



2024

Краткое описание страхового покрытия

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H3561 | 001

Мы знаем, как важно иметь надежный план медицинского страхования

Здесь приведено краткое описание лекарств и медицинских услуг, покрываемых планом Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) с 1 января 2024 г. по 31 декабря 2024 г.

В этом документе содержится обзор предоставляемого нами покрытия и обязательств по участию в оплате услуг. В нем перечислены не все услуги, ограничения и исключения. Полный список услуг приведен в Справочнике участника плана (EOC). Справочник участника плана можно найти на нашем сайте www.wellcare.com/healthnetCA. Чтобы запросить его экземпляр, позвоните по номеру 1-844-917-0175 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. (все часовые пояса).

Кто может стать участником?

Чтобы зарегистрироваться в одном из наших планов, вам необходимо иметь право на участие в Части А программы Medicare, быть участником Части В Medicare и проживать в нашей зоне обслуживания. Участники обязаны продолжать выплачивать свои страховые взносы в рамках Части В Medicare, если их не платит за участника Medicaid или другое третье лицо. Чтобы получить право на участие, получатель страхового покрытия должен иметь гражданство США или законное право на пребывание в США.

Наша зона обслуживания включает следующие округа в штате California: Amador, Imperial, Kern, Placer, San Francisco, San Joaquin, Stanislaus.

Если вы хотите узнать больше о страховом покрытии и расходах в рамках программы Original Medicare, обратитесь к актуальному справочнику «Medicare и вы» (Medicare & You). Его можно найти на сайте www.medicare.gov. Также можно запросить печатный экземпляр, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Пользователи TTY могут позвонить по номеру 1-877-486-2048.

Планы организации медицинского обеспечения (НМО) — это планы медицинского страхования, предлагаемые страховыми компаниями, у которых есть сеть заключивших с ними договоры медицинских учреждений и поставщиков медицинских услуг. Как правило, планы НМО требуют от участников выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), этот PCP будет координировать обслуживание и выбирать для вас специалиста, сотрудничающего с нашим планом, если вам понадобятся его услуги.

Наши планы предоставляют вам доступ к нашей сети высококвалифицированных поставщиков медицинских услуг, работающих в вашем районе. Вы сможете выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), который будет работать с вами и координировать получаемые вами услуги. Вы можете запросить актуальный указатель поставщиков услуг и аптек или просмотреть обновленный список поставщиков услуг, сотрудничающих с планом, на сайте www.wellcare.com/healthnetCA. (Обратите внимание: за исключением экстренной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи при отсутствии доступа к поставщикам услуг, сотрудничающим с планом, услуг диализа вне зоны

обслуживания и случаев, когда ваш план разрешает обратиться к поставщикам услуг, не сотрудничающим с планом, ни программа Medicare, ни наш план не будут покрывать расходы, если вы обратитесь за медицинским обслуживанием к поставщикам услуг, не сотрудничающим с нами.)

Наши планы также включают покрытие рецептурных лекарств и доступ к обширной сети аптек, сотрудничающих с нашим планом. В наших планах используется перечень покрываемых лекарств. Наши планы покрытия лекарств созданы специально для обладателей страховки Medicare и включают обширный перечень доступных по цене фирменных и непатентованных лекарств.

Какие врачи, больницы и аптеки мне доступны? У плана Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) есть сеть врачей, больниц, аптек и других поставщиков услуг. В рамках некоторых планов при обращении к поставщикам, не сотрудничающим с нами, ваша доля в оплате покрываемых услуг может быть выше.

Указатель поставщиков услуг и аптек, сотрудничающих с нашим планом, а также (если план покрывает лекарства по рецепту) полный перечень покрываемых лекарств (список отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D) можно найти на нашем сайте www.wellcare.com/healthnetCA.

Чтобы узнать больше, позвоните нам по номеру 1-844-917-0175 (номер для пользователей ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. (все часовые пояса). Посетите наш сайт www.wellcare.com/healthnetCA.

Мы обязаны предоставить информацию в приемлемом для вас виде (на языке, отличном от английского, в виде аудиозаписи, шрифтом Braille, крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.). Если вам нужна информация о плане в другом формате, позвоните в отдел обслуживания участников.

Требования к участникам

Этот план доступен для всех участников и программы Medical Assistance штата, и программы Medicare.

Чтобы получить право на участие в этом плане, вы должны соответствовать указанным ниже критериям в отношении особых потребностей.

H3561001000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) — FBDE, QMB+, SLMB+

Описание всех уровней поддержки MSP можно найти в разделе «Уровни программы сокращения расходов в рамках Medicare (MSP)» ниже. Страховые взносы, доплаты, доли стоимости и франшизы могут различаться в зависимости от вашей категории соответствия требованиям Medicaid и/или уровня поддержки от программы «Дополнительная помощь» (Extra Help), которую вы получаете.

Планы для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (DSNP), — это специализированные планы Medicare Advantage, предлагающие страховое покрытие медицинских услуг для людей, которые имеют покрытие и Medicare, и Medicaid. Получатели покрытия должны соответствовать определенным критериям по доходу и ресурсам. Требования для участия и объем страхового покрытия определяются штатом, в котором предлагается план.

Кроме того, вам необходимо быть участником плана California Medicaid. Страховые взносы, доплаты, доли стоимости и франшизы могут различаться в зависимости от вашей категории соответствия требованиям Medicaid и/или уровня поддержки от программы «Дополнительная помощь», которую вы получаете. Страховые взносы в рамках Части В за участников с полным покрытием по двум программам платит штат California. Чтобы узнать больше, свяжитесь с планом.

Право на участие в двух программах

Medicaid — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая оплачивать медицинские расходы определенным категориям населения с ограниченными доходами и ресурсами. Страховое покрытие Medicaid ценно тем, что штат предоставляет дополнительное покрытие медицинских услуг и финансовую поддержку в соответствии с уровнем помощи от программы сокращения расходов в рамках Medicare (MSP). Покрытие Medicaid зависит от штата и типа имеющейся у вас страховки Medicaid. Расходы на покрываемые услуги могут зависеть от того, на какой уровень покрытия Medicaid вы имеете право. Некоторые обладатели покрытия Medicaid получают помощь с оплатой своих страховых взносов по программе Medicare и других расходов. Часть людей могут также получить покрытие дополнительных услуг и лекарств, покрываемых в рамках Medicaid, а не Medicare.

Уровни программы сокращения расходов в рамках Medicare (MSP)

- **Лицо, имеющее право на полное страховое покрытие двух программ (FBDE).** Medicaid может выплачивать ваши доплаты, доли стоимости, франшизы и страховые взносы в рамках Частей А и В Medicare. Соответствующие критериям получатели покрытия также получают полное страховое покрытие Medicaid.
- **Соответствующий критериям получатель покрытия Medicare (QMB).** Medicaid будет выплачивать ваши доплаты, доли стоимости, франшизы и страховые взносы в рамках Частей А и В Medicare. Некоторые обладатели статуса QMB также имеют право на полное страховое покрытие Medicaid (QMB+).
- **Получатель покрытия Medicare с установленным низким доходом (SLMB).** Medicaid будет покрывать расходы на ваши страховые взносы в рамках Части В Medicare. Некоторые обладатели статуса SLMB также имеют право на полное страховое покрытие Medicaid (SLMB+).
- **Соответствующее критериям лицо (QI).** Medicaid будет оплачивать расходы, связанные с Частью В Medicare.
- **Соответствующее критериям работающее лицо с инвалидностью (QDWI).** Medicaid будет оплачивать расходы, связанные с Частью А Medicare.

Примечание. Некоторые уровни MSP автоматически предоставляют право на участие в программе «Дополнительная помощь», помогающей оплачивать расходы, связанные с покрытием лекарств по рецепту в рамках Medicare. Участие в оплате в рамках Частей А и В в некоторых штатах не покрывается.

Что такое программа «Дополнительная помощь»?

Вам может быть доступна субсидия для лиц с низким доходом (LIS) в рамках программы «Дополнительная помощь», которая помогает оплачивать собственные расходы в рамках Части D, в частности страховые взносы, франшизы, доплаты и доли стоимости. Многие имеют право на участие в программе «Дополнительная помощь», но даже не знают об этом. Примите во внимание, что поддержка также может зависеть от вашего уровня в программе сокращения расходов в рамках Medicare (MSP) и наличия права на участие в двух программах.

