2024
福利摘要

California

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) H3561 | 008

H3561_2024_CA_SB_DSNP_129169C_M
©Wellcare 2024
CA4CNCSOB29175C_0039

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) | 2024 福利摘要

簡介

本文件是 Wellcare Dual Align 所承保福利和服務的簡明摘要。其中包括對常見問題的解答、重要聯絡資訊、所提供福利和服務的概述，以及您作為 Wellcare Dual Align 保戶所享有權利的相關資訊。關鍵術語及其定義將在保戶手冊的最後一章按字母順序列出。

目錄

A. 免責聲明 2

B. 常見問題 (FAQ) 3

C. 承保服務清單 7

D. Wellcare Dual Align 以外的承保福利 25

E. Wellcare Dual Align、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的服務 26

F. 您身為本計畫保戶的權利 27

G. 如何對遭拒、延遲或修改的服務提出投訴或上訴 29

H. 若您懷疑出現欺詐，該怎麼辦 31

A. 免責聲明

此為 2024 年 Wellcare Dual Align 所承保健康服務的摘要。這僅為摘要。請閱讀保戶手冊獲得完整福利清單。您可以在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上找到保戶手冊。如需索取副本，請致電 1-800-431-9007（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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。

- 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。
- 除非在緊急情況下，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。請撥打我們保戶服務部的電話號碼或參閱您的保戶手冊以瞭解更多資訊，包括適用於網絡外服務的分攤費用。
- Medicare 核准 Wellcare Dual Align 提供這些福利和/或較低的共付額/共同保險金，作為以價值為基礎的保險設計計畫的一部分。此計畫讓 Medicare 嘗試新的方法來改善 Medicare Advantage 計畫。
- 如欲進一步瞭解 **Medicare** 的相關資訊，您可以閱讀 Medicare 與您 (Medicare & You) 手冊。該手冊總結了 Medicare 的福利、權益和保障，並且回答了關於 Medicare 的最常見問題。如需獲得該手冊，您可以前往 Medicare 網站 (www.medicare.gov) 或致電每週 7 天、每天 24 小時提供服務的 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。如欲進一步瞭解 **Medi-Cal** 的相關資訊，您可以瀏覽 California 健康照護服務部 (DHCS) 的網站 (www.dhcs.ca.gov/)，或致電 1-888-452-8609 與 Medi-Cal Ombudsman 辦公室聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。如果您同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal，也可以致電 1-855-501-3077 與 Ombudsman 專員聯絡，服務時間為週一至週五上午 9:00 至下午 5:00。
- 您可以免費獲得本文件的其他版本，如大字版、盲文版或語音版。請致電 1-800-431-9007（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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。
  - Wellcare Dual Align 希望確保您瞭解健康計畫資訊。如果您申請以不同語言或其他格式獲得資料，我們可以按照您的要求寄送資料。這稱為長期申請。我們將會記錄您的選擇。

- 如欲提出長期申請、變更長期申請或對英語以外的語言或其他格式的資料提出一次性申請，請致電聯絡 Wellcare Dual Align，電話為 1-800-431-9007（TTY：711）。我們將會記錄您的選擇。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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。但是，請注意，在 4 月 1 日至 9 月 30 日的週末和節假日期間，我們的自動電話系統可以接聽您的來電。請留下您的姓名和電話號碼，我們將在一 (1) 個工作日內給您回電。此為免費電話。

B. 常見問題 (FAQ)

下表所列為常見問題。

常見問題	解答
什麼是 **Medicare-Medi-Cal 協調計畫？**	Medicare-Medi-Cal 協調計畫是一項與 Medicare 和 Medi-Cal 簽有合約的健康計畫，旨在為投保人提供這兩項計畫的福利。該計畫適用於年滿 65 歲的人士。Medicare-Medi-Cal 協調計畫是一個由醫生、醫院、藥房、長期服務與支援 (LTSS) 提供者以及其他醫療服務提供者組成的組織。該計畫亦提供照護協調員，可協助您管理您的所有醫療服務提供者、服務和支援。他們會齊心協力提供您所需的照護。
我在 **Wellcare Dual Align** 獲得的 **Medicare** 和 **Medi-Cal** 福利是否會與現在相同？	您將可從 Wellcare Dual Align 直接獲得 Medicare 和 Medi-Cal 承保的大部分福利。 您將與一個醫療服務提供者團隊合作，他們將幫助您確定哪些服務最符合您的需求。這意味著您目前獲得的某些服務可能會因您的需求以及您醫生和照護團隊的評估而發生變更。您還可以目前的相同方式從州或縣機構直接獲得健康計畫之外的其他福利，例如居家支援服務 (IHSS)、專科精神健康和物質使用障礙服務或區域中心服務。 當您投保 Wellcare Dual Align 時，您和您的照護團隊將共同制訂滿足您健康和支援需求的照護計畫，反映您的個人偏好和目標。 如果您正在服用 Wellcare Dual Align 通常不承保的任何 Medicare D 部分處方藥，則如有醫療必要性，您可以獲得臨時性供藥，我們將協助您過渡到另一種藥物，或獲得 Wellcare Dual Align 的例外處理以承保您的藥物。如欲瞭解更多資訊，請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡。

