



2024 福利摘要

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H3561 | 009

我們瞭解擁有可信賴的保健計畫對您有多麼重要。

這是 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 在 2024 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日期間所承保的藥物與健康服務摘要。

本手冊概述我們承保的內容，以及分攤費用責任。文中不會列出每項服務、限制或排除項目。完整服務清單於計畫的承保證明 (EOC) 中提供。您可以在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 找到承保證明。如需索取副本，請致電 1-844-917-0175 (TTY 711)：服務時間為週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

誰可以加入？

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

我們的服務區域包括 California 的以下縣：Orange、Riverside、San Bernardino 和 San Diego。

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

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

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

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

我可以接受哪些醫生、醫院及藥房提供的服務？ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 擁有由醫生、醫院、藥房和其他服務提供者組成的網絡。在某些計畫中，如果您使用網絡外的服務提供者，您可能必須為承保服務支付較高的分攤費用。

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

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

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

若要符合資格

該計畫適用於任何同時享有州政府和 Medicare 醫療協助的人士。

若要符合該計畫的資格，您必須滿足以下特殊需求標準：

H3561009000 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) - FBDE、QMB+、SLMB+

請參閱下文的「Medicare 費用節省計畫 (MSP) 等級」部分，瞭解所有 MSP 等級的說明。保費、共付額、共同保險金和自付額可能會視您的 Medicaid 資格類別和/或您所獲得的額外幫助 (Extra Help) 水準而異。

Dual Eligible Special Needs 計畫 (DSNP) 是為同時擁有 Medicare 和 Medicaid 保險的受益人提供醫療保健福利的專業 Medicare Advantage 計畫。受益人必須滿足某些收入和資源要求，所提供福利的資格和範圍由提供該計畫的州政府確定。

您還必須投保 California Medicaid 計畫。保費、共付額、共同保險金和自付額可能會視您的 Medicaid 資格類別和/或您所獲得的額外幫助水準而異。如果您是全額雙重投保人，您的 B 部分保費將由 California 州政府為您支付。請與您的計畫聯絡以瞭解詳情。

瞭解雙重資格

Medicaid 是聯邦和州政府聯合推出的一項幫助低收入與資源有限的人士支付醫療費用的計畫。Medicaid 福利很有價值，因為州政府會根據您的 Medicare 費用節省計畫 (MSP) 援助水準提供額外的健康照護承保和財務支援。Medicaid 承保範圍視您所在州和所擁有 Medicaid 的類型而有所不同。您就承保服務支付的費用可能取決於您的 Medicaid 資格水準。某些擁有 Medicaid 的人士可在支付 Medicare 保費和其他費用時獲得幫助。其他人也可能獲得 Medicaid 承保但不受 Medicare 承保的額外服務和藥物的承保。

Medicare 費用節省計畫 (MSP) 等級

- **完整福利雙重資格 (FBDE)：**Medicaid 可能會支付您的 Medicare A 部分和 B 部分保費、自付額、共同保險金和共付額。符合資格的受益人也可以享有全部 Medicaid 福利。
- **合資格 Medicare 保險受益人 (QMB)：**Medicaid 將支付您的 Medicare A 部分和 B 部分保費、自付額、共同保險金和共付額。有些 QMB 也符合獲得全部 Medicaid 福利 (QMB+) 的資格
- **特定低收入 Medicare 保險受益人 (SLMB)：**Medicaid 將承擔您的 Medicare B 部分保費費用。有些 SLMB 也符合獲得全部 Medicaid 福利 (SLMB+) 的資格
- **合資格個人 (QI)：**Medicaid 將支付與 Medicare B 部分相關的費用
- **合資格殘疾個人工作者 (QDWI)：**Medicaid 將支付與 Medicare A 部分相關的費用

備註：某些 MSP 等級自動符合「額外幫助」的資格，以獲得 Medicare 處方藥承保協助。某些州不承保 A 部分和 B 部分分攤費用。

什麼是「額外幫助」？

低收入津貼 (LIS) 也稱為「額外幫助」，可用於幫助您支付 D 部分的自費費用，例如保費、自付額、共同保險金或共付額。許多人士符合「額外幫助」計畫的資格，但並不知道。請牢記，協助還可能取決於您的 Medicare 費用節省計畫 (MSP) 等級和您的雙重資格身份。