Если у вас есть вопросы, связанные с правом на участие в программе Medicaid и предлагаемым вам страховым покрытием, позвоните по номеру, указанному на задней обложке этого документа.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Ежемесячный страховой взнос в рамках плана (включая и медицинское обслуживание, и лекарства)	\$0 Вы обязаны продолжать платить свои страховые взносы в рамках Части В Medicare, если их не платит Medicaid или другое третье лицо.
Франшиза	Франшизы нет
Максимальная сумма собственных расходов (не включая лекарства по рецепту)	\$8,850 в год за услуги поставщиков, сотрудничающих с планом Это максимальная сумма, которую вы заплатите в виде доплат и доли стоимости за услуги в рамках Частей А и В в течение года.
Покрытие стационарного лечения в больнице	Дни 1–90: доплата \$0 за одну госпитализацию *
Покрытие амбулаторного лечения в больнице Амбулаторные услуги больницы	Доплата \$0 за хирургические и нехирургические услуги (включая диагностическую колоноскопию) *
Услуги амбулаторного наблюдения в больнице	Доплата \$0
Услуги амбулаторного хирургического центра (ASC)	Доплата \$0 *
Приемы врачей Поставщики первичного медицинского обслуживания	Доплата \$0
Специалисты	Доплата \$0 *

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может требоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Профилактические услуги (например, ежегодный профилактический осмотр, измерение плотности костной ткани, обследование на рак молочной железы (маммограмма), шейки матки, влагалища, прямой кишки, простаты (PSA), обследование сердечно-сосудистой системы, обследование на диабет, на гепатит В, вакцинация (включая прививки от гриппа, гепатита В, пневмококковой инфекции, COVID))	Доплата \$0
Экстренная медицинская помощь	Доплата \$0
Покрытие экстренной медицинской помощи в других странах	Доплата \$100 Размер страхового покрытия для экстренной и неотложной медицинской помощи в других странах ограничен максимальной суммой \$50,000. Покрытие медицинских услуг в других странах, помимо предоставляемых в отделении экстренной помощи или в рамках экстренной госпитализации, не предоставляется. При госпитализации для получения экстренной медицинской помощи в других странах доплата не отменяется.

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может потребоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может потребоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Неотложная медицинская помощь	Доплата \$0
Покрытие услуг неотложной медицинской помощи в других странах	Доплата \$100 Размер страхового покрытия для экстренной и неотложной медицинской помощи в других странах ограничен максимальной суммой \$50,000. При госпитализации для получения неотложной медицинской помощи в других странах доплата не отменяется.
Диагностические и лабораторные услуги, диагностическая визуализация	
Лабораторные услуги	Доплата \$0 *
Диагностические обследования и процедуры	Доплата \$0 *
Амбулаторные рентгенографические обследования	Доплата \$0 *
Услуги рентгенологической диагностики (например, магнитно-резонансная томография (MRI), компьютерная томография (CAT))	Доплата \$0 *
Терапевтическая радиология	Доплата \$0 *

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Услуги, связанные со слухом	
Проверка слуха, покрываемая Medicare	Доплата \$0 *
Стандартная проверка слуха	Доплата \$0 * 1 проверка каждый год
Слуховые аппараты Подбор и оценка работы слухового аппарата Выделенная сумма на слуховые аппараты Все типы	Доплата \$0 * 1 подбор / оценка работы каждый год Выделенная сумма до \$1,000 на слуховые аппараты на одно ухо в год Доплата \$0 * Не больше 2 слуховых аппаратов в год
Дополнительная информация об услугах, связанных со слухом	Важная информация Medicare покрывает диагностические проверки слуха и вестибулярного аппарата, если ваш врач или поставщик медицинских услуг назначит их вам, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в лечении.

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Стоматологические услуги Стоматологический осмотр и профилактика	Доплата \$0 Программа Medi-Cal покрывает многие стандартные стоматологические услуги, доступные в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal со сдельной оплатой, среди которых, помимо прочего: • первичный осмотр, рентгенографическое обследование, профессиональная чистка и обработка фтором зубов; • реставрация и коронки; • лечение корневых каналов; • полные и частичные протезы, их регулировка, ремонт и перебазировка. С представителями программы стоматологического обслуживания Medi-Cal со сдельной оплатой можно связаться по телефону 1-800-322-6384 (TTY: 1-800-735-2922) с 8:00 а.м. до 5:00 р.м. с понедельника по пятницу. Информация также доступна на сайте https://smilecalifornia.org.

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Услуги реставрации и экстренной стоматологической помощи	Доплата \$0 * Страховое покрытие стоматологических услуг предоставляется в рамках программы стоматологического обслуживания Medi-Cal. Чтобы получить более подробную информацию, посетите сайт https://smilecalifornia.org/. В дополнение к предоставляемым по программе стоматологического обслуживания Medi-Cal, план покрывает указанные ниже услуги. • Услуги реставрации: коронка на одном и том же зубе покрывается каждые пять календарных лет. • Ортопедическая стоматология (включая протезирование зубов): покрываемые услуги включают одну перебазировку для каждого зубного ряда каждые два календарных года. Зубной мост на одном и том же зубе покрывается каждые пять календарных лет.
Услуги, связанные со зрением Обследование глаз, покрываемое Medicare	Доплата \$0 (обследование на диабетическую ретинопатию, покрываемое Medicare) Доплата \$0 (все другие обследования глаз, покрываемые Medicare) *
Стандартное обследование глаз (проверка рефракции)	Доплата \$0 * 1 проверка каждый год
Обследование на глаукому	Доплата \$0 за каждую услугу, покрываемую Medicare
Очки и линзы Покрываемые Medicare	Доплата \$0 *

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может потребоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может потребоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Стандартные очки и линзы Контактные линзы / очки (линзы и оправы) / оправы для очков Выделенная сумма на очки и линзы	Доплата \$0 * Выделенная общая сумма до \$300 на контактные линзы и очки (оправы и/или линзы) каждый год
Услуги психиатрической и психологической помощи Стационарное лечение	Дни 1–90: доплата \$0 за одну госпитализацию *
Амбулаторный прием (индивидуальная терапия)	Доплата \$0 *
Амбулаторный прием (групповая терапия)	Доплата \$0 *
Услуги центра квалифицированного сестринского ухода (SNF)	Дни 1–100: доплата \$0 за одну госпитализацию *
Услуги терапии и реабилитации Физиотерапия	Доплата \$0 *
Амбулаторные услуги реабилитации, предоставляемые эрготерапевтом	Доплата \$0 *
Услуги легочной реабилитации	Доплата \$0

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может требоваться направление.

Страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Услуги транспорта скорой помощи	
Наземный транспорт скорой помощи	Доплата \$0 *
Воздушный транспорт скорой помощи	Доплата \$0 *
Транспортные услуги	До 24 поездок в год в утвержденные планом места медицинского обслуживания, включая посещение врачей и других специалистов (до 4 поездки в одну сторону в день) Доплата \$0 (за одну поездку в одну сторону) * Важная информация Могут действовать ограничения на расстояние. Чтобы забронировать поездку на прием, позвоните в отдел обслуживания участников за 72 часа.
Лекарства в рамках Части В Medicare Лекарства для химиотерапии и другие лекарства в рамках Части В	Доплата \$0 * За некоторые лекарства в рамках Части В, к которым применяются скидки, может взиматься меньшая доля стоимости, чем указано выше. Список лекарств в рамках Части В, к которым применяются скидки и за которые может взиматься меньшая доля стоимости, публикуется Центрами служб Medicare и Medicaid (CMS) и может меняться каждый квартал.
Инсулин	Доплата \$0 *
Антигены для аллерген-специфической иммунотерапии	Доплата \$0 *

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
 Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может требоваться направление.

Покрытие отпускаемых по рецепту лекарств	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Годовая франшиза на лекарства по рецепту	\$0
Запас на 30–100 дней при приобретении в розничной аптеке, сотрудничающей с планом	
Все покрываемые лекарства	Доплата \$0 Для некоторых покрываемых лекарств запас ограничен 30-дневным.

Дополнительное страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Услуги мануальной терапии Покрываемые Medicare	Доплата \$0 *
Стандартные услуги мануальной терапии	Доплата \$0 * 24 приема в год
Услуги иглоукалывания Покрываемые Medicare	Доплата \$0 *
Стандартные услуги иглоукалывания	Доплата \$0 * Не более 24 приемов каждый год
Услуги подиатрии (лечение стоп) Покрываемые Medicare	Доплата \$0 *
Стандартные услуги подиатрии	Доплата \$0 * 12 приемов в год

Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение.
 Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.