常見問題	解答
我是否可以繼續前往我目前的醫生處就診？	通常可以。如果您的醫療服務提供者（包括醫生、醫院、治療師、藥房和其他健康照護提供者）與 Wellcare Dual Align 合作並與我們簽約，您可以繼續前往他們那裡就診。 • 與我們簽約的醫療服務提供者是「網絡內」服務提供者。 網絡內服務提供者已加入我們的計畫。這意味著他們接受我們計畫的保戶並提供我們計畫承保的服務。 **您必須使用 Wellcare Dual Align 的網絡內服務提供者。** 如果您使用的醫療服務提供者或藥房不在我們的網絡中，本計畫可能不會支付這些服務或藥物的費用。 • 若您需要緊急或急診照護或區域外透析服務，則可使用 Wellcare Dual Align 計畫外的醫療服務提供者。Wellcare Dual Align 承保網絡外急診照護。全球急診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。 • 如果您目前正在接受 Wellcare Dual Align 網絡外服務提供者的治療，或與 Wellcare Dual Align 網絡外服務提供者建立了關係，請致電保戶服務部以確認是否與其保持聯絡並要求持續照護。如果您是我們計畫的新保戶，並且您目前的醫生不在我們的網絡內，您可在特定的期限內繼續前往目前的醫生處就診。我們將其稱為持續照護。即使他們不在我們的網絡內，但如果符合特定條件，您仍可在投保時保留您目前的醫療服務提供者和服務授權長達 12 個月。請參閱保戶手冊第 1 章第 F 節瞭解更多資訊。 若需確認您的醫生是否在計畫網絡內，請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡，或閱讀計畫網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上的 Wellcare Dual Align 醫療服務提供者和藥房名錄。 如果您是 Wellcare Dual Align 的新保戶，我們將與您共同制訂滿足您需求的照護計畫。
什麼是 Wellcare Dual Align 照護協調員？	Wellcare Dual Align 照護協調員是您可聯絡的一位主要人員。該名人員可幫助管理您的所有醫療服務提供者及服務，並確保您的需求得到滿足。

常見問題	解答
什麼是長期服務與支援 (LTSS)？	長期服務與支援是為需要援助完成洗澡、如廁、穿衣、煮飯及服藥等日常活動的人士提供的幫助。其中大部分服務將在您的家中或社區中提供，但也可以在護理院或醫院提供。在某些情況下，縣政府或其他機構可能會管理這些服務，您的照護協調員或照護團隊將與該機構合作。
什麼是多元化老人服務計畫 (MSSP)？	MSSP 與健康照護服務提供者協調持續照護，這超出了您的健康計畫已經提供的服務範圍，並且可以幫助您獲得所需的其他社區服務和資源。該計畫可協助您獲得為您在家中獨立生活提供幫助的服務。
如果 Wellcare Dual Align 的網絡內服務提供者均無法提供我所需的服務，該怎麼辦？	我們的網絡內服務提供者可以提供大部分服務。如您需要某項服務，但我們的網絡並不提供，Wellcare Dual Align 將支付網絡外服務提供者的費用。
Wellcare Dual Align 在哪裡提供服務？	此計畫的服務區域包括：California 的 Los Angeles、Sacramento 和 Tulare 縣。您必須居住在上述任一區域才可加入此計畫。
什麼是預先授權？	預先授權是指您在獲得服務**之前**必須取得 Wellcare Dual Align 的核准，才能在我們的網絡外尋求服務或獲得我們網絡通常不承保的服務。如果您未獲得預先授權，Wellcare Dual Align 可能不會承保服務、程序、物品或藥物。 **若您需要緊急或急診照護或區域外透析服務，則無需獲得預先授權。**Wellcare Dual Align 可以向您或您的醫療服務提供者提供要求您在獲得服務前取得 Wellcare Dual Align 預先授權的服務或程序清單。如果您對特定服務、程序、物品或藥物是否需要預先授權有疑問，請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡以尋求幫助。
什麼是轉診？	轉診是指必須經您的主治醫生 (PCP) 核准，才能由您的 PCP 以外的人員為您看診。轉診與預先授權不同。如果您沒有獲得 PCP 的轉診，Wellcare Dual Align 可能不會承保這些服務。 Wellcare Dual Align 可以向您提供要求您在獲得服務前取得 PCP 轉診的服務清單。 請參閱保戶手冊第 3 章第 D 節，瞭解更多關於哪些情況下需要取得您 PCP 轉診的資訊。

常見問題	解答
我是否需要為 Wellcare Dual Align 支付月費（亦稱為保費）？	不需要。由於您擁有 Medi-Cal，您無需為健康保險支付任何月保費，包括您的 Medicare B 部分保費。
作為 Wellcare Dual Align 的保戶，我是否需要支付自付額？	不需要。加入 Wellcare Dual Align 後，您無需支付自付額。
作為 Wellcare Dual Align 的保戶，我為醫療服務支付的最高自付額是多少？	Wellcare Dual Align 的醫療服務沒有分攤費用，因此您的年度自費費用為 $0。
我是否有藥物承保缺口？	沒有。由於您有 Medi-Cal，您的藥物沒有承保缺口階段。

