屈光）                              | \$0 共付額<br>*<br><br>每年 1 次檢查                                              |
| 青光眼篩檢                                   | Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$0。                                                |
| 眼鏡<br>Medicare 承保項目                     | \$0 共付額<br>*                                                              |
| 常規眼鏡<br>隱形眼鏡/眼鏡（鏡片<br>和鏡框）/眼鏡鏡框<br>眼鏡補貼 | \$0 共付額<br>*<br><br>每年最高 \$200 的隱形眼鏡和眼鏡（鏡片和/或鏡框）<br>合併費用。                 |
| <b>精神健康服務</b>                           |                                                                           |
| 住院就診                                    | 每次住院，您支付：<br>• 第 1 天至第 5 天，每天 \$350 共付額<br>• 第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額<br>* |
| 個人治療門診                                  | \$25 共付額<br>*                                                             |
| 團體治療門診                                  | \$25 共付額<br>*                                                             |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。



## 福利

|                 | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                                                                                                                            |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 專業護理機構 (SNF)    | <p>每次住院，您支付：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>第 1 天至第 20 天，每天 \$0 共付額</li> <li>第 21 天至第 70 天，每天 \$203 共付額</li> <li>第 71 天至第 100 天，每天 \$0 共付額</li> </ul> <p>*</p> |
| 治療和復健服務         |                                                                                                                                                                            |
| 物理治療            | <p>\$20 共付額</p> <p>*</p>                                                                                                                                                   |
| 由職能治療師提供的門診康復服務 | <p>\$20 共付額</p> <p>*</p>                                                                                                                                                   |
| 肺部復健服務          | <p>\$0 共付額</p>                                                                                                                                                             |
| 救護車             |                                                                                                                                                                            |
| 地面救護車           | <p>\$275 共付額</p> <p>*</p>                                                                                                                                                  |
| 空中救護            | <p>\$275 共付額</p> <p>*</p>                                                                                                                                                  |
| 交通運輸服務          | <p>每年最多 12 次前往計畫核准醫療保健地點的接送服務。其中包括醫生和其他專科醫生（每天最多 4 次單程運輸）。</p> <p>\$0 共付額（每趟單程運輸）</p> <p>*</p> <p><b>您應該知道：</b></p> <p>可能適用里程數限制。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電保戶服務部。</p>         |

## 福利

|                        | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                                                                         |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicare B 部分藥物</b> |                                                                                                                         |
| 化學治療藥物和其他 B 部分藥物       | 20% 共同保險金<br>*<br>某些 B 部分可退還藥物的共同保險金可能低於如上所示的金額。受較低共同保險金限制的 B 部分可退還藥物清單由 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 發佈，並且可能每季度變更一次。 |
| 胰島素                    | \$35 共付額（每月上限）<br>*                                                                                                     |
| 過敏抗原                   | 0% 共同保險金<br>*                                                                                                           |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                   |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 處方藥承保                                                                                                                                  | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                                                                                   |                 |
| 第 1 階段：年度處方自付額                                                                                                                         |                                                                                                                                   |                 |
| 自付額                                                                                                                                    | 層級 3（首選原廠藥）、層級 4（非首選藥物）和層級 5（專用層級）D 部分處方藥為 \$150。對於其他所有承保藥物，您將無需支付任何自付額，將會立即開始獲得承保。自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗（包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗）。 |                 |
| 第 2 階段：初始承保（在您支付您的自付額之後，如適用）                                                                                                           |                                                                                                                                   |                 |
| 您需支付以下費用，直至您的年度總藥費達到 \$5,030 為止。年度總藥費是由您和我們的計畫雙方支付的全部藥物費用。達到此金額後，您將進入承保缺口階段。                                                           |                                                                                                                                   |                 |
| 關於疫苗費用的重要資訊：<br>即使您沒有支付自付額（如果您的計畫有自付額），我們的計畫也會免費為您承保大部分 D 部分疫苗。                                                                        |                                                                                                                                   |                 |
| 關於胰島素費用的重要資訊：<br>即使您尚未支付自付額（如果您的計畫有自付額），無論分攤費用層級如何，您對承保的每種胰島素產品的最多一個月藥量支付的費用均不超過 \$35，對最多兩個月藥量支付的費用均不超過 \$70，或對最多三個月藥量支付的費用均不超過 \$105。 |                                                                                                                                   |                 |
| 零售分攤費用（30 天/最多 100 天藥量）                                                                                                                |                                                                                                                                   |                 |
|                                                                                                                                        | 首選                                                                                                                                | 標準              |
| 層級 1<br>（首選副廠藥）<br>包括首選副廠藥，也可能包括某些原廠藥。                                                                                                 | \$0 / \$0 共付額                                                                                                                     | \$10 / \$30 共付額 |
| 層級 2<br>（副廠藥）包括副廠藥，也可能包括某些原廠藥                                                                                                          | \$0 / \$0 共付額                                                                                                                     | \$15 / \$45 共付額 |