Дополнительное страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Виртуальные консультации	Наш план предлагает доступ к виртуальным консультациям 24 часа в сутки 7 дней в неделю. Их проводят через платформу Teladoc сертифицированные врачи, которые могут ответить на широкий круг вопросов, связанных со здоровьем. Покрываются консультации по вопросам общего медицинского характера, психологической, психиатрической и наркологической помощи, дерматологии и другим темам. Виртуальная консультация (или консультация посредством телемедицины) — это консультация врача, которая проводится по телефону или Интернету с использованием смартфона, планшета или компьютера. Для определенных типов консультаций может требоваться устройство с камерой и доступом к Интернету. Чтобы узнать больше или записаться на консультацию, позвоните в Teladoc по номеру 1-800-835-2362 (TTY: 711). Линия работает 24 часа в сутки 7 дней в неделю.
Услуги агентств, предоставляющих медицинские услуги на дому	Доплата \$0 *
Питание	Доплата \$0 ▪ Важная информация Непосредственно после лечения в стационаре больницы вы получаете бесплатное питание с доставкой на дом, способствующее восстановлению. Питание предоставляется до 3 раз в день в течение не более 14 дней с общим количеством порций не более 42 для одного случая госпитализации. Питание предоставляется для неограниченного количества случаев госпитализации в год.

Для услуг, отмеченных звездочкой (), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может требоваться направление.*

Дополнительное страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Медицинское оборудование и принадлежности	
Медицинское оборудование длительного пользования (DME)	Доплата \$0 *
Протезы	Доплата \$0 *
Принадлежности для диабетиков	Доплата \$0 * Дополнительную информацию, сведения об ограничениях и исключениях см. в Справочнике участника плана.
Терапевтическая обувь или стельки для диабетиков	Доплата \$0 *
Услуги программы по лечению расстройств, связанных с употреблением опиоидов	Доплата \$0 *
Программы оздоровления	Подробный перечень покрываемых программ для оздоровления, которые мы предлагаем, см. в Справочнике участника плана. Доплата \$0 Важная информация Участники этого плана могут получить гибкое страховое покрытие занятий фитнесом с ежемесячным начислением баллов, которые можно использовать для оплаты абонеента в различных крупных спортзалах и местных студиях фитнеса. Каждый месяц участники получают 32 балла. Баллов достаточно для оплаты месячного абонеента в спортзале и/или занятий в студии фитнеса либо для покупки видеоуроков и комплектов товаров для занятий фитнесом на дому.
Фитнес	

Для услуг, отмеченных звездочкой (), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.*

Дополнительное страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Дополнительные сеансы консультаций, касающихся отказа от курения и табака	Доплата \$0 Не более 5 приемов каждый год
Ежегодный врачебный осмотр	Доплата \$0 Важная информация Осмотр включает подробное изучение медицинского и семейного анамнеза, а также рекомендации по профилактическим обследованиям и услугам.
Линия сестринских консультаций (24 часа в сутки)	Доплата \$0
Персональное устройство связи со службой экстренной медицинской помощи (PERS)	Доплата \$0
Услуги поддержки на дому	Доплата \$0 за каждое посещение, связанное с услугами поддержки на дому. Не более 12 посещений в год. Важная информация Если вы соответствуете определенным клиническим критериям, то сможете получать услуги, связанные с работой по дому и личным уходом. Такие услуги должен порекомендовать или запросить сотрудничающий с планом лицензированный клиницист или сотрудничающий с планом лицензированный поставщик услуг. Услуги предоставляются в рамках четырехчасовых периодов.
Товары, отпускаемые без рецепта (OTC)	Дополнительную информацию о страховом покрытии товаров, отпускаемых без рецепта (OTC), см. в разделе Wellcare Spendables™.

Для услуг, отмеченных звездочкой (), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.*

Дополнительное страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
Wellcare Spendables™	Вы будете получать \$75 каждый месяц (\$900 в год) на свою карту Wellcare Spendables™. Не использованная в течение месяца сумма переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года. Средства на этой карте можно использовать для оплаты указанного ниже. • Товары, отпускаемые без рецепта (ОТС). Вы можете использовать карту в участвующих торговых точках, через мобильное приложение или войти в свою учетную запись на портале для участников, чтобы разместить заказ с доставкой на дом. Примеры покрываемых товаров: фирменные и непатентованные товары, отпускаемые без рецепта, витамины, обезболивающие, средства от простуды и аллергии, а также товары для диабетиков. Поскольку ваш план участвует в программе создания модели страхования, ориентированной на эффективное использование средств, вы также можете использовать средства на карте Wellcare Spendables™ для перечисленных ниже целей. • Здоровое питание. Вы можете использовать карту для покупки продуктов для здорового питания в участвующих торговых точках. На онлайн-портале можно заказать готовую пищу. • Оплата топлива. Вы можете использовать карту для оплаты топлива прямо у колонки. Вы не можете платить этой картой на кассе. Карту можно использовать для платежей только в пределах суммы, доступной на ней.

Для услуг, отмеченных звездочкой (), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.*

Дополнительное страховое покрытие

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, план 001
	• Оплата коммунальных услуг. Вы можете использовать карту для оплаты коммунальных услуг. Ваша карта может быть использована для оплаты коммунальных услуг, включая воду, топочный мазут и природный газ, электричество, вывоз мусора, кабельное телевидение (за исключением стриминговых служб), стационарный или мобильный телефон и Интернет. • Оплата аренды. Вы можете использовать карту для оплаты аренды квартиры или дома. Дополнительную информацию, сведения об ограничениях и исключениях см. в Справочнике участника плана.

Для услуг, отмеченных звездочкой (), может требоваться предварительное разрешение.
Для услуг, отмеченных квадратом (■), может требоваться направление.*

Подробное письменное заявление для потенциальных участников

Страховое покрытие, описанное в разделе о страховых взносах и покрываемых услугах в этом кратком описании страхового покрытия, предоставляет план Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Для всех перечисленных услуг указано, что покрывает наш план. Расходы на покрываемые услуги могут зависеть от того, на какой уровень покрытия Medicaid вы имеете право. Покрытие услуг, перечисленных в этом кратком описании страхового покрытия, зависит от того, на какой уровень покрытия Medicaid вы имеете право. Если у вас есть вопросы, связанные с правом на участие в программе Medicaid и предлагаемым вам страховым покрытием, позвоните в California Medi-Cal (Medicaid) по бесплатному номеру 1-800-541-5555 (TTY: 1-800-430-7077).

Чтобы получить наиболее актуальную информацию о страховом покрытии California Medicaid, посетите страницу <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx> или позвоните в отдел обслуживания участников.

Когда вы станете участником плана Wellcare by Health Net, Wellcare by Health Net будет использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию и непубличную персональную финансовую информацию* в целях лечения, совершения платежей, осуществления административных функций, связанных с медицинским обслуживанием, а также в случаях, когда это разрешено или требуется законодательством. Wellcare by Health Net предоставляет участникам Уведомление о защите конфиденциальности. В нем описано следующее: использование и раскрытие защищенной медицинской информации планом, права лица получать доступ к своей информации и запрашивать внесение в нее исправлений, ограничения, предоставление отчета о раскрытии защищенной медицинской информации и процедуры подачи жалоб. Wellcare by Health Net будет предоставлять вам возможность утвердить или запретить раскрытие вашей информации в целях, не являющихся стандартными (например, в целях маркетинга). Wellcare by Health Net предоставляет участникам доступ для проверки или получения копии своей защищенной медицинской информации в определенных наборах записей, которые ведет план Wellcare by Health Net. Wellcare by Health Net защищает информацию в устном, письменном и электронном виде в пределах всей организации, используя целесообразные и надлежащие меры безопасности. Они включают предоставление доступа к защищенной медицинской информации только тем, кому он необходим для выполнения платежей, лечения и осуществления административных функций, связанных с медицинским обслуживанием, а также в случаях, когда это разрешено или требуется законодательством. Полную версию Уведомления о защите конфиденциальности Wellcare by Health Net можно найти на сайте www.wellcare.com/healthnetCA в разделе Privacy (Конфиденциальность) или заказать, позвонив в справочный центр для клиентов по номеру, указанному на задней обложке этого документа.