C. 承保服務清單

下表簡述了您可能需要的服務、您的費用及與福利相關的規則。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要住院照護	住院	$0	每次住院時，對於具有醫療必要性的計畫承保天數沒有限制。 除非在緊急情況下，否則您的醫生必須告知計畫您即將入院。 您必須前往網絡內醫生、專科醫生和醫院就診。 可能需要取得預先授權。
	醫生或外科醫生照護	$0	醫生和外科醫生照護作為住院的一部分提供。 可能需要取得預先授權。
	門診醫院服務，包括觀察	$0	可能需要取得預先授權。
	非住院性手術中心 (ASC) 服務	$0	可能需要取得預先授權。
您需要醫生（接下頁）	治療受傷或疾病的就診	$0	若您需要緊急或急診照護或區域外透析服務，則無需取得事先核准。對於例行性就診，轉診和預先授權規定可能適用。您必須前往網絡內醫生、專科醫生和醫院就診。
	專科醫生照護	$0	您必須前往網絡內醫生、專科醫生和醫院就診。 可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要醫生（續）	保健就診，例如身體檢查	$0	• 年度保健就診，每 12 個月一次 • 骨質密度測量（適用於擁有 Medicare 並處於危險的人士） • 結直腸篩檢檢查（適用於擁有 Medicare 且年滿 45 歲的人士） • 免疫接種（流感疫苗、B 型肝炎疫苗 – 適用於擁有 Medicare 並處於危險的人士、肺炎疫苗） • 乳房 X 光檢查（年度篩檢）（適用於擁有 Medicare 且年滿 40 歲的女性） • 子宮頸抹片檢查和骨盆檢查（適用於擁有 Medicare 的女性） • 其他保健福利
	預防您生病的照護，例如流感疫苗和檢查癌症的篩檢	$0	您必須前往我們的任一網絡內服務提供者處看診。
	「歡迎投保 Medicare」（僅一次預防性就診）	$0	在首次投保 B 部分保險後的前 12 個月期間，您可以獲得歡迎投保 Medicare 預防性就診或年度保健就診。在前 12 個月之後，您每 12 個月可以獲得一次年度保健就診。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要急診照護	急診室服務	$0	您可以在需要時獲得承保的急診照護。急診室照護適用於對您的生命構成威脅或在不立即治療的情況下可能造成嚴重傷害的醫療問題。 網絡外機構的急診照護屬於承保範圍。 全球急診服務的共付額為 $100。 全球急診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。 急診室服務無需預先授權。
	緊急照護	$0	如果您需要緊急護理，您應先嘗試透過網絡內服務提供者取得。 如果您需要計畫網絡之外的醫療服務提供者或機構提供的照護，則緊急照護和/或緊急需求服務屬於承保範圍。 全球緊急需求服務的共付額為 $100。 全球緊急需求服務的計畫承保上限為 $50,000。 緊急照護無需預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要醫療檢測	診斷放射服務（例如 X 光檢查或 CAT 掃描或 MRI 等其他造影服務）	$0	我們會支付以下服務和其他未列於此處的醫療必需服務的費用： • X 光檢查 • 夾板、石膏以及其他用於骨折和脫臼的裝置 • 血液，包括儲存和輸血 可能需要取得預先授權。
	化驗室檢測和診斷程序，例如驗血	$0	在任何地點進行的 COVID-19 檢測以及特定的檢測相關服務都是 $0。 可能需要取得預先授權。
您需要聽力/聽覺服務（接下頁）	聽力篩檢	$0	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。 我們的計畫還承保： • 每年 1 次的例行性聽力檢查 可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要聽力/聽覺服務（續）	助聽器	$0	我們的計畫承保下列項目： • 每年 1 次的助聽器調試與評估。 • 每年每隻耳朵最多 $1,000 的助聽器補貼。 每年限 2 個助聽器。 可能需要取得預先授權。
您需要牙科照護（接下頁）	牙科檢查和預防性照護	$0	作為 Medi-Cal 保戶，可以透過 Medi-Cal 牙科按服務收費計畫獲得許多標準牙科服務；其中包括但不限於以下服務： • 首次檢查、X 光檢查、洗牙和塗氟治療 • 復位和牙冠 • 根管治療 • 局部和全口假牙、調整、修復和重襯 Medi-Cal 牙科按服務收費計畫代表可於週一至週五的上午 8:00 至下午 5:00 為您提供協助，電話為 1-800-322-6384（TTY：1-800-735-2922）。另外，還可在網站 https://smilecalifornia.org 上獲得資訊。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要牙科照護（續）	修復和緊急牙科照護	$0	Medi-Cal 牙科計畫提供牙科福利。如欲瞭解更多資訊，您可以瀏覽網站 https://smilecalifornia.org/。 除了 Medi-Cal 牙科計畫外，本計畫還提供： • 修復服務 - 牙冠是同一顆牙齒每五個曆年一次的承保福利。 • 牙修復，包括假牙 - 承保服務包括每個牙弓每兩個曆年一次的假牙基底更換。橋體是同一顆牙齒每五個曆年一次的承保福利。 可能需要取得預先授權。
您需要眼科照護	眼睛檢查	$0	每年 1 次的例行性眼睛檢查。 可能需要取得預先授權。
	眼鏡或隱形眼鏡	$0	每年最高 $300 的隱形眼鏡和眼鏡（鏡框和/或鏡片）合併費用。 可能需要取得預先授權。
	其他視力照護	$0	診斷和治療眼部疾病和病症的檢查（包括年度青光眼篩檢）。 可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要精神健康服務	精神健康服務	$0	對於雙重資格保戶，如果 Medicare 不承保此項服務或當 Medicare 福利使用完畢時，Medi-Cal 將支付此項服務的費用。 • 門診精神健康服務 • 門診專科精神健康服務 • 住院專科精神健康服務 • 門診物質使用障礙服務 • 居住治療服務 • 戒斷管理（透過 Medi-Cal FFS 計畫提供自願住院戒毒服務。如欲瞭解更多資訊，請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡。） 有關 Medicare、Medi-Cal 或州或縣機構承保的專科精神健康服務，請參閱下文第 D 節。 可能需要取得預先授權。
	向需要精神健康服務的人士提供的住院和門診照護以及社區服務	$0	我們的計畫承保復健服務，其中包括精神健康服務、藥物支援服務、日間密集治療、日間復健、危機干預、危機穩定、成人住院治療服務、危機住院服務和精神健康機構服務。 有關 Medicare、Medi-Cal 或州或縣機構承保的專科精神健康服務，請參閱下文第 D 節。 可能需要取得預先授權。 請聯絡計畫瞭解詳情。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要物質使用障礙服務	物質使用障礙服務	$0	透過您的 Medi-Cal 福利，您可以獲得以下服務，還可能可以獲得其他未列於此處的服務： • 酒精濫用篩檢和諮詢 • 藥物濫用治療 • 由合格臨床醫生提供的團體或個人諮詢 **住院照護** 包括藥物濫用和復健服務。 對於每次住院的計畫承保天數沒有限制。 除非在緊急情況下，否則您的醫生必須告知計畫您即將入院。 可能需要取得預先授權。 **門診藥物濫用照護** 個人藥物濫用門診治療就診。 團體藥物濫用門診治療就診。 請參閱下文第 D 節，瞭解如何獲得縣物質使用障礙服務。 可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要住在一個別人可以輔助您生活的地方 **您在發生中風或意外後需要治療** **您在獲得健康服務時需要幫助**	專業護理照護	$0	可能需要取得預先授權。
	護理院照護	$0	可能需要取得預先授權。
	職能治療、物理治療及言語治療	$0	可能需要取得預先授權。
	非急診救護車服務	$0	可能需要取得預先授權。
	緊急情況運送	$0	無
	前往醫療約診和服務地點的交通運輸服務	$0	您的 Medicare 保險可提供最多 24 次前往計畫核准健康相關地點的單程運輸。限制和排除項目可能適用。 Medi-Cal 每年提供不限次數的前往計畫核准健康相關地點的單程運輸。 請至少提前 3 天或在赴診之前儘快撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡，以安排運送服務。 可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要治療疾病或病症的藥物（接下頁）	Medicare B 部分處方藥	$0	B 部分藥物包括由您的醫生在其診所提供的藥物、部分口服抗癌藥物以及部分需配合特定醫療設備使用的藥物。請閱讀保戶手冊瞭解更多關於這些藥物的資訊。
	副廠藥（無品牌名稱）	$0 共付額，最多 100 天藥量。100 天供藥量的共付額與一個月供藥量的共付額相同。	承保的藥物類型可能有限制。請參閱 Wellcare Dual Align 的承保藥物清單（藥物清單）瞭解更多資訊。 某些處方藥可能需要預先授權，或者可能要求您先嘗試另一種藥物。供藥量限制可能適用。 透過郵購和特定零售藥房可以獲得某些藥物的延長天數供藥量。如欲瞭解更多資訊，請參閱我們的承保藥物清單檢視供藥天數可延長的藥物。 **關於疫苗費用的重要資訊** – 某些疫苗被視作醫療福利。其他疫苗則被視作 D 部分藥物。您可以在計畫的承保藥物清單（處方集）上找到這些疫苗。我們的計畫承保大多數 D 部分疫苗，您無需支付任何費用。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要治療疾病或病症的藥物（續）	原廠藥	$0 共付額，最多 100 天藥量。100 天供藥量的共付額與一個月供藥量的共付額相同。	承保的藥物類型可能有限制。請參閱 Wellcare Dual Align 的承保藥物清單（藥物清單）瞭解更多資訊。 某些處方藥可能需要預先授權，或者可能要求您先嘗試另一種藥物。供藥量限制可能適用。 透過郵購和特定零售藥房可以獲得某些藥物的延長天數供藥量。如欲瞭解更多資訊，請參閱我們的承保藥物清單檢視供藥天數可延長的藥物。
	非處方 (OTC) 藥	$0	請參閱 Wellcare Spendables™ 部分瞭解更多資訊。 Medi-Cal Rx 計畫還承保一些 OTC 物品。請向您的醫療服務提供者或藥劑師尋求幫助。 承保的藥物類型可能有限制。請參閱 Wellcare Dual Align 的承保藥物清單（藥物清單）瞭解更多資訊。
您需要恢復健康的協助或者有其他特殊健康需求	復健服務	$0	可能需要取得轉診。
	居家照護醫療設備	$0	可能需要取得預先授權。
	透析服務	$0	無