如果您對您的 Medicaid 資格以及您有權獲得的福利有任何疑問，請致電本文件封底所列的電話號碼。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
每月計畫保費 (包括醫療和藥物)	\$0 除非由 Medicaid 或其他第三方支付，否則您必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。
自付額	無自付額
最高自付額責任 (不包含處方藥)	每年網絡內 \$8,850 這是本年度您為 A 部分和 B 部分服務所支付的共付額和共同保險金上限。
住院照護承保	第 1 天至第 90 天： 每次入院的共付額為 \$0。 *
門診醫院承保 門診醫院服務	手術及非手術服務（包括結腸鏡診斷檢查）的共付額為 \$0。 *
門診醫院觀察服務	\$0 共付額
非住院性手術中心 (ASC) 服務	\$0 共付額 *
醫生就診 主治醫生	\$0 共付額
專科醫生	\$0 共付額 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 計畫 009
預防性照護（例如年度保健就診、骨質密度測量、乳癌篩檢（乳房 X 光檢查）、心血管篩檢、子宮頸癌及陰道癌篩檢、結直腸癌篩檢、糖尿病篩檢、B 型肝炎病毒篩檢、攝護腺癌篩檢 (PSA)、疫苗（包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗、COVID 疫苗））	\$0 共付額
急診照護	\$0 共付額
全球急診承保	\$100 共付額 全球急診服務和全球緊急需求服務的計畫承保上限為 \$50,000。急診室或緊急入院外的照護不在全球承保範圍內。如果住院接受全球急診服務，則不能免除共付額。
緊急需求服務	\$0 共付額
全球緊急護理承保	\$100 共付額 全球急診服務和全球緊急需求服務的計畫承保上限為 \$50,000。如果住院接受全球緊急需求服務，則不能免除共付額。
診斷性服務/化驗/造影	
化驗服務	\$0 共付額 *
診斷性檢查和程序	\$0 共付額 *
門診 X 光檢查	\$0 共付額 *
診斷性放射服務（例如 MRI、CAT 掃描）	\$0 共付額 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
治療放射學	\$0 共付額 *
聽力服務 Medicare 承保的聽力檢查	\$0 共付額 *
例行性聽力檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查
助聽器 助聽器選配/評估 助聽器補貼 所有類型	\$0 共付額 * 每年 1 次選配/評估 每年每隻耳朵最多 \$1,000 的助聽器補貼。 \$0 共付額 * 每年限 2 個助聽器
其他聽力資訊	您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者開立醫囑，指示您需進行診斷性聽力和平衡檢查，以確定您是否需要接受醫藥治療，Medicare 將承保這些檢查。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
牙科服務	
牙科檢查和預防性照護	\$0 共付額 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。
修復和緊急牙科照護	\$0 共付額 * 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。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
視力服務 Medicare 承保的眼睛檢查	\$0 共付額 (Medicare 承保的糖尿病視網膜病篩檢) \$0 共付額 (Medicare 承保的所有其他眼睛檢查) *
常規眼睛檢查 (屈光)	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查
青光眼篩檢	Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$0。
眼鏡 Medicare 承保項目	\$0 共付額 *
常規眼鏡 隱形眼鏡/眼鏡 (鏡片和鏡框)/眼鏡鏡框 眼鏡補貼	\$0 共付額 * 每年最高 \$300 的隱形眼鏡和眼鏡 (鏡片和/或鏡框) 合併費用。
精神健康服務 住院就診	第 1 天至第 90 天： 每次入院的共付額為 \$0。 *
個人治療門診	\$0 共付額 *
團體治療門診	\$0 共付額 *
專業護理機構 (SNF)	第 1 天至第 100 天： 每次入院的共付額為 \$0。 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
治療和復健服務	
物理治療	\$0 共付額 *
由職能治療師提供的門診 康復服務	\$0 共付額 *
肺部復健服務	\$0 共付額
救護車	
地面救護車	\$0 共付額 *
空中救護	\$0 共付額 *
交通運輸服務	每年最多 24 次前往計畫核准醫療保健地點的接送服務。其中包括醫生和其他專科醫生（每天最多 4 次單程運輸）。 \$0 共付額（每趟單程運輸） * 您應該知道： 可能適用里程數限制。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電保戶服務部。
Medicare B 部分藥物 化學治療藥物和其他 B 部分 藥物	\$0 共付額 * 某些 B 部分可退還藥物的共同保險金可能低於如上所示的金額。受較低共同保險金限制的 B 部分可退還藥物清單由 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 發佈，並且可能每季度變更一次。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
胰島素	\$0 共付額 *
過敏抗原	\$0 共付額 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