* К непубличной персональной финансовой информации относится финансовая информация, позволяющая установить личность, которую вы предоставили нам для получения покрытия в рамках плана медицинского страхования либо которую мы получили, предоставляя вам страховое покрытие. Примеры: номера социального страхования, сведения об остатке на счете, история платежей. Мы никому не раскрываем никакую непубличную персональную информацию о вас, за исключением случаев, разрешенных законом.

Приложение Н. Услуги Medi-Cal, включенные в управляемое медицинское обслуживание Medi-Cal и исключенные из него
 С 1 января 2022 г. по 31 декабря 2026 г.¹

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги иглоукалывания	Услуги других практикующих специалистов и услуги иглоукалывания	Услуги иглоукалывания должны быть ограничены лечением, которое проводится для предотвращения, изменения или облегчения восприятия сильной, постоянной хронической боли, вызванной официально признанным заболеванием.	X	
Аудиологические услуги	Услуги аудиологии	Аудиологические услуги покрываются, когда предоставляются лицами, соответствующими определенным критериям.	X	
Психиатрическая, психологическая и наркологическая помощь (BHT)	Профилактические услуги — EPSDT	Предоставление услуг BHT, необходимых по медицинским показаниям, участникам Medi-Cal в возрасте до 21 года, соответствующим критериям, согласно требованиям Программы раннего и периодического обследования, диагностики и лечения (EPSDT) и плана штата.	X ²	
Кровь и ее производные	Кровь и ее производные	Учреждение, занимающееся сбором, хранением и предоставлением человеческой крови и ее производных. Покрывается сертификация крови, заказываемая врачом или учреждением, в котором проводится переливание.	X	
Услуги для детей в штате California (CCS)	EPSDT	Услуги для детей в штате California (CCS) — это услуги, утвержденные программой CCS для диагностики и лечения заболеваний, на которые распространяется покрытие CCS, у определенного участника.	X ³	
Сертифицированная практикующая семейная медсестра	Услуги сертифицированной практикующей семейной медсестры	Сертифицированная практикующая семейная медсестра, предоставляющая услуги в рамках своей практики.	X	
Услуги сертифицированной практикующей детской медсестры	Услуги сертифицированной практикующей детской медсестры	Покрывается уход за матерями и новорожденными во время беременности, схваток, родов и в период сразу после родов (не более шести недель). Также могут быть включены услуги первичного медицинского обслуживания.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Ведение случаев отравления свинцом у ребенка (предоставляется местными окружными управлениями здравоохранения)	EPSDT	Случаев отравления свинцом у ребенка (для целей инициирования ведения случая) считается наличие у ребенка в возрасте от рождения до 21 года одного результата анализа венозной крови на уровень свинца в крови (BLL) с показателем не менее 15 мг/дл или двух результатов анализа BLL с показателем не менее 10 мг/дл, если они получены с перерывом в не менее 30 и не более 600 календарных дней и при этом второй анализ проводился на венозной крови, а первый — обязательно.		X
Услуги мануальной терапии	Услуги мануального терапевта	Услуги, предоставляемые мануальными терапевтами, действующими в рамках своей практики и согласно законодательству штата California, при условии, что такие услуги ограничиваются лечением позвоночника путем ручных манипуляций.	X ⁴	
Хронический гемодиализ	Хронический гемодиализ	Процедура, используемая для лечения почечной недостаточности. Покрывается только как амбулаторная услуга. Кровь забирается из вены и проходит через устройство, отфильтровывающее из нее продукты жизнедеятельности и излишек жидкости. Затем «очищенная» кровь возвращается в организм. Эта процедура называется «хронической», так как выполняется регулярно. Если она выполняется в центрах почечного диализа или местных пунктах гемодиализа, требуется предварительное разрешение.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги для взрослых по месту жительства (CBAS)		Услуги в рамках пакета CBAS: амбулаторная программа обслуживания на базе лечебных учреждений, которая обеспечивает квалифицированный сестринский уход, социальные услуги, терапию, личный уход, обучение и поддержку членов семьи и лиц, осуществляющих уход, питание и транспорт для имеющих право на участие в ней получателей покрытия Medi-Cal. Услуги вне пакета CBAS: некоторые услуги центров CBAS, предоставляемые за пределами центров при определенных условиях.	X	
Работники сферы здравоохранения в местном сообществе	Профилактические услуги	Профилактические услуги, предоставляемые нелцензированными работниками сферы здравоохранения в местном сообществе, добровольцами и местными представителями медицинских служб для предотвращения возникновения или усугубления заболеваний, инвалидности и других проблем со здоровьем.	X ⁵	
Комплексные услуги в перинатальный период	Расширенное обслуживание для беременных женщин: услуги, связанные с беременностью и послеродовым периодом	Комплексные услуги в перинатальный период — это акушерские, психосоциальные, связанные с питанием и медицинским просвещением услуги, а также соответствующая координация обслуживания, предоставляемые во время беременности и в течение не более чем 12 месяцев после последнего дня беременности.	X	
Стоматологические услуги (покрываемые Medi-Cal)		Услуги специалистов, оказываемые или предоставляемые стоматологами, включая диагностику и лечение неправильно расположенных зубов, заболеваний и дефектов альвеолярного отростка, десен, челюстей и связанных структур, использование препаратов, вводимых в кабинете, анестезию, физическую оценку, консультации, вызовы на дом, в кабинет и учреждения.	X ⁶	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Диагностические услуги		Комплексное обследование физического и психического здоровья, а также связанные услуги для ребенка, лица, осуществляющего уход, и семьи.	X ⁵	
Услуги доулы		Личная поддержка нелегализованных поставщиков услуг для беременных и их семей во время послеродового периода.	X ⁵	
Медицинское оборудование длительного пользования	DME	Вспомогательные медицинские изделия и принадлежности. Покрываются по рецепту, требуется предварительное разрешение.	X	
Услуги раннего и периодического обследования, диагностики и лечения (EPSDT)	EPSDT	EPSDT — это комплекс услуг в рамках страхового покрытия Medicaid для детей и подростков, включающий профилактику, диагностику и лечение для младенцев, детей и подростков, не достигших 21 года, с низким доходом, в соответствии с разделом 1905(r) Закона о социальном обеспечении.	X	
Препараты для лечения эректильной и/или сексуальной дисфункции		Препараты, единственным показанием для применения которых, одобренным FDA, является лечение сексуальной или эректильной дисфункции, не покрываются программой. Препараты, одобренные FDA для лечения сексуальной или эректильной дисфункции в дополнение к одному или нескольким другим показаниям, покрываются, только если такой препарат используется по одобренным FDA показаниям, не связанным с сексуальной или эректильной дисфункцией.		X