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要足部護理	足部治療服務	$0	我們會支付以下服務的費用： • 足部受傷和疾病的診斷及藥物或手術治療（例如錘狀趾或腳跟骨刺和發炎） • 針對罹患會影響腿部之病症（例如糖尿病）的保戶所提供的例行性足部護理 其他例行性足部護理上限為每年 12 次就診，包括切割或除去雞眼和老繭以及修整、剪除或修剪指甲。 可能需要取得預先授權。
	矯形服務	$0	如果持照的醫師、足科醫生或牙科醫生在其執照範圍內開立的機能恢復或身體部位替換所需的所有假體和矯正裝置分別由修復師、矯形師或持照執業人員提供，則屬於承保範圍。 可能需要取得預先授權。
您需要耐用醫療設備 (DME) **備註：** 此表並非承保 DME 的完整清單。如需完整清單，請聯絡保戶服務部或參閱保戶手冊第 4 章。	輪椅、拐杖和助行器	$0	可能需要取得預先授權。
	噴霧器	$0	可能需要取得預先授權。
	氧氣設備和用品	$0	可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要居家生活輔助（接下頁）	居家健康服務	$0	可能需要取得預先授權。
	居家服務，例如清掃或整理家務或扶手等家居改造	$0	如果您符合特定的臨床標準，可以透過社會服務部 (DSS) 的 Medi-Cal 居家支援服務 (IHSS) 計畫獲得額外的居家支援服務。 服務可以由持照的計畫臨床醫生或持照的計畫醫療服務提供者建議或申請。您可以參與照護管理或接受照護經理的評估。 可能需要取得轉診。 請致電保戶服務部或您的照護協調員以瞭解更多資訊並與您所在縣的社工人員取得聯絡。如果對您的 Medi-Cal 資格有任何疑問或申請居家支援服務，請聯絡您所在縣的社會服務機構。 **Los Angeles 縣 – 1-866-613-3777（此為免費電話）** **Sacramento 縣 – 916-874-2888** **Tulare 縣 – 1-800-571-9555**