處方藥承保	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
年度處方自付額	\$0
零售網絡藥房的 30 天/最多 100 天藥量	
所有承保藥物	\$0 共付額 某些承保藥物僅限 30 天藥量

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
脊椎推拿治療服務 Medicare 承保項目	\$0 共付額 *
例行脊椎推拿治療服務	\$0 共付額 * 每年 24 次就診
針灸 Medicare 承保項目	\$0 共付額 *
例行針灸服務	\$0 共付額 * 每年限 24 次就診。
足部治療服務（足部護理） Medicare 承保項目	\$0 共付額 *
例行足部治療服務	\$0 共付額 * 每年 12 次就診
虛擬看診	我們的計畫透過 Teladoc 提供每週 7 天、每天 24 小時，由學會認證醫生進行的虛擬看診，協助解決各種健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。 虛擬看診（也稱為遠程醫療諮詢）是指使用智慧型手機、平板電腦或電腦，透過電話或網際網路讓醫生看診。某些類型的看診可能需有網際網路和具備相機功能的裝置。如需更多資訊或安排約診，請致電 1-800-835-2362（TTY：711）與 Teladoc 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
居家健康機構照護	\$0 共付額 *
膳食 急性期後膳食	\$0 共付額 ■ 您應該知道： 對於住院後為幫助康復而立即提供的家庭送餐服務， 您無需支付任何費用，每天最多 3 餐，最多持續 14 天， 每次住院的上限為 42 餐，每年的住院次數不限。
醫療設備/用品 耐用醫療設備 (DME)	\$0 共付額 *
義肢	\$0 共付額 *
糖尿病用品	\$0 共付額 * 如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。
糖尿病治療鞋或鞋墊	\$0 共付額 *
鴉片類藥物治療計畫服務	\$0 共付額 *

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561，計畫 009
保健方案	如需保健方案所提供福利的詳細清單，請參閱承保證明。
健身	\$0 共付額 您應該知道： 本計畫的福利提供彈性健身福利的保戶資格，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。保戶每月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房保戶資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。
額外的吸煙和菸草戒除諮詢	\$0 共付額 每年限 5 次就診
年度體檢	\$0 共付額 您應該知道： 檢查包括詳細的病史/家族史以及預防性篩檢/照護的建議。
24 小時護士諮詢專線	\$0 共付額
個人緊急醫療應變裝置 (PERS)	\$0 共付額
居家支援服務	每次居家支援服務的共付額為 \$0。每年最多 12 次。 您應該知道： 如果您符合某些臨床標準，可以獲得家務和個人照護服務。服務必須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。服務以四小時為增量提供。
非處方 (OTC) 物品	請參閱 Wellcare Spendables™ 部分，瞭解有關非處方 (OTC) 福利的更多資訊。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

額外福利

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 計畫 009
Wellcare Spendables™	您每月將收到 \$75（每年 \$900），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。承保物品的範例包括原廠和副廠非處方物品、維生素、止痛藥、感冒藥和抗過敏藥以及糖尿病物品。 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站支付加油費。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）、固網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，請參閱您的承保證明。

標示星號 (*) 的服務可能需要取得預先授權。

標示方塊 (■) 的服務表示可能需要轉診。

潛在投保人的綜合書面聲明

我們的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 承保福利摘要的保費與福利部分所述的福利。對於列出的每項福利，您可以查看我們計畫的承保範圍。您就承保服務支付的費用可能取決於您的 Medicaid 資格水準。本福利摘要所述的福利承保範圍取決於您的 Medicaid 資格水準。如果您對您的 Medicaid 資格以及您有權獲得的福利有任何疑問，請撥打 California Medi-Cal (Medicaid) 免費電話 1-800-541-5555 (TTY: 1-800-430-7077)。