| 處方藥承保                                                                           | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097 |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
|                                                                                 | 首選                                              | 標準               |
| <b>層級 3</b><br>（首選原廠藥）<br>包括首選原廠藥，<br>也可能包括某些副<br>廠藥。                           | \$42 / \$126 共付額                                | \$47 / \$141 共付額 |
| <b>層級 4</b><br>（非首選藥物）<br>包括非首選原廠藥<br>和非首選副廠藥。                                  | 41% / 41% 共同保險金                                 | 41% / 41% 共同保險金  |
| <b>層級 5</b><br>（專用層級）包括<br>高價原廠藥和副廠<br>藥。此層級的藥物<br>不符合按較低層級<br>價位付費的例外處<br>理資格。 | 30% 共同保險金 / 無法使用                                | 30% 共同保險金 / 無法使用 |
| <b>層級 6</b><br>（特選護理藥物）<br>包括一些常用於治<br>療特定慢性病或預<br>防疾病（疫苗）的<br>副廠藥和原廠藥          | \$0 / \$0 共付額                                   | \$0 / \$0 共付額    |

|                                                                          |                                                 |                  |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| 處方藥承保                                                                    | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097 |                  |
| 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/最多 100 天藥量）                                                  |                                                 |                  |
|                                                                          | 首選                                              | 標準               |
| 層級 1<br>（首選副廠藥）<br>包括首選副廠藥，<br>也可能包括某些原<br>廠藥。                           | \$0 / \$0 共付額                                   | \$10 / \$30 共付額  |
| 層級 2<br>（副廠藥）包括副<br>廠藥，也可能包括<br>某些原廠藥                                    | \$0 / \$0 共付額                                   | \$15 / \$45 共付額  |
| 層級 3<br>（首選原廠藥）<br>包括首選原廠藥，<br>也可能包括某些副<br>廠藥。                           | \$42 / \$84 共付額                                 | \$47 / \$141 共付額 |
| 層級 4<br>（非首選藥物）<br>包括非首選原廠藥<br>和非首選副廠藥。                                  | 41% / 41% 共同保險金                                 | 41% / 41% 共同保險金  |
| 層級 5<br>（專用層級）包括<br>高價原廠藥和副廠<br>藥。此層級的藥物<br>不符合按較低層級<br>價位付費的例外處<br>理資格。 | 30% 共同保險金 / 無法使用                                | 30% 共同保險金 / 無法使用 |
| 層級 6<br>（特選護理藥物）<br>包括一些常用於治<br>療特定慢性病或預<br>防疾病（疫苗）的<br>副廠藥和原廠藥          | \$0 / \$0 共付額                                   | \$0 / \$0 共付額    |

|               |                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 處方藥承保         | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                                                                                                                                                       |    |
|               | 首選                                                                                                                                                                                                    | 標準 |
| 第 3 階段：承保缺口   |                                                                                                                                                                                                       |    |
|               | <p>在您的總藥費（包括我們的計畫和您已支付的費用）達到 \$5,030 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的共同保險金將不超過 25%。</p> <p>承保缺口階段共同保險金要求不適用於 D 部分承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。無論分攤費用層級如何，您對承保的每種胰島素產品的一個月藥量支付的費用均不超過 \$35。</p> |    |
| 第 4 階段：重大傷病承保 |                                                                                                                                                                                                       |    |
|               | <p>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 \$8,000 後，您將進入此階段：</p> <p>一旦您進入重大傷病承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該計畫年度結束。在此付款階段，計畫會為您的承保藥物支付全部費用。</p>                                                                     |    |