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
您需要居家生活輔助（續）	成人日間健康、社區成人服務 (CBAS) 或其他支援服務	$0	CBAS 組合服務：一項門診機構服務計畫，向合資格的 Medi-Cal 受益人提供專業護理照護、社會服務、治療、個人照護、家人/護理人員訓練和支援、膳食和交通運輸。 CBAS 非組合服務：在某些情況下，在中心外提供的部分 CBAS 中心服務。 請聯絡保戶服務部或您的照護協調員，瞭解更多有關如何符合資格的資訊。 可能需要取得預先授權。
	日間適應訓練服務	$0	可能需要取得預先授權。
	協助您獨立生活的服務（居家健康照護服務或個人照護隨護員服務）	$0	社區支援是具有醫療適當性和經濟效益的替代服務或環境。保戶可自行選擇這些服務。如果您符合資格，這些服務可協助您更加獨立地生活。這些服務不會取代您透過 Medi-Cal 已取得的福利。我們提供的社區支援範例包括醫療輔助食物和膳食或根據醫療狀況設計的膳食、居家健康服務、對您或您的照護者提供的幫助或淋浴扶手和坡道。 請聯絡保戶服務部或您的照護協調員以瞭解更多資訊。您的照護協調員可以幫助您申請 Medi-Cal 居家支援服務。您也可以瀏覽 https://www.cdss.ca.gov/。 可能需要取得預先授權。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
其他服務（接下頁）	脊椎推拿治療服務	$0	我們的計畫承保不限次數的脊椎調整就診，以矯正脊椎移位。 我們的計畫還承保補充（非 Medicare 承保）的脊椎推拿治療服務。 可能需要取得預先授權。
	針灸	$0	我們的計畫每年針對公認的醫療狀況承保不限次數的針灸就診。 可能需要取得預先授權。
	糖尿病用品和服務	$0	在藥房取得糖尿病血糖儀和用品時限用 OneTouch。除非預先授權，否則不承保其他品牌和連續血糖監測系統。供藥量限制可能適用。 可能需要取得預先授權。
	Wellcare Spendables™	$0	您**每月**將收到 **$75**，預存到您的 Wellcare Spendables™ 卡上。**您未使用的每月補貼將結轉至下個月，並在計畫年度結束時到期。** 您的卡補貼可用於： ▪ **非處方物品 (OTC)** – 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。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
其他服務（續）（接下頁）			由於您的計畫參與了以價值為基礎的保險設計計畫，因此您還可以將 Wellcare Spendables™ 補貼用於以下任何福利： ▪ **健康食品** – 您可以使用您的卡在簽約的零售商處購買健康食品和農產品。透過線上入口網站可以訂購預製膳食。 ▪ **加油自助支付** – 您可以使用您的卡直接在加油泵處支付加油費。該卡不能用於在收銀台當面付款。使用您的卡時不得超出可用補貼金額。 ▪ **水電費補助** – 您可以使用您的卡來幫助支付您家的水電費。您的卡可用於支付水電費，包括水、取暖油和天然氣、電、垃圾、有線電視服務（不包括串流媒體服務）、固定電話或行動電話和網際網路。 ▪ **租金補助** – 您可以使用您的卡來幫助支付房屋租金。 如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的保戶手冊。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
其他服務（續）（接下頁）	膳食	$0	急性期後膳食 對於住院後為幫助康復而立即提供的膳食，您無需支付任何費用，每天最多 3 餐，最多持續 14 天，上限為 42 餐。 可能需要取得轉診。
	假體服務	$0	我們的計畫會支付一些假體裝置的費用，包括心律調節器、假肢鞋和乳房假體。我們還會支付假體裝置的修復或替換費用。 可能需要取得預先授權。
	放射線治療	$0	我們的計畫支付放射（鐳射和同位素）治療費用，包括技術材料和用品。 可能需要取得轉診和預先授權。
	協助管理您疾病的服務	$0	在某些情況下，我們將支付協助您管理糖尿病所需的訓練費用。如欲瞭解更多資訊，請聯絡保戶服務部。 可能需要取得轉診。

健康需求或疑慮	您可能需要的服務	您須支付的網絡內服務提供者費用	限制、例外情況及福利資訊（與福利相關的規則）
其他服務（續）	保健方案	$0	我們提供許多著重於特定健康病症的計畫。其中包括： • 活動追蹤器材； • 額外的例行性年度體檢； • 健康教育課程； • 營養教育課程； • 戒煙和煙草使用戒除； • 護理熱線；及 • 健身福利 健身福利會透過簽約機構提供基本健身會員資格，您也可以申請居家健身計畫。 • 個人緊急醫療應變裝置 (PERS)： 承保終身一台個人緊急醫療應變裝置和月費。個人緊急醫療應變裝置可讓您高枕無憂，全天候應對您的急診和非急診需求。 如需保健方案所提供福利的詳細清單，請參閱保戶手冊。

上述福利摘要僅供參考之用，並非完整的福利清單。如需完整清單以及有關您福利的更多資訊，您可以閱讀 Wellcare Dual Align 保戶手冊。如果您沒有保戶手冊，請撥打本頁面底部的電話號碼與 Wellcare Dual Align 保戶服務部聯絡索取。如果您有任何疑問，也可以致電保戶服務部或瀏覽 www.wellcare.com/healthnetCA。

D. Wellcare Dual Align 以外的承保福利

您可以獲得的某些服務不屬於 Wellcare Dual Align 的承保範圍，但屬於 Medicare、Medi-Cal 或州或縣機構的承保範圍。此表並非完整清單。請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡，以瞭解這些服務。

Medicare、Medi-Cal 或州機構承保的其他服務	**您的費用**
Medi-Cal 牙科按服務收費 [除 Sacramento 以外的所有縣以及 Los Angeles 縣的部分保戶] 請致電 1-800-322-6384 與 Medi-Cal Dental 聯絡或瀏覽網站 smilecalifornia.org/。 Sacramento 縣 Medi-Cal 牙科管理式照護（強制投保） Los Angeles 縣 Medi-Cal 牙科管理式照護（自願投保） Access Dental Plan – 1-877-821-3234 (TTY/TDD 1-877-688-9891) 和 https://www.premierlife.com/ Health Net Dental – 1-877-550-3868 (TTY/TDD 1-800-735-2922) 和 https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/medi-cal/dental.html Liberty Dental Plan – 1-877-550-3875 (TTY/TDD 1-800-430-7077 和 https://www.libertydentalplan.com/	$0
輔助式生活豁免 (ALW)	$0
多元化老人服務計畫 (MSSP)	$0
區域中心服務	$0
郡縣專科精神健康和物質使用障礙 (SUD) 服務或醫療服務提供者	$0
家庭及社區豁免服務 (HCBS) 或醫療服務提供者	$0
居家支援服務 (IHSS) 或醫療服務提供者	$0
Medi-Cal Rx：Medi-Cal 承保的處方服務或醫療服務提供者	$0