如欲瞭解最新的 California Medicaid 承保資訊，請瀏覽

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx> 或致電保戶服務部尋求協助。

在您成為 Wellcare by Health Net 保戶之後，Wellcare by Health Net 會依法律許可或規定使用和透露保戶的受保護健康資訊及非公開個人財務資訊*，以供治療、給付、醫療保健作業等用途。Wellcare by Health Net 會為保戶提供一份隱私權行使聲明，其中說明其如何使用和透露受保護健康資訊；個人調閱受保護健康資訊、要求修正、設定限制以及索取透露細目的權利；還有提出投訴的程序。在 Wellcare by Health Net 公開您的資訊以用於行銷等非例行性的用途之前，其會讓您有機會表達同意或拒絕之意。Wellcare by Health Net 可讓保戶調閱自己的受保護健康資訊或取得其副本，保戶的受保護健康資訊皆存放於 Wellcare by Health Net 所儲存的專用記錄集中。Wellcare by Health Net 組織內部會使用合理且適當的安全保護措施來保護口頭、書面和電子資訊。這些保護措施包括限制個人受保護健康資訊的取得管道，僅有為了完成給付、治療、醫療保健作業或依法律許可或規定而需要知道的人士才能取得。您可在 www.wellcare.com/healthnetCA 的「Privacy (隱私)」部分找到 Wellcare by Health Net 完整的隱私權行使聲明，或者您可致電本手冊封底所列的電話號碼向客戶聯絡中心索取。

*非公開個人財務資訊包括您為了取得健保計畫保險而提供給我們或我們在為您提供福利時所取得、且可辨別個人身分的財務資訊。例如，社會安全號碼、帳戶餘額和繳款給付紀錄。除非法律許可，否則我們不會向任何人透露您的任何非公開個人資訊。

附件 H：Medi-Cal 管理式照護納入和分割的 Medi-Cal 服務
2022 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日¹

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
針灸服務	其他執業人員服務和針灸服務	針灸服務應僅限於為預防、緩和或減輕因公認之醫療病症而導致的嚴重持續性疼痛所進行的治療。	X	
聽力服務	聽力學服務	由符合適當要求的人員提供的聽力服務屬於承保範圍	X	
行為健康治療 (BHT)	預防性服務 - EPSDT	根據早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 規定和州計畫的要求，向合資格的未滿 21 歲的 Medi-Cal 保戶提供醫療所必需的 BHT 服務。	X ²	
血液和血液製劑	血液和血液製劑	機構採集、儲存和分配人體血液和血液製劑。承保由醫師或提供輸血的機構安排的血液認證。	X	
California 兒童服務 (CCS)	EPSDT	California 兒童服務 (CCS) 是指由 CCS 計畫授權、用於診斷和治療特定保戶符合 CCS 要求之病症的服務。	X ³	
經認證家庭執業護士	經認證家庭執業護士服務	在執業範圍內提供服務的經認證家庭執業護士。	X	
經認證兒科執業護士服務	經認證兒科執業護士服務	承保懷孕、分娩、出生和產後初期的整個生育週期內母親和新生兒的照護，不超過六週；還可以包括初級照護服務。	X	
兒童鉛中毒個案管理（由當地郡縣衛生部門提供）	EPSDT	從出生到 21 歲的兒童的鉛中毒個案（為了開始個案管理），一次靜脈血鉛含量 (BLL) 等於或大於 15 µg/dL，或兩次 BLL 等於或大於 10 µg/dL，兩次之間的時間必須至少為 30 個曆日但不超過 600 個曆日，第一個樣本不必須是靜脈樣本，但第二個樣本必須是靜脈樣本。		X
脊椎推拿治療服務	脊椎治療醫師服務	在 California 法律授權的執業範圍內行事的脊椎治療醫師提供的服務屬於承保範圍，但此類服務僅限於透過人工矯治進行的脊椎治療。	X ⁴	
慢性血液透析	慢性血液透析	用於治療腎衰竭的程序 - 僅作為門診服務承保。透過靜脈從人體抽出血液，並在機器內循環過濾出血液中的廢物和多餘液體。然後「清潔」的血液返回人體。慢性表示需要定期進行此程序。由腎透析中心或社區血液透析單位提供時需要預先授權。	X	