層級 1 和層級 2 以外的層級可能承保副廠藥。請查閱本計畫的處方集，驗證承保您藥物的具體層級。

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、藥房是否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（100 天藥量）。

排除藥物：

Wellcare No Premium Focus (HMO) 包括某些排除藥物的增強藥物承保，例如層級 1 葉酸、維生素 B12、維生素 D2、純副廠藥西地那非和伐地那非。副廠藥西地那非和伐地那非有每 30 天六片的數量限制。

因為這些藥物排除在 Medicare 的 D 部分承保範圍外，因此不在額外幫助 (Extra Help) 的承保範圍內。此外，您配取這些藥物處方時支付的金額，不計入使您擁有重大傷病承保階段資格的費用。

有關本藥物承保的細節，請參閱您的處方集和承保證明。

## 額外福利

|                                      | Wellcare No Premium Focus (HMO)<br>H0562，計畫 097                                                                         |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>脊椎推拿治療服務</b><br>Medicare 承保項目     | \$0 共付額<br>*                                                                                                            |
| 例行脊椎推拿治療服務                           | \$0 共付額<br>*<br>每年 24 次就診                                                                                               |
| <b>針灸</b><br>Medicare 承保項目           | 在 PCP 診所接受的 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。<br>在脊椎治療醫師診所接受的 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。<br>在專科醫生診所接受的 Medicare 承保針灸的共付額為 \$20。<br>* |
| 例行針灸服務                               | \$0 共付額<br>*<br>每年限 24 次就診。                                                                                             |
| <b>足部治療服務（足部護理）</b><br>Medicare 承保項目 | \$20 共付額<br>*                                                                                                           |
| 例行足部治療服務                             | \$20 共付額<br>*<br>每年 12 次就診                                                                                              |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。

## 額外福利

|                                | <b>Wellcare No Premium Focus (HMO)<br/>H0562，計畫 097</b>                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>虛擬看診</b>                    | <p>我們的計畫透過 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。</p> <p>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。如需更多資訊或安排約診，請致電 1-800-835-2362（TTY：711）與 Teladoc 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。</p> |
| <b>居家健康機構照護</b>                | \$0 共付額<br>*                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>醫療設備/用品</b><br>耐用醫療設備 (DME) | 20% 共同保險金<br>*                                                                                                                                                                                                                                          |
| 義肢                             | 20% 共同保險金<br>*                                                                                                                                                                                                                                          |
| 糖尿病用品                          | <p>\$0 共付額<br/>*</p> <p>如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。</p>                                                                                                                                                                                                 |
| 糖尿病治療鞋或鞋墊                      | 20% 共同保險金<br>*                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>鴉片類藥物治療計畫服務</b>             | \$20 共付額<br>*                                                                                                                                                                                                                                           |

標示星號 (\*) 的服務可能需要取得預先授權。



## 額外福利

|                             | <b>Wellcare No Premium Focus (HMO)<br/>H0562，計畫 097</b>                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保健方案                        | 如需保健方案所提供福利的詳細清單，請參閱承保證明。                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 健身                          | <p>\$0 共付額</p> <p><b>您應該知道：</b></p> <p>本計畫的福利提供彈性健身福利的保戶資格，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。保戶每月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房保戶資格及/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                | <p>\$0 共付額</p> <p>每年限 5 次就診</p>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 年度體檢                        | <p>\$0 共付額</p> <p><b>您應該知道：</b></p> <p>檢查包括詳細的病史/家族史以及預防性篩檢/照護的建議。</p>                                                                                                                                                                                                                            |
| 24 小時護士諮詢專線                 | \$0 共付額                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 非處方 (OTC) 物品                | 請參閱 Wellcare Spendables™ 部分，瞭解有關非處方 (OTC) 福利的更多資訊。                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Wellcare Spendables™</b> | <p>您<b>每季度</b>將收到 \$82，預存到您的 Wellcare Spendables™ 卡上。您的補貼會在<b>每個季度</b>（一月、四月、七月、十月）的第一天存入，並在每個季度的最後一天到期。</p> <p>您的卡補貼可用於：</p> <p><b>非處方物品 (OTC)</b> - 您可以在簽約零售點使用您的卡，也可以透過行動應用程式使用，或登入您的保戶入口網站下單以送貨上門。</p> <p>承保物品的範例包括原廠和副廠非處方物品、維生素、止痛藥、感冒藥和抗過敏藥以及糖尿病物品。</p> <p>如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。</p> |