如果您有任何疑問，請致電聯絡 Wellcare Dual Align，電話為 1-800-431-9007（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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。**如欲瞭解更多資訊**，請瀏覽 www.wellcare.com/healthnetCA。

Denti-Cal 計畫：Medi-Cal 牙科服務或醫療服務提供者	$0
Wellcare Dual Align 以外承保的某些安寧照護服務	$0
社會心理復健	$0
目標型個案管理	$0
養老院食宿	$0

E. Wellcare Dual Align、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的服務

此表並非完整清單。請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡，以瞭解其他不保服務。

Wellcare Dual Align、Medicare 和 Medi-Cal 不承保的服務	
根據 Medicare 和 Medi-Cal 的標準被視為「不合理且不具醫療必要性」的服務，除非我們將這些服務列為承保服務。	醫院的單人病房，但醫療所必需者不在此限。
實驗性醫療及手術治療、物品和藥物，除非由 Medicare、Medicare 核准的臨床試驗研究或我們的計畫承保。請參閱保戶手冊第 3 章，瞭解有關臨床試驗研究的更多資訊。實驗性治療和用品是指未獲得醫學界普遍接納的治療和用品。	在家中接受的全職護理。
私人值班護士	

F. 您身為本計畫保戶的權利

身為 Wellcare Dual Align 保戶，您擁有特定權利。您可以行使這些權利而不會受到懲罰。您亦可行使這些權利而不會喪失您的健康照護服務。關於您的權利資訊，我們至少每年告知您一次。如需更多關於您權利的資訊，請參閱保戶手冊。您的權利包括但不限於以下各項：

- **您有權獲得尊重、享受公平待遇及保有尊嚴。**其中包括以下權利：
  - 獲得承保服務，而無需擔心醫療狀況、健康狀況、健康服務的接受情況、理賠經歷、病史、殘疾（包括精神障礙）、婚姻狀況、年齡、性別（包括性別成見和性別認同）、性取向、國籍、種族、膚色、宗教、信仰或公共援助
  - 免費獲得其他語言和格式的資訊（例如大字版、盲文版或語音版）
  - 不受任何形式的限制或隔離
- **您有權瞭解您的健康照護之相關資訊。** 其中包括有關治療及您的治療選擇的資訊。此資訊應採用您能理解的語言和格式提供。其中包括獲得以下資訊的權利：
  - 我們承保的服務的說明
  - 如何獲得服務
  - 服務將向您收取多少費用
  - 健康照護服務提供者的名稱
- **您有權作出關於您照護的決定，包括拒絕治療。**其中包括以下權利：
  - 選擇主治醫生 (PCP)，您可以在全年任何時候更換 PCP
  - 向女性健康照護服務提供者求診，而無需轉診
  - 迅速獲得承保的服務和藥物
  - 得知所有治療選項，無論費用多少或無論是否承保
  - 拒絕治療，即便您的健康照護服務提供者不建議這麼做
  - 停止服用藥物，即便您的健康照護服務提供者不建議這麼做

如果您有任何疑問，請致電聯絡 Wellcare Dual Align，電話為 1-800-431-9007（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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。**如欲瞭解更多資訊**，請瀏覽 www.wellcare.com/healthnetCA。

- 徵求第二診療意見。Wellcare Dual Align 將支付您的第二診療意見就診的費用
- 透過預立醫療指示告知您的健康照護意願

- **您有權及時獲得照護而不會遭遇任何通訊或物理上的障礙。**其中包括以下權利：
  - 及時獲得醫療照護
  - 可順暢出入健康照護服務提供者的診所。根據《美國殘疾人法案》的規定，這表示殘障人士可無障礙通行
  - 讓口譯員協助您與您的健康照護服務提供者及健康計畫進行溝通
- **您有權在需要時尋求急診和緊急護理。** 這表示您有權：
  - 在緊急情況下獲得急診服務，而無需預先授權
  - 在必要時向網絡外緊急或急診照護服務提供者求診
- **您有取得保密及隱私的權利。**其中包括以下權利：
  - 索取及獲得一份您可以理解的醫療記錄副本，及要求變更或更正您的記錄
  - 對您的個人健康資訊保密
- **您有權對遭拒、延遲或修改的服務提出投訴或上訴，請參閱下面的 G 部分。**其中包括以下權利：
  - 針對我們或我們的醫療服務提供者提出投訴或申訴
  - 對我們或我們的醫療服務提供者所作的某些決定提出上訴
  - 請透過免費電話號碼 (1-888-466-2219) 向 California 健康照護管理部 (Department of Managed Health Care, DMHC) 提出投訴，聽語障人士請致電 TDD 專線 (1-877-688-9891)。DMHC 網站 (www.dmhc.ca.gov/) 線上提供投訴表、獨立醫療審查 (IMR) 申請表和說明。
  - 要求 DMHC 對醫療性質的 Medi-Cal 服務或物品進行獨立醫療審查
  - 要求舉行州政府聽證會
  - 獲得有關服務遭拒的詳細原因，並免費索取用於作出決定的所有資訊副本

如欲進一步瞭解您的權利，您可以閱讀保戶手冊。如果您有任何疑問，請撥打本頁面底部的電話號碼與 Wellcare Dual Align 保戶服務部聯絡。

如果您同時擁有 Medicare 和 Medi-Cal，也可以致電 1-855-501-3077 與 Ombudsman 專員聯絡，服務時間為週一至週五上午 9:00 至下午 5:00，或致電 1-888-452-8609 與 Medi-Cal Ombudsman 辦公室聯絡，服務時間為週一至週五上午 8:00 至下午 5:00。