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
社區型成人服務 (CBAS)		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。	X	
社區衛生工作者	預防性服務	未持照的社區衛生工作者、贊助者和社區衛生代表為預防疾病、殘疾和其他健康病症或其進展而提供的預防性服務。	X ⁵	
綜合性產期服務	孕婦擴展服務 - 懷孕相關服務及產後服務	綜合性產期服務是指在懷孕期間和分娩後長達 12 個月內提供的產科、社會心理、營養和健康教育服務，以及相關個案協調。	X	
牙科服務（屬於 Medi-Cal 的承保範圍）		由牙科醫生進行的專業服務，包括診斷和治療人類牙齒錯位以及牙槽突、牙齦、頰部和相關結構的疾病或缺陷；使用診所內施用的藥物、麻醉劑和身體評估；諮詢；家庭、診所和機構通話。	X ⁶	
雙重服務		為兒童、護理人員和家人提供綜合的身體和行為健康篩檢及服務。	X ⁵	
助產師服務		未持照的服務提供者在整個懷孕、分娩和產後期間向懷孕受益人及其家人提供的個人支援。	X ⁵	
耐用醫療設備	DME	輔助醫療設備和用品。承保處方藥；需要預先授權。	X	
早期和定期篩檢、診斷和治療 (EPSDT) 服務	EPSDT	EPSDT 是針對兒童和青少年的 Medicaid 計畫福利，根據《社會保障法》第 1905(r) 節的規定，為低收入家庭的嬰兒、兒童及未滿 21 歲的青少年提供全面的預防、診斷及治療服務。	X	
勃起功能障礙和/或性功能障礙藥物		FDA 核准的唯一適應症是治療性功能障礙或勃起功能障礙的藥物不屬於該計畫的福利。若藥物獲 FDA 核准用於治療性功能障礙或勃起功能障礙加上一種或多種其他適應症，則僅在藥物用於治療性功能障礙或勃起功能障礙以外的 FDA 核准的適應症時才屬於福利。		X

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
擴大甲胎蛋白檢測（由 CDPH 遺傳病分部管理）		建議所有孕婦進行簡單的血液檢測，以檢測她們的胎兒是否存在某些遺傳異常，例如開放性神經管缺陷、唐氏症候群、染色體異常和胎兒腹壁缺陷。		X
眼鏡、隱形眼鏡、弱視輔助用品、義眼和其他眼科器具	眼鏡、隱形眼鏡、弱視輔助用品、義眼和其他眼科器具	醫師或驗光師提供有效處方的眼科器具屬於承保範圍。	X ⁷	
符合聯邦標準的健康中心 (FQHC)（僅限 Medi-Cal 承保服務）	FQHC	由 42 U.S.C. 第 1396d(l)(2)(B) 節中定義的實體提供的 42 U.S.C. 第 1396d(a)(2)(C) 節中所述的服務。	X	
助聽器	助聽器	只有當助聽器供應商根據耳鼻喉科醫師的處方提供助聽器時，或在社區沒有耳鼻喉科醫師的情況下由主治醫師提供助聽器，並且包括助聽器評估在內的聽力評估必須由上述醫師或持照聽力學家進行或在其監督下進行時，助聽器才屬於承保範圍。	X	
1915(c) 居家和社區豁免服務（不包括 EPSDT 服務）		居家和社區豁免服務應僅作為 Medi-Cal 承保福利提供和報銷：(1) 在聯邦核准的適用豁免期限內；(2) HHS 核准的適用豁免規定了這些服務；(3) 該部門可以針對這些服務提出理賠並獲得聯邦資金報銷。		X
居家健康機構服務	居家健康服務- 居家健康機構	由醫師、醫師助理、執業護士或臨床專科護士根據醫師每 60 天審查一次的書面治療計畫開立並在受益人家中提供的居家健康機構服務屬於承保範圍，具體如下。	X	
居家護理佐理員服務	居家健康服務- 居家護理佐理員	承保在住所提供的專業護理或其他專業服務，包括兼職和間歇性專業護理服務、居家護理佐理員服務、物理治療、職能治療或言語治療和聽力服務，以及社工提供的醫療社會服務。	X	
居家健康藥房服務- Medi-Cal Rx 下的全腸外和腸內營養	居家醫療照護	因慢性疾病或外傷而無法透過經口進食維持生命的患者的醫療所必需營養產品，以及用作治療方案的醫療所必需營養產品，旨在防止患有醫學診斷病症且無法充分使用藥房根據藥房理賠收費的常規食物的患者發生嚴重殘疾或死亡，包括製劑、幫浦、導管和一般子類別，如 Medi-Cal Rx All Plan Letter (APL 20-020) 所述。		X