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

Form Approved  
OMB# 0938-1421

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at the plan numbers on the following pages. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para solicitar un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打以下页面上的计划号码联系我们。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電下頁的計劃電話號碼。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa mga sumusunod na pahina. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros figurant sur les pages suivantes. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại chương trình ở các trang sau. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie eine der Telefonnummern auf den folgenden Seiten an. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номерам, представленным на следующих страницах. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة التي تظهر في الصفحات التالية. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें अगले पेज पर दिए गए प्लान नंबर पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare i numeri del piano riportati nelle pagine seguenti. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através dos números do plano nas páginas seguintes. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon tradiktè nan bouch, annik rele nimewo yo pou plan an ki make sou paj ki annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod podany na kolejnych stronach numer odnoszący się do planu. Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、次からのページに記載されている弊社の計画担当の電話番号にお問い合わせください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

## ALABAMA

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## ARIZONA

HMO 、 HMO C-SNP

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellAZ**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellAZ**

## ARKANSAS

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellAR**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellAR**

## CALIFORNIA

HMO 、 HMO C-SNP 、 PPO

**1-800-275-4737 (TTY: 711)**

**wellcare.com/healthnetCA**

Wellcare CalViva Health Dual Align  
(HMO D-SNP)

**1-833-236-2366 (TTY: 711)**

**wellcare.com/healthnetCA**

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

**1-800-431-9007**

**wellcare.com/healthnetCA**

## DELAWARE

HMO-POS

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/DE**

HMO-POS D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/DE**

## FLORIDA

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## ILLINOIS

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## INDIANA

Wellcare Assist (HMO) 、  
Wellcare Low Premium Open (PPO) 、  
Wellcare No Premium (HMO) 、  
Wellcare No Premium Open (PPO) 、  
Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellIN**

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) 、  
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**wellcare.com/allwellIN**

Wellcare Complete No Premium (HMO) 、  
Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**wellcarecomplete.com**

## KANSAS

Wellcare Assist (HMO) 、  
Wellcare Giveback (HMO) 、  
Wellcare No Premium (HMO) 、  
Wellcare No Premium Open (PPO) 、  
Wellcare Patriot Giveback Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellKS**

Wellcare Dual Access (HMO D-SNP) 、  
Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 、  
Wellcare Dual Access Open (PPO D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellKS**

Wellcare Complete - Giveback (HMO) 、  
Wellcare Complete No Premium (HMO) 、  
Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

## MICHIGAN

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcarecomplete.com**

## MISSOURI

HMO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellMO**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellMO**

## NEBRASKA

HMO 、 PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/NE**

HMO D-SNP 、 PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/NE**

## NEVADA

HMO 、 HMO C-SNP 、 PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellNV**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellNV**

## NEW MEXICO

HMO 、 PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellNM**

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellNM**

## NEW YORK

HMO 、 HMO-POS 、 HMO D-SNP

**1-800-247-1447 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/fidelisNY**

## OHIO

HMO 、 PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellOH**

HMO D-SNP 、 PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**  
**wellcare.com/allwellOH**

## OKLAHOMA

HMO 、 PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/OK](https://www.wellcare.com/OK)**

HMO D-SNP 、 PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/OK](https://www.wellcare.com/OK)**

## OREGON

HMO

**1-844-582-5177 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/healthnetOR](https://www.wellcare.com/healthnetOR)**