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Расширенное тестирование на альфа-фетопротеин (организуется подразделением генетических заболеваний Департамента здравоохранения штата California (CDPH))		Простой анализ крови, рекомендуемый всем беременным женщинам, чтобы выяснить, нет ли у их плода определенных генетических отклонений, таких как открытые дефекты нервной трубки, синдром Down, хромосомные аномалии, а также дефекты брюшной стенки плода.		X
Очки, контактные линзы, вспомогательные средства для слабовидящих, протезы глаз и другие устройства для глаз	Очки, контактные линзы, вспомогательные средства для слабовидящих, протезы глаз и другие устройства для глаз	Устройства для глаз покрываются при наличии действительного рецепта врача или оптометриста.	X ⁷	
Медицинские центры, сертифицированные на федеральном уровне (FQHC) (только услуги, покрываемые Medi-Cal)	FQHC	Услуги, описанные в части 42 Свода законов США (U.S.C.), раздел 1396d(a)(2)(C), предоставляемые организацией, описанной в части 42 U.S.C., раздел 1396d(l)(2)(B)).	X	
Слуховые аппараты	Слуховые аппараты	Слуховые аппараты покрываются, только если предоставляются поставщиком слуховых аппаратов по рецепту отоларинголога или лечащего врача (если доступа к отоларингологу по месту проживания нет). Кроме того, указанным выше врачом или лицензированным аудиологом либо под его руководством должна быть проведена аудиологическая оценка, включая оценку слухового аппарата.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги, предоставляемые на дому и по месту жительства в рамках исключения согласно разделу 1915(c) Закона о социальном обеспечении (не включая услуги EPSDT)		Услуги, предоставляемые на дому и по месту жительства в рамках исключения, должны оказываться и давать право на возмещение их стоимости в качестве услуг, покрываемых Medi-Cal, только с соблюдением следующих условий: (1) на протяжении срока действия соответствующего исключения, утвержденного на федеральном уровне; (2) в объеме, в котором услуги описаны в соответствующем исключении, утвержденном Департаментом здравоохранения и социальных служб (HHS); (3) в объеме, в котором Департамент сможет потребовать федеральные средства за эти услуги и получить их.		X
Услуги агентств, предоставляющих медицинские услуги на дому	Медицинские услуги на дому — агентства, предоставляющие медицинские услуги на дому	Услуги агентств, предоставляющих медицинские услуги на дому, покрываются, как описано ниже, если они предписаны врачом, фельдшером, практикующей медсестрой или клинической медсестрой-специалистом и предоставляются дома у получателя покрытия в соответствии с письменным планом лечения, который пересматривается врачом каждые 60 дней.	X	
Услуги сиделки на дому	Медицинские услуги на дому — сиделка на дому	Покрывается квалифицированный сестринский уход или другие профессиональные услуги по месту проживания, включая услуги квалифицированного сестринского ухода с неполным рабочим днем или периодическим предоставлением, услуги сиделки на дому, физиотерапию, эрготерапию, логопедию и аудиологию, а также социальные медицинские услуги, оказываемые социальным работником.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Медицинские услуги аптеки на дому — полное парентеральное и энтеральное питание в рамках Medi-Cal Rx	Медицинские услуги на дому	Товары для обеспечения питания, необходимые по медицинским показаниям из-за хронической болезни или травмы, для пациентов, которые не могут получать питание перорально, при использовании в рамках терапевтического режима питания для предотвращения серьезной инвалидности или смерти у пациентов с медицински диагностированными заболеваниями, не позволяющими в полной мере использовать обычное питание, счета за которые выставляют аптеки, оформляя соответствующее страховое требование, включая смеси, насосы, трубки и общие подкатегории, как описано в письме для всех планов Medi-Cal Rx (APL 20-020).		X
Другие медицинские услуги аптеки на дому — полное парентеральное и энтеральное питание	Медицинские услуги на дому	Товары для обеспечения питания, необходимые по медицинским показаниям из-за хронической болезни или травмы, для пациентов, которые не могут получать питание перорально, при использовании в рамках терапевтического режима питания для предотвращения серьезной инвалидности или смерти у пациентов с медицински диагностированными заболеваниями, не позволяющими в полной мере использовать обычное питание, счета за которые выставляются в рамках страховых требований за медицинское обслуживание и услуги учреждений, включая смеси, насосы, трубки и общие подкатегории, как описано в письме для всех планов Medi-Cal Rx (APL 20-020).	X	
Хосписный уход	Хосписный уход	Покрываемые услуги ограничиваются лицами, у которых подтверждена терминальная стадия заболевания в соответствии с разделом 42 Свода федеральных нормативных актов (CFR), часть 418, подраздел В. Кроме того, эти лица сами или через своих представителей должны добровольно выбрать эти услуги вместо другого предлагаемого медицинского обслуживания.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги амбулаторного отделения больницы и услуги организованной амбулаторной клиники	Услуги клиники, услуги амбулаторного отделения больницы и услуги организованной амбулаторной клиники	Ведущее прием по расписанию учреждение, позволяющее амбулаторным пациентам обращаться к поставщику медицинских услуг. Предоставляется возможность для консультаций, обследований и лечения в небольшом объеме.	X	
Лекарства, связанные с вирусом иммунодефицита человека и СПИДом (AIDS)		Лекарства, связанные с вирусом иммунодефицита человека и СПИДом (AIDS), указанные в руководстве Medi-Cal для поставщиков услуг.		X
Гистерэктомия	Стационарные услуги больницы	За исключением уже бывших бесплодными женщин, неэкстренная гистерэктомия может покрываться лишь при соблюдении следующих условий: (1) человек, получающий разрешение на проведение гистерэктомии, проинформировал лицо и его представителей (при наличии) в устном и письменном виде, что гистерэктомия приведет к необратимому бесплодию этого лица; (2) лицо и его представитель (при наличии) подписали письменное подтверждение того, что получили эту информацию; (3) лицо проинформировало о праве проконсультироваться с другим врачом. Экстренная гистерэктомия может покрываться лишь в случае, если врач подтвердит в бланке страхового требования или в приложении, что гистерэктомия была проведена в связи с экстренной ситуацией, угрожающей жизни, при которой врач был убежден, что получить предварительное согласие невозможно, и приложит описание сущности этой экстренной ситуации.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Медицинские услуги для индейцев (только услуги, покрываемые Medi-Cal)		К индейцам относятся все лица, соответствующие критериям федеральных законов и нормативов (часть 25 U.S.C., разделы 1603с, 1679b и 1680с). Покрываются медицинские услуги, предоставляемые непосредственно Департаментом здравоохранения и социальных служб США, Управлением медицинскому обслуживанию индейцев либо племенной или городской программой медицинского обслуживания индейцев, финансируемой Управлением медицинского обслуживания индейцев. Соответствующие лица могут получать услуги непосредственно или от подрядчиков.	X	
Стационарные услуги больницы	Стационарные услуги больницы	Покрываются: услуги, связанные с родами, и госпитализация новорожденных, экстренная медицинская помощь без предварительного разрешения и госпитализация, необходимая по медицинским показаниям, с предварительным разрешением.	X	
Лабораторные, радиологические услуги и услуги радиоизотопной терапии	Лабораторные, рентгенологические и лабораторные, радиологические услуги и услуги радиоизотопной терапии	Покрываются обследование, анализы и терапевтические услуги, заказываемые лицензированным практикующим специалистом.	X ⁸	
Услуги лицензированной акушерки	Другие услуги практикующих специалистов и услуги лицензированной акушерки	Следующие услуги покрываются в качестве услуг лицензированной акушерки в рамках программы Medi-Cal, если предоставляются лицензированной акушеркой: (1) наблюдение в случае нормальных родов; (2) предоставление матери обслуживания до, во время и после родов, включая услуги планирования семьи, а также уход за новорожденным непосредственно после рождения.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги местного учебного заведения (LEA)	Услуги местного учебного заведения в рамках программы обслуживания, оплачиваемого Medi-Cal	Услуги LEA по оценке физического и психического здоровья, а также просвещению в области физического и психического здоровья, включая некоторые или все из перечисленных далее. (A) Оценка питания и просвещение по вопросам питания, включающие оценивание и внеклассное обучение по вопросам питания, которые предоставляются получателям покрытия, имеющим право на обслуживание LEA, с учетом результатов оценки здорового питания (диета, питание, лабораторные показатели и рост). (B) Оценка зрения, включающая проверку остроты зрения на расстоянии с помощью таблицы Снеллена. (C) Оценка слуха, включающая проверку на нарушения слухового восприятия с помощью критериев риска и соответствующих методов обследования, как предписано в части 17 (разделы 2951(c)) Свода нормативных актов штата California. (D) Оценка развития, включающая проверку уровня развития посредством анализа достижений в развитии по сравнению с ожидаемой нормой в соответствии с возрастом и условиями. (E) Оценка психосоциального состояния, включающая анализ когнитивных, эмоциональных, социальных и поведенческих функций, а также самовосприятия посредством тестов, собеседований и оценок поведения. (F) Медицинское просвещение и профилактические рекомендации, соответствующие возрасту и состоянию здоровья, включающие внеклассное медицинское просвещение и профилактические рекомендации, учитывающие возраст и надлежащее содержание такого просвещения с учетом развития.		X

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги учреждения долгосрочного ухода (LTC)		Необходимые по медицинским показаниям услуги в учреждении LTC, включая все перечисленные: • центр квалифицированного сестринского ухода (SNF), включая отдельные подразделения или отделения больниц; • учреждение, обеспечивающее уход и базовое медицинское обслуживание (ICF); • учреждение, обеспечивающее уход и базовое медицинское обслуживание для лиц с задержкой в развитии (ICF/DD); • учреждение, обеспечивающее уход и базовое медицинское обслуживание для лиц с задержкой в развитии, предоставляющее услуги развития навыков (ICF/DDH); • учреждение, обеспечивающее уход и базовое медицинское обслуживание для лиц с задержкой в развитии, с сестринским уходом (ICF/DDN); • учреждение для оказания помощи больным с подострым течением заболевания; • педиатрическое учреждение для оказания помощи больным с подострым течением заболевания.	До 1/1/2023: X^{9, 10, 11} После 1/1/2023: X	
Услуги Medi-Cal, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами	Услуги по лечению расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами	Необходимое по медицинским показаниям лечение, связанное со злоупотреблением психоактивными веществами, для получателей покрытия, соответствующих критериям. Это включает услуги консультирования и поведенческой терапии, связанные с препаратами и биологическими веществами, покрываемыми в рамках Закона об оказании поддержки (SUPPORT Act).		X