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
居家健康其他藥房服務-全腸外和腸內營養	居家醫療照護	因慢性疾病或外傷而無法透過經口進食維持生命的患者 的醫療所必需營養產品，以及用作治療方案的醫療所必需營養產品，旨在防止患有醫學診斷病症且無法充分使用根據醫療和機構理賠收費的常規食物的患者發生嚴重殘疾或死亡，如 Medi-Cal Rx All Plan Letter (APL 20-020) 所述。	X	
安寧照護	安寧照護	承保的服務僅限於根據第 42 篇 CFR 第 418 部分子部分 B 證明患有絕症、並直接或透過其代表自願接受此類福利以代替指定的其他護理的個人。	X	
醫院門診服務和有組織的門診診所服務	診所服務和醫院門診部服務以及有組織的門診診所服務	能夠使門診患者得到健康照護服務提供者關注的預定行政安排。提供諮詢、調查和輕微治療的機會。	X	
人類免疫缺陷病毒和 AIDS 藥物		人類免疫缺陷病毒和 Medi-Cal 服務提供者手冊列出的 AIDS 藥物		X
子宮切除術	住院醫院服務	除了之前不育的婦女，非緊急子宮切除術僅在以下情況下屬於承保範圍：(1) 獲得授權進行子宮切除術的人士已透過口頭和書面方式通知個人和個人代表（如有），子宮切除術將使個人永久喪失生育能力；(2) 個人和個人代表（如有）已簽署一份收到資訊的書面確認書；(3) 個人已被告知有權諮詢另一位醫師。僅當醫師在理賠表或附件中證明子宮切除術是因危及生命的緊急情況而進行的，並且醫師確定不可能事先確認並對緊急情況的性質進行描述時，緊急子宮切除術才屬於承保範圍。	X	
印第安人健康服務（僅限 Medi-Cal 承保服務）		印第安人是指根據聯邦法律法規（25 U.S.C. 第 1603c、1679b 和 1680c 節）符合資格的任何人士，承保由美國衛生及公共服務部、印第安人健康服務部或部落或都市印第安人保健計畫直接提供的健康服務，都市印第安人保健計畫由印第安人健康服務部資助以直接或透過合約向合資格的個人提供健康服務。	X	
住院醫院服務	住院醫院服務	承保新生兒的分娩服務和住院；無需預先授權的急診服務；以及經過預先授權被視為具有醫療必要性的任何住院。	X	