HMO D-SNP

**1-844-867-1156 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/trilliumOR](https://www.wellcare.com/trilliumOR)**

## PENNSYLVANIA

HMO 、 PPO

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellPA](https://www.wellcare.com/allwellPA)**

HMO D-SNP 、 PPO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellPA](https://www.wellcare.com/allwellPA)**

## TEXAS

Wellcare Complement Assist (HMO) 、

Wellcare Giveback (HMO) 、

Wellcare No Premium (HMO) 、

Wellcare Patriot No Premium (HMO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellTX](https://www.wellcare.com/allwellTX)**

Wellcare Dual Access Harmony (HMO D-SNP) 、

Wellcare Dual Liberty Nurture (HMO D-SNP)

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellTX](https://www.wellcare.com/allwellTX)**

Wellcare Complete - Giveback (HMO) 、

Wellcare Complete No Premium (HMO) 、

Wellcare Complete No Premium Open (PPO)

**1-800-977-7522 (TTY: 711)**

**[wellcarecomplete.com](https://www.wellcarecomplete.com)**

## WASHINGTON

PPO

**1-844-582-5177 (TTY: 711)**

**[www.wellcare.com/healthnetOR](https://www.wellcare.com/healthnetOR)**

## WISCONSIN

HMO D-SNP

**1-844-796-6811 (TTY: 711)**

**[wellcare.com/allwellWI](https://www.wellcare.com/allwellWI)**

---

## 投保前核對清單

在您決定投保前，請務必充分瞭解我們的福利和規定。如果您有任何疑問，可撥打電話與客戶服務代表聯絡，電話 1-844-917-0175（TTY：711）。服務時間為週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

### 瞭解福利

- ☐ 承保證明 (EOC) 提供了所有承保範圍和服務的完整清單。在投保之前必須審查計畫承保範圍、費用和福利。請造訪 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) 或致電 1-844-917-0175（TTY：711）以檢視 EOC 的副本。服務時間為週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。
- ☐ 請檢閱醫療服務提供者名錄（或詢問您的醫生），確保您目前就診的醫生在網絡內。如果他們未在清單中，表示您可能必須選擇新的醫生。
- ☐ 請檢閱藥房名錄，確定您用於配取處方藥的藥房在網絡內。如果該藥房未在清單中，您可能必須選擇新的藥房以配取處方藥。
- ☐ 請檢閱處方集以確保您的藥物屬於承保範圍。

### 瞭解重要規定

- ☐ 除了您的每月計畫保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。此保費通常會每個月從您的社會安全局支票中扣除。
- ☐ 福利、保費和/或共付額/共同保險金可能會在 2025 年 1 月 1 日變更。
- ☐ **對目前保險的影響。**如果您目前已投保 Medicare Advantage 計畫，您目前的 Medicare Advantage 醫療保健保險將在新的 Medicare Advantage 保險開始生效後結束。如果您有 Tricare，一旦您的新 Medicare Advantage 保險開始生效，您的保險可能會受到影響。如需更多資訊，請與 Tricare 聯絡。如果您有 Medigap 計畫，一旦您的 Medicare Advantage 保險開始生效，您可能想要放棄您的 Medigap 保單，因為您將支付您無法使用的保險費用。
- ☐ **對於 HMO、CSNP 和 DSNP 計畫：**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。



## 與我們聯絡

如需更多資訊，請與我們聯絡：



### 透過電話

免付費專線：1-844-917-0175（TTY：711）。您的來電可能會由持照代理人接聽。



### 服務時間

週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）



### 線上

[www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA)

Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，Centene Corporation 是與 Medicare 簽有合約的 HMO、PPO、PFFS 和 PDP 計畫，是經核准的 D 部分贊助者。我們的 D-SNP 計畫與州 Medicaid 計畫簽有合約。能否投保我們的計畫視合約續約情況而定。

除了緊急情況以外，網絡外/非簽約醫療服務提供者沒有義務為計畫保戶提供治療。請致電我們的客戶服務部電話號碼或參閱您的承保證明，以瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用。