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Медицинские принадлежности	Медицинские принадлежности	Необходимые по медицинским показаниям принадлежности, если они предписаны лицензированным практикующим специалистом. Не включаются медицинские принадлежности Medi-Cal Rx, отнесенные к покрытию программы Medi-Cal Rx, счета за которые выставляют аптеки, оформляя соответствующее страховое требование, включая медицинские принадлежности, описанные в письме для всех планов Medi-Cal Rx (APL 20-020).	X	
Услуги перевозки медицинским и немедицинским (NMT) транспортом	Транспорт — услуги перевозки медицинским и немедицинским (NMT) транспортом	Покрываются услуги транспорта скорой помощи, машин для перевозки лежачих больных и людей в инвалидных колясках, если медицинское и физическое состояние получателя покрытия таково, что обычный общественный или личный транспорт противопоказан, и перевозка требуется для получения необходимого медицинского обслуживания. NMT — это перевозка на частном или общественном транспорте для получателей покрытия, у которых нет другого способа попасть на прием.	X	
Услуги медсестры-анестезиолога	Услуги других практикующих специалистов и услуги медсестры-анестезиолога	Покрываются услуги анестезии, оказываемые медсестрой-анестезиологом в пределах своей лицензии.	X	
Услуги медсестры-акушерки	Услуги медсестры-акушерки	Дипломированная медсестра с расширенной квалификацией и правом на практику, имеющая специальное образование и подготовку в области сестринского дела и акушерства, которая обеспечивает уход за матерями и новорожденными во время беременности, схваток, родов и в период сразу после родов (не более шести недель).	X	
Услуги оптометри	Услуги оптометриста	Покрывается обследование глаз и рецепты на корректирующие линзы.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Операции по пересадке органов и костного мозга	Трансплантация	Необходимые по медицинским показаниям операции, связанные с пересадкой органов и костного мозга, у донора и получателя, для взрослых и детей, включая сопутствующие услуги, такие как забор органа и медицинское обслуживание для живого донора.	X	
Амбулаторные услуги психиатрической и психологической помощи	Амбулаторные услуги психиатрической и психологической помощи	Услуги, предоставляемые лицензированными медицинскими специалистами, действующими в пределах своей лицензии, для взрослых и детей, у которых диагностированы психические расстройства в соответствии с определением в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM), приводящие к слабому или умеренному ухудшению или нарушению психических, умственных, эмоциональных или поведенческих функций. Услуги включают следующее: • Профилактические услуги психиатрической и психологической помощи при потенциальных психических расстройствах без установленного диагноза • Вмешательства и обследования, связанные с психическим здоровьем и злоупотреблением психоактивными веществами • Оценивание психического здоровья и соответствующее лечение, включая индивидуальную, групповую и семейную психотерапию • Психологическое и нейропсихологическое тестирование, когда оно клинически показано для оценки психического здоровья • Амбулаторные услуги для отслеживания лекарственной терапии • Психиатрические консультации	X ¹²	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
		- Амбулаторные лабораторные услуги, препараты, принадлежности и пищевые добавки - Услуги психиатрической и психологической помощи для получателей покрытия, достигших 21 года, со слабым или умеренным ухудшением или нарушением психических, умственных, эмоциональных или поведенческих функций в связи с психическим расстройством, как описано в актуальном Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам - Услуги психиатрической и психологической помощи для получателей покрытия младше 21 года независимо от степени ухудшения или нарушения, а также наличия диагноза, кроме случаев, когда получатель соответствует критериям для получения специализированной психиатрической и психологической помощи		
Услуги организованной амбулаторной клиники	Услуги клиники и услуги организованной амбулаторной клиники	Услуги, предоставляемые на дому в рамках исключения, и услуги учреждения сестринского ухода, предоставляемые в рамках исключения, покрываются, если предписаны врачом и предоставляются по месту проживания с получателя покрытия в соответствии с письменным планом лечения, в котором указана потребность в таких услугах, и письменным соглашением между Департаментом и поставщиком услуг.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Амбулаторные услуги героиневой детоксикации	Амбулаторные услуги героиневой детоксикации	Может покрываться несколько видов лекарств и лечения, позволяющих вести повседневную жизнь, для лица, отказавшегося от госпитализации. Стандартные услуги добровольной героиневой детоксикации покрываются при наличии предварительного разрешения и только в качестве амбулаторной услуги. Амбулаторные услуги ограничены периодом в 21 день. Услуги, предоставляемые в стационаре больницы, должны ограничиваться пациентами с серьезными медицинскими осложнениями, связанными с зависимостью, или пациентами с сопутствующими медицинскими проблемами, требующими стационарного лечения.		X
Лекарства в рамках Части D		Страховое покрытие лекарств для лиц, имеющих право на полное страховое покрытие двух программ и страховое покрытие лекарств в рамках Части D раздела XVIII Закона о социальном обеспечении.		X
Фармацевтические услуги и лекарства по рецепту в рамках программы Medi-Cal Rx	Фармацевтические услуги и лекарства по рецепту	Страховое покрытие лекарств и услуг аптек, отнесенное к покрытию программы Medi-Cal Rx, т. е. страховое покрытие лекарств и услуг аптек, счета за которые выставляют аптеки, оформляя соответствующее страховое требование, включая покрываемые препараты для амбулаторного лечения и вводимые врачом лекарства, как описано в письме для всех планов Medi-Cal Rx (APL 20-020).	X	X

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Другие фармацевтические услуги и лекарства по рецепту	Фармацевтические услуги и лекарства по рецепту	Покрываются лекарства и услуги аптек, счета за которые выставляются в рамках страховых требований за медицинское обслуживание и услуги учреждений, включая вводимые врачом лекарства, другие препараты для амбулаторного лечения, отпускаемые по рецепту и без рецепта лекарства, а также специализированные препараты, которые не отнесены к покрытию программы Medi-Cal Rx, как указано выше, а также подробно описано в письме для всех планов Medi-Cal Rx (APL 20-020).	X	
Услуги фармацевта	Услуги фармацевта	Фармацевты в местных аптеках, предоставляющие определенные категории препаратов (предоставление налоксона, самостоятельно принимаемых гормональных контрацептивов, средств для никотинзаместительной терапии, профилактики ВИЧ (HIV) до и после контакта, а также инициирование и проведение вакцинации).	X	
Услуги врача	Услуги врача	Покрывается первичное медицинское обслуживание, амбулаторные услуги, а также предоставляемые во время госпитализации в больнице или учреждении сестринского ухода услуги, необходимые по медицинским показаниям. В ограниченном объеме могут покрываться услуги психиатрической и психологической помощи, оказываемые врачом, а также лечение аллергии.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги подиатрии	Услуги других практикующих специалистов и услуги подиатров	Приемы в кабинете покрываются при наличии медицинских показаний. На все прочие амбулаторные услуги распространяется действие тех же процедур предварительного разрешения, которые касаются врачей. Они ограничены медицинскими и хирургическими услугами, необходимыми для лечения заболеваний стоп, голеностопа и проникающих в стопу сухожилий, которые вызваны хроническими заболеваниями, осложняют их либо значительно ограничивают способность ходить. Услуги, оказываемые в экстренных случаях, не требуют предварительного разрешения.	X	
Профилактические услуги	Профилактические услуги	Все профилактические услуги, указанные в плане штата.	X	
Протезы и ортопедические изделия	Протезы и ортопедические изделия	Покрываются все протезы и ортопедические изделия, необходимые для возобновления функций организма или замены частей тела, согласно предписанию лицензированного врача, подиатра или стоматолога в рамках их компетенции, определенной лицензией, при условии, что такие протезы или ортопедические изделия предоставляются соответствующим протезистом, техником-ортопедом или лицензированным практикующим специалистом.	X	
Физиотерапия и эрготерапия	Физиотерапия и эрготерапия	Физиотерапия и эрготерапия покрываются, когда предоставляются лицами, соответствующими определенным критериям.	X	
Услуги персональной медсестры	EPSDT	Услуги персональной медсестры — это планирование обслуживания и уход за клиентами, осуществляемые медсестрами (дипломированными с правом на практику или лицензированными практикующими) для лиц, не достигших 21 года.	X ²	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Амбулаторные услуги реабилитационных центров	Услуги реабилитации	Учреждение, предоставляющее терапию и обучение для реабилитации на амбулаторной основе. Центр может предлагать эрготерапию, физиотерапию, профессиональное и специальное обучение.	X	
Услуги реабилитационных центров	Услуги реабилитации	Учреждение, предоставляющее интегрированную междисциплинарную программу восстановительных услуг, направленную на улучшение или поддержание физических возможностей пациентов.	X	
Услуги респираторной поддержки	Услуги врача	Поставщик услуг, имеющий подготовку и лицензию для оказания респираторной поддержки, позволяющие предлагать терапию, ведение, реабилитацию, диагностическую оценку и уход пациентам с нарушениями и аномалиями, затрагивающими легочную, а также элементы сердечно-легочной и других систем.	X	
Услуги сельской медицинской клиники	Услуги сельской медицинской клиники	Услуги, описанные в части 42 Свода законов США (U.S.C.), раздел 1396d(a)(2)(B) и оказываемые в сельской медицинской клинике, как описано в части 42 U.S.C., раздел 1396d(l)(1).	X	
Объем услуг сурдопереводчика	Услуги сурдопереводчика	Услуги сурдопереводчика могут использоваться при оказании медицинских услуг, необходимых по медицинским показаниям.	X	
Услуги, оказываемые в федеральной больнице или больнице штата		Больницы штата California оказывают услуги стационарного лечения жителям этого штата с серьезными психическими заболеваниями. Федеральные больницы предоставляют услуги для определенных групп населения, включая военнослужащих, за которых отвечает федеральное правительство.		X