G. 如何對遭拒、延遲或修改的服務提出投訴或上訴

如果您要提出投訴或認為 Wellcare Dual Align 不當拒絕、延遲或修改服務，請撥打本頁面底部的電話號碼與保戶服務部聯絡。您可能可以就我們的裁決提出上訴。

若有關於投訴和上訴的疑問，您可閱讀保戶手冊第 9 章。您也可以撥打本頁面底部的電話號碼與 Wellcare Dual Align 保戶服務部聯絡。您還可以聯絡保戶服務部諮詢申訴事宜。

如果您仍不同意該裁決，您可以：

- 申請「獨立醫療審查」(IMR)，與健康計畫無關的外部審查員將對您的個案進行審查
- 申請舉行「州政府聽證會」，法官將會審查您的個案

您可以同時申請 IMR 和州政府聽證會。您也可以先申請其中一個，看看是否能夠解決您的問題，然後再申請另外一個。例如，如果您先申請 IMR，但對裁決存有異議，您稍後仍可申請舉行州政府聽證會。但是，如果您先申請舉行州政府聽證會，且聽證會已經舉行，則您無法申請 IMR。在此情況下，州政府聽證會將擁有最終決定權。

您不必為 IMR 或州政府聽證會付費。

獨立醫療審查 (IMR)

如果您想要申請 IMR，您必須在本「上訴決議通知書」信函的日期起 **180 個曆日**內提出申請。以下段落將向您提供有關如何申請 IMR 的資訊。請注意，「申訴」一詞同時指「投訴」和「上訴」。

California 健康照護管理部 (Department of Managed Health Care) 負責調整健康照護服務計畫。如果您要對您的健康計畫提出申訴，您應首先致電 **1-800-431-9007** 聯絡 Wellcare Dual Align 並使用 Wellcare Dual Align 的上訴流程，然後再聯絡該部門。使用此申訴程序並不禁止您可能享有的任何潛在法律權利或治療措施。如果您需要幫助處理涉及緊急情況的申訴、您的健康計畫未滿意解決的申訴或 30 個曆日以上仍未解決的申訴，您可以致電該部門尋求幫助。您也可能有資格獲得獨立醫療審查 (IMR)。如果您有資格獲得 IMR，IMR 流程將對健康計畫做出的醫療決定進行公正審查，這些

醫療決定與擬議服務或治療的醫療必要性、試驗性或調查性治療的保險範圍決定以及急診或緊急醫療服務的付款爭議有關。該部門還提供免費電話 **(1-888-466-2219)** 並為聽語障人士提供了 TDD 專線 **(1-877-688-9891)**。該部門的網際網路網站 **(http://www.dmhc.ca.gov)** 線上提供投訴表、IMR 申請表和說明。

州政府聽證會

若您想要舉行州政府聽證會，必須在告知您先前的不利福利裁定部分或完全維持原議的「上訴決議通知」(NAR) 日期起 **120 個曆日**內申請。但是，**如果您目前正在接受治療並且想要繼續接受治療，您必須**在 NAR 信函的郵戳日期或送達日期後的 **10 個曆日內**，或在您的健康計畫表示將停止服務的日期之前**申請舉行州政府聽證會**。您在申請舉行州政府聽證會時必須表示希望繼續接受治療。

您可透過電話或書面申請州政府聽證會：

- 透過電話：請致電 **1-800-952-5253**。該號碼可能非常忙碌。您可能聽到請您稍後重撥的訊息。如果您有語言或聽力障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-952-8349**。

- 透過書面方式：填寫州政府聽證會申請表，或將信函寄送至：

  California Department of Social Services
  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
  Sacramento, CA 94244-2430

  本信函隨附了州政府聽證會申請表。請務必填寫您的姓名、地址、電話號碼、社會安全號碼，以及您想要申請舉行州政府聽證會的原因。如果有人幫助您申請州政府聽證會，請在申請表或信函中填寫他們的姓名、地址和電話號碼。如果您需要口譯人員，請告知我們您使用的語言。您無需為口譯人員付費。我們將為您提供一名口譯人員。

在您申請舉行州政府聽證會之後，最長可能需要 90 個曆日才能對您的個案作出裁決並將答覆寄給您。如果您認為等待太長會損害您的健康，則您有可能可以在 3 個曆日內得到答覆。請您的醫生或健康計畫幫您寫信。這封信必須詳細說明等待長達 90 個曆日的時間決定您的個案將如何嚴重損害您的生命、健康，或獲得、維持或重新獲得充分發揮功能之能力。然後，確保您申請的是**「加急聽證會」**，並提供這封申請聽證會的信函。

您可以在州政府聽證會上為自己發言。也可以請親屬、朋友、倡議者、醫生或律師代您發言。如果您想讓其他人代您發言，則必須告知州政府聽證會辦公室，您允許此人代您發言。此人稱為「授權代表人員」。

如果您有任何疑問，請致電聯絡 Wellcare Dual Align，電話為 1-800-431-9007（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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。**如欲瞭解更多資訊**，請瀏覽 www.wellcare.com/healthnetCA。

若有關於投訴和上訴的疑問，您可閱讀 Wellcare Dual Align 保戶手冊第 9 章。您也可以致電 Wellcare Dual Align 保戶服務部。

如有關於福利或照護的問題、疑慮或疑問，請致電 Wellcare Dual Align 保戶服務部。

H. 若您懷疑出現欺詐，該怎麼辦

大部分提供服務的健康照護專業人員和組織都很誠實。遺憾的是，有些可能並不誠實。

如果您認為醫生、醫院或其他藥房行事不當，請聯絡我們。

- 請致電 Wellcare Dual Align 保戶服務部與我們聯絡。電話號碼列於本頁面底部。
- 或者致電 1-800-841-2900 與 Medi-Cal 客戶服務中心聯絡。TTY 使用者可致電 1-800-497-4648。
- 或者致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。TTY 使用者可致電 1-877-486-2048。您可每週 7 天、每天 24 小時免費撥打這些電話。
- 或致電 Wellcare Dual Align 欺詐舉報熱線 1-800-977-3565（TTY：711）。您可每週 7 天、每天 24 小時免費撥打此電話。