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги специализированной психиатрической и психологической помощи		Услуги реабилитации, в том числе психиатрическая и психологическая помощь, медикаментозная поддержка, интенсивные дневные курсы лечения, дневная реабилитация, вмешательство в кризисных ситуациях, стабилизация в кризисных ситуациях, услуги лечения с проживанием в учреждении для взрослых, услуги с проживанием в учреждении в кризисных ситуациях и услуги психиатрических медицинских учреждений.		X ¹³
Специализированные услуги реабилитации в центрах квалифицированного сестринского ухода и услуги специализированной психиатрической и психологической помощи в учреждении, обеспечивающем уход и базовое медицинское обслуживание	Специализированные услуги реабилитации	Специализированные услуги реабилитации должны покрываться. Такие услуги должны включать продолжение необходимого по медицинским показаниям лечения, начатого в больнице, или краткосрочную интенсивную терапию, которые должны привести к восстановлению функций и обеспечить (1) долгосрочное повышение самостоятельности и выписку домой либо (2) сокращение объема необходимого обслуживания. Специализированные услуги реабилитации должны покрываться.	X ⁹	
Логопедия	Логопедия	Услуги логопедии покрываются, когда предоставляются лицами, соответствующими определенным требованиям.	X	
Услуги, оказываемые при поддержке штата		Финансируемые штатом услуги по прерыванию беременности, предоставляемые в рамках вторичного договора.	X	
Услуги продления пребывания в больнице по окончании интенсивного лечения	Стационарные услуги больницы	Услуги продления пребывания в больнице по окончании интенсивного лечения — это дополнительные услуги стационарного лечения для тех, кто соответствует критериям и нуждается в дополнительном уходе, прежде чем возвращаться домой.	X	

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги целевого ведения пациентов (предоставляются местным государственным учреждением)	Целевое ведение пациентов	Лица, соответствующие критериям для получения услуг целевого ведения пациентов, должны относиться к следующим группам получателей покрытия Medi-Cal: (1) дети с высоким риском младше 21 года; (2) лица со слабым здоровьем; (3) дети с индивидуальным планом обучения или индивидуальным планом семейного обслуживания; (4) лица с риском помещения в учреждение; (5) лица с риском ухудшения здоровья или психосоциальных последствий; (6) лица с инфекционными заболеваниями. Услуги целевого ведения пациентов должны включать по крайней мере один из следующих компонентов: задокументированная оценка с указанием потребностей получателя покрытия; разработка комплексного письменного индивидуального плана обслуживания; реализация плана обслуживания во взаимодействии с поставщиками услуг (консультирование и направление к ним); помощь с доступом к услугам, указанным в плане обслуживания; планирование помощи в кризисных ситуациях для координации и организации немедленного обслуживания или лечения, необходимого в ситуациях, которые кажутся экстренными или требуют немедленного внимания либо принятия мер для предотвращения, устранения или смягчения кризисной ситуации у определенного получателя покрытия; периодическая проверка прогресса получателя покрытия в достижении результатов обслуживания, указанных в плане, чтобы определить, нужно ли продолжать, изменять или прекращать текущее обслуживание.		X

Услуга	Категория услуги в рамках плана штата	Определение	Включено в управляемое медицинское обслуживание	Исключено из управляемого медицинского обслуживания*
Услуги ухода в стационаре в переходный период	Учреждение сестринского ухода и услуги ухода в стационаре в переходный период	Основная цель — переход от амбулаторного обслуживания к уходу в стационаре. Координаторы обслуживания в стационаре вместе с поставщиками услуг из различных учреждений, осуществляющих медицинское обслуживание, должны обеспечить безопасность и качество услуг в течение переходного периода.	X	
Услуги, связанные с туберкулезом (ТВ) (оказываются местными окружными управлениями здравоохранения)	Услуги, связанные с ТВ	Покрываются уход и лечение, связанные с ТВ, в соответствии с рекомендациями Американского общества специалистов в области торакальной медицины и Центров по контролю и профилактике заболеваний.		X

¹ Покрытие и возмещение расходов на вакцины от COVID-19 и их введение исключены из управляемого медицинского обслуживания по программе Medi-Cal для всех имеющих право на участие в программе групп населения. Покрытие и возмещение в этом случае предоставляются исключительно через систему предоставления обслуживания штата со сделкой оплатой всеми соответствующими поставщиками услуг.

² Страховое покрытие предоставляется только получателям покрытия младше 21 года на услуги, оказываемые в соответствии с требованиями EPSDT.

³ Услуги для детей в штате California (CCS) покрываются в округах с организованной системой здравоохранения округа (CONHS), за исключением округа Ventura (Gold Coast Health Plan). CCS не покрываются в округах без CONHS и округе Ventura.

⁴ Покрытие мануальной терапии ограничено получателями покрытия из следующих «групп исключений»: 1) получатели покрытия младше 21 года, получающие услуги в соответствии с программой EPSDT; 2) получатели покрытия, проживающие в SNF (учреждениях сестринского ухода уровня А и В, включая учреждения для оказания помощи больным с подострым течением заболевания); 3) беременные получатели покрытия; 4) получатели покрытия CCS; 5) получатели покрытия, зарегистрированные в Программе комплексной помощи пожилым (PACE); 6) получатели покрытия, получающие обслуживание в FQHC или сельских медицинских клиниках (RHC); 7) получатели покрытия в амбулаторных отделениях больницы. Услуги мануальной терапии недоступны в медицинских клиниках для индейцев, за исключением пациентов, относящихся к группам исключения.

⁵ Страховое покрытие этих услуг в рамках плана Medi-Cal штата должно быть утверждено на федеральном уровне.

⁶ Стоматологические услуги включены в управляемое медицинское обслуживание для плана Health Plan of San Mateo.

⁷ Изготовление линз для очков во всем штате отнесено к покрытию программы Medi-Cal со сделкой оплатой (FFS) и предоставляется через заключившие с ней договор лаборатории по изготовлению линз. Исключением являются специальные линзы (включая линзы с характеристиками вне диапазона возможностей заключившей договор лаборатории), которые остаются в сфере ответственности плана управляемого медицинского обслуживания.

⁸ Покрытие и возмещение расходов на анализы на COVID-19 в школах исключается из управляемого обслуживания. Они покрываются и возмещаются системой предоставления обслуживания штата со сделкой оплатой.

⁹ Покрываются только в месяц госпитализации и последующий месяц в округах без CONHS. Услуги покрываются в округах с CONHS.

¹⁰ Услуги покрываются в рамках управляемого медицинского обслуживания только в округах, уполномоченных соответствующими критериям получателями покрытия управляемого длительного обслуживания и поддержки (MLTSS): Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Mateo и Santa Clara. Услуги поддержки на дому (IHSS) не входят в это покрываемое обслуживание.

¹¹ Лица, проживающие в ICF-DD, не подлежат регистрации в плане управляемого медицинского обслуживания в округах, где действует инициатива координированного медицинского обслуживания.

¹² Услуги, предоставляемые поставщиками первичного медицинского обслуживания, психиатрами, психологами, лицензированными клиническими социальными работниками или другими поставщиками услуг специализированной психологической и психиатрической помощи. План Solano County for Partnership Health Plan (CONHS) покрывает специализированную психологическую и психиатрическую помощь, а план Kaiser GMC покрывает стационарную, амбулаторную и специализированную психологическую и психиатрическую помощь.

¹³ Для участников плана Kaiser в округах Solano и Sacramento эти услуги включены в управляемое медицинское обслуживание до 7/1/2023.

Заявление о недопущении дискриминации

Дискриминация незаконна. Wellcare by Health Net соблюдает федеральные законы о гражданских правах и соответствующее законодательство штата. Wellcare by Health Net не допускает незаконную дискриминацию, не отказывает в обслуживании и не относится к людям иначе, чем к другим, на основании пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, национальности, принадлежности к этнической группе, возраста, ограничения психических или физических возможностей, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной самоидентификации или сексуальной ориентации.

Wellcare by Health Net предоставляет описанные ниже услуги.

- Бесплатные вспомогательные средства и услуги для людей с инвалидностью для обеспечения эффективной коммуникации, включая:
 - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - предоставляемую в письменной форме информацию в других форматах (крупным шрифтом, в виде аудиозаписи, в специальных электронных и других форматах).
- Бесплатные услуги перевода для лиц, основным языком которых не является английский, включая:
 - услуги квалифицированных устных переводчиков;
 - информацию в письменном виде на других языках.

Если вам нужны эти услуги, обратитесь в Wellcare by Health Net по номеру **1-800-431-9007**.

С 1 октября по 31 марта нам можно звонить 7 дней в неделю с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля до 30 сентября нам можно звонить с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. В нерабочие часы, по выходным и в федеральные праздники вы можете оставить сообщение. Если вы испытываете трудности с речью или слухом, позвоните по номеру **TTY 711**. По запросу вы можете получить этот документ напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Braille, на аудиокассете или в электронной форме. Чтобы получить копию в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите, воспользовавшись следующими контактными данными:

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

Как подать претензию

Если вы считаете, что компания Wellcare by Health Net не предоставила вам эти услуги или незаконно дискриминировала вас иным образом на основании пола, расы, цвета кожи, религии, происхождения, принадлежности к этнической группе, возраста, ограничения психических или физических возможностей, состояния здоровья, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной самоидентификации или сексуальной ориентации, вы можете подать претензию в отдел обслуживания участников. Вы можете подать претензию по телефону, лично, в письменном или электронном виде.

- **По телефону.** Обратитесь к координатору Wellcare By Health Net по вопросам гражданских прав по номеру **1-866-458-2208**. Линия работает с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. Если вы испытываете трудности с речью или слухом, позвоните по номеру **TTY 711**.
- **В письменном виде.** Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте по адресу, указанному ниже.
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **Лично.** Посетите кабинет своего врача или офис Wellcare by Health Net и скажите, что хотите подать претензию.
- **В электронном виде.** Посетите сайт Wellcare By Health Net **wellcare.com/healthnetCA**.

Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения штата California

Вы можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения штата California по телефону, в письменном или электронном виде.

- **По телефону.** Позвоните по номеру **1-916-440-7370**. Если вы испытываете сложности со слухом или речью, позвоните по номеру **TTY 711 (телекоммуникационная коммутаторная служба)**.
- **В письменном виде.** Заполните бланк жалобы или отправьте письмо по указанному ниже адресу.
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
Бланки жалоб доступны по адресу **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- **В электронном виде.** Отправьте письмо на электронную почту **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Управление по гражданским правам — Департамент здравоохранения и социальных служб США

Если вы считаете, что подверглись дискриминации на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности или пола, вы также можете подать жалобу на нарушение гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменном или электронном виде.

- **По телефону.** Позвоните по номеру **1-800-368-1019**. Если вы испытываете трудности с речью или слухом, позвоните по номеру **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **В письменном виде.** Заполните бланк жалобы или отправьте письмо по указанному ниже адресу.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Бланки жалоб доступны по адресу <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **В электронном виде.** Посетите портал жалоб Управления по гражданским правам по адресу <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, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ քրայյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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)。我們也為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)。這些服務為免費服務。

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: ຖ້າທ່ານກວາທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

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 buac 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 ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ 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 serbisyo 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.

Контрольный список перед регистрацией

Прежде чем принять решение о регистрации, важно полностью понимать наши правила, а также объем и условия предоставления страхового покрытия. Если у вас есть вопросы, вы можете поговорить с представителем отдела обслуживания участников, позвонив по номеру 1-844-917-0175 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. (все часовые пояса).

Понимание страхового покрытия

- ☐ В Справочнике участника плана (ЕОС) приводится полный список всех покрываемых услуг. Очень важно изучить покрытие, расходы и услуги в рамках плана до регистрации. Посетите сайт www.wellcare.com/healthnetCA или позвоните по номеру 1-844-917-0175 (TTY: 711), чтобы ознакомиться с ЕОС. Линия работает с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. (все часовые пояса).
- ☐ Изучите указатель поставщиков услуг (или попросите своего врача) и убедитесь, что врачи, к которым вы обращаетесь, сотрудничают с планом. Если их нет в списке, вам, вероятно, понадобится выбрать нового врача.
- ☐ Изучите указатель аптек и убедитесь, что аптека, в которую вы обращаетесь за лекарствами по рецепту, сотрудничает с планом. Если ее нет в списке, вам, вероятно, понадобится выбрать новую аптеку для получения лекарств по рецепту.
- ☐ Изучите перечень покрываемых лекарств и убедитесь, что ваши препараты покрываются.

Понимание важных правил

- ☐ В дополнение к ежемесячным страховым взносам в рамках плана вам потребуется продолжать платить свои страховые взносы за Часть В Medicare. Обычно этот страховой взнос ежемесячно вычитается из вашего социального пособия.
- ☐ Покрываемые услуги, страховые взносы и/или доплаты / доли стоимости могут измениться 1 января 2025 г.
- ☐ **Влияние на текущее покрытие.** Если вы в настоящее время являетесь участником плана Medicare Advantage, ваше текущее страховое покрытие медицинского обслуживания Medicare Advantage закончится, как только начнет действовать новое покрытие Medicare Advantage. Если вы участвуете в программе Tricare, ваше страховое покрытие может быть затронуто после начала действия нового страхового покрытия Medicare Advantage. Свяжитесь с Tricare для получения дополнительной информации. Если у вас есть план Medigap, то после начала действия страхового покрытия Medicare Advantage вам стоит отказаться от своего полиса Medigap, поскольку вы будете платить за покрытие, которым не сможете воспользоваться.
- ☐ **Для планов HMO, CSNP и DSNP.** Мы не покрываем услуги поставщиков, не сотрудничающих с планом (врачей, не указанных в указателе поставщиков услуг), за исключением экстренных и неотложных ситуаций.
- ☐ Этот план является планом для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (D-SNP). Ваша возможность зарегистрироваться будет зависеть от подтверждения вашего права и на Medicare, и на помощь плана штата в рамках Medicaid.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Связь с нами

Чтобы получить дополнительную информацию, свяжитесь с нами.



По телефону

Бесплатная линия: 1-844-917-0175 (TTY: 711). На ваш звонок сможет ответить лицензированный агент.



График работы

С понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. (все часовые пояса)



Сайт

www.wellcare.com/healthnetCA

Wellcare — это бренд компании Centene Corporation для Medicare, план HMO, PPO, PFFS, PDP, заключивший договор с программой Medicare, а также утвержденный спонсор Части D. Наши планы D-SNP имеют договоры с программой Medicaid штата. Стать участником наших планов можно, только если у них продлен договор с указанными программами.

Поставщики услуг, не сотрудничающие и не заключившие договор с планом, не обязаны обслуживать участников плана, за исключением экстренных случаев. Чтобы получить более подробную информацию, в том числе об участии в оплате услуг, поставщики которых не сотрудничают с нами, позвоните в наш отдел обслуживания участников или ознакомьтесь со Справочником участника плана.