  將您的報告寄送至：
  Special Investigations Unit
  7700 Forsyth Blvd.
  Clayton, MO 63105
- 或致電 California 健康照護服務部欺詐與濫用熱線 1-800-822-6222（TTY：711），或致電聯絡 Medi-Cal 欺詐與老人虐待的檢察長部門，電話為 1-800-722-0432（TTY：711）。此為免費及保密電話。若要以書面方式舉報欺詐、浪費和濫用行為，請寫下犯下欺詐、浪費和濫用行為之人士的姓名、地址和 ID 號碼。請盡量提供與該人士有關的詳細資訊，例如電話號碼或專科（若是醫療服務提供者）。請提供事件發生日期以及確切事發經過摘要。

如您有常見疑問或對我們的計畫、服務、服務區域、帳單或保戶 ID 卡存有疑問，請致電 Wellcare Dual Align 保戶服務部：

1-800-431-9007
此為免費電話。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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。

保戶服務部還向母語為非英語者提供免費口譯員服務。
TTY：711
這個號碼需要特殊電話設備，專供聽障或語障人士使用。
此為免費電話。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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。

如果您對自己的健康存有疑問：

- 請致電您的主治醫生 (PCP)。在診所下班時間，請按照您 PCP 的指示獲得照護。
- 即使您 PCP 的診所已下班，您也可以撥打 Wellcare Dual Align 的護士專線。護士將傾聽您的問題並告知您如何獲得照護。（例如：緊急護理、急診室）。Wellcare Dual Align 的護士專線電話號碼為：

1-800-893-5597
此為免費電話。服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

Wellcare Dual Align 還向母語為非英語者提供免費口譯員服務。
TTY：711
此為免費電話。服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

如果您需要即時行為健康照護，請致電 MHN 行為健康專線：

1-888-327-0010
此為免費電話。服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

Wellcare Dual Align 還向母語為非英語者提供免費口譯員服務。
TTY：711
此為免費電話。服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

如果您有任何疑問，請致電聯絡 Wellcare Dual Align，電話為 1-800-431-9007（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上午 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上午 8 點至晚上 8 點。此為免費電話。**如欲瞭解更多資訊**，請瀏覽 www.wellcare.com/healthnetCA。

反歧視聲明

歧視是違法行為。Wellcare By Health Net 遵循州和聯邦民權法。Wellcare By Health Net 不會因生理性別、種族、膚色、宗教、族裔、國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、生理殘疾、醫療病症、基因資訊、婚姻狀態、性別、性別認同或性向而非法歧視、排除他人或給予差別待遇。

Wellcare By Health Net 可以：

- 為殘疾人士提供免費援助與服務，幫助他們更順利地交流，例如：
  - 合格的手語翻譯
  - 其他格式的書面資訊（大字版、音訊、可存取的電子格式、其他格式）
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
  - 合格口譯員
  - 以其他語言撰寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 **1-800-431-9007** 與 Wellcare By Health Net 聯絡。自 10 月 1 日起至 3 月 31 日止，您可以在週一到週日上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，您可以在週一到週五上午 8 點至晚上 8 點期間聯絡我們。下班時間、週末和聯邦假期請使用電話留言系統。如果您有聽力或言語障礙，請致電 **TTY 711**。根據要求，本文件可以盲文版、大字版、錄音帶或電子形式提供給您。如欲獲得上述任一替代格式的副本，請致電或寫信至：

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007（TTY：711）

如何提出申訴

如果您認為 Wellcare By Health Net 未能提供這些服務或基於生理性別、種族、膚色、宗教、族裔、國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、生理殘疾、醫療病症、基因資訊、婚姻狀態、性別、性別認同或性向而以其他方式實施非法歧視，您可以向保戶服務部提出申訴。您可以透過電話、寫信、當面或在線上提出申訴：

- **透過電話：**致電 **1-866-458-2208** 與 Wellcare By Health Net 的民權協調員聯絡。服務時間為週一至週五上午 8 點至下午 5 點。或者，如果您有聽力或言語障礙，請致電 **TTY 711**。

- **寫信**：填寫投訴表或寫信並寄至：**Wellcare Civil Rights Coordinator**
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **當面**：前往您醫生的辦公室或 Wellcare By Health Net，表明您要提出申訴。
- **線上**：瀏覽 Wellcare By Health Net 的網站 **wellcare.com/healthnetCA**。

民權辦公室 – California 健康照護服務部

您還可以透過電話、寫信或在線上向 California 健康照護服務部民權辦公室提交民權投訴：

- **透過電話**： 致電 **1-916-440-7370**。如果您有言語或聽力障礙，請致電 **TTY 711（聽語障人士電信轉接服務）**。
- **寫信**：填寫投訴表或寄信至：
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  投訴表可在以下網站獲得：**http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**。
- **線上**：傳送電子郵件至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

民權辦公室 – 美國衛生及公共服務部

若您認為自己基於種族、膚色、國籍、年齡、殘疾或生理性別遭到歧視，也可以透過電話、寫信或在線上向美國衛生及公共服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **透過電話**：致電 **1-800-368-1019**。如果您有語言或聽力障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- **寫信**：填寫投訴表或寄信至：
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  投訴表可在以下網站獲得：**http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**。
- **線上**：瀏覽民權辦公室投訴入口網站 **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**。

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也爲殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務爲免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007**(TTY:**711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (**ພາສາລາວ**): ສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມ ຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY:711)**। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.