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
化驗、放射學和放射性同位素服務	化驗、X 光檢查以及化驗、放射學和放射性同位素服務	承保由持照執業人員安排的檢查、檢測和治療服務。	X ⁸	
持照助產士服務	其他執業人員服務和持照助產士服務	以下服務在由持照助產士提供時應作為 Medi-Cal 計畫下的持照助產士服務承保：(1) 參加正常分娩個案；以及 (2) 為母親提供產前、分娩期和產後照護，包括計畫生育照護，並為新生兒提供即時照護。	X	
當地教育機構 (LEA) 服務	當地教育機構 Medi-Cal 計畫選項 計畫服務	LEA 健康和精神健康評估以及健康和精神健康教育服務，其中包括以下任何或所有內容：(A) 營養評估和營養教育，包括根據營養健康評估結果（飲食、進食、化驗值和成長）向 LEA 合資格受益人提供的評估和非課堂營養教育；(B) 視力評估，包括透過 Snellen 檢測進行的遠點視敏度檢查；(C) 聽力評估，包括使用 California 法規第 17 篇第 2951(c) 節定義的風險標準和適當的篩檢技術檢測聽覺障礙；(D) 發育評估，包括透過與預期的年齡和背景規範進行比較來審查發育結果，以檢查發育程度；(E) 心理社會狀況評估，包括透過檢測、訪談和行為評估對認知、情感、社會和行為功能以及自我概念進行評估；以及 (F) 適合年齡和健康狀況的健康教育和先期輔導，包括基於年齡的非課堂健康教育和先期輔導以及適合發育的健康教育。		X
長期照護 (LTC) 機構服務		LTC 機構或環境中醫療所必需的照護，包括以下所有內容： - 專業護理機構 (SNF)，包括醫院的獨立部分或單位； - 中級照護機構 (ICF)； - 發育障礙中級照護機構 (ICF/DD)； - 具有康復服務的發育障礙中級照護機構 (ICF/DDH)； - 具有護理服務的發育障礙中級照護機構 (ICF/DDN)； - 亞急性機構； - 兒科亞急性機構。	2023/1/1 之前： X^{9,10,11} 2023/1/1 之後：X	

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
Medi-Cal 藥物濫用服務	藥物濫用治療服務	向合資格受益人提供的醫療所必需的藥物濫用治療。其中包括與 SUPPORT Act 承保的藥物和生物製劑相關的諮詢服務和行為治療。		X
醫療用品	醫療用品	持照執業人員開立的醫療所必需的用品。不包括藥房根據藥房理賠收費的 Medi-Cal Rx 分割的醫療用品，其中包括 Medi-Cal Rx All Plan Letter (APL 20-020) 所述的醫療用品。	X	
醫療和非醫療 (NMT) 交通運輸服務	交通運輸 - 醫療和非醫療交通運輸 (NMT) 服務	如果受益人的醫療和身體病症在醫療上禁止使用普通公共或私人交通工具進行運輸，並且需要交通運輸以獲得所需的醫療照護，則承保救護車、擔架車和輪椅車醫療交通運輸服務。NMT 是為無法透過其他方式赴診的受益人提供的私人或公共交通工具運輸。	X	
麻醉護士服務	其他執業人員服務和麻醉護士服務	承保麻醉護士在其執照範圍內進行的麻醉服務。	X	
助產護士服務	助產護士服務	在護理和助產方面接受過專業教育和訓練、接受過產科訓練，並在懷孕、分娩、出生和產後初期的整個生育週期內為母親和新生兒提供照護（不超過六週）的高級執業註冊護士。	X	
驗光服務	驗光師服務	承保眼科檢查和矯正鏡片處方。	X	
器官和骨髓移植手術	移植	為成人和兒科移植供者和受者提供的醫療所必需的供者和受者器官和骨髓移植手術，包括器官捐贈和活體供者照顧等相關服務。	X	

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
門診精神健康	門診精神健康	持照健康護理專業人士在其執照範圍內為被診斷患有精神疾病診斷與統計手冊 (DSM) 所定義的精神疾病的成人和兒童提供的服務，該精神疾病會導致輕度至中度痛苦或精神、情感或行為功能障礙。服務包括： - 為尚未確診的潛在精神健康疾病提供的預防性精神健康服務 - 行為健康篩檢和干預 - 精神健康評估和治療，包括個人、團體和家庭心理治療 - 臨床指示要評估精神健康狀況時的心理和神經心理測試。 - 以監測藥物治療為目的的門診服務 - 精神科諮詢 - 門診化驗、藥物、用品與補充劑 - 為 21 歲及以上的受益人提供的精神健康服務，這些受益人有現行精神疾病診斷與統計手冊所定義的精神健康疾病所導致的輕度至中度痛苦或輕度至中度精神、情感或行為功能障礙 - 為未滿 21 歲的受益人提供的精神健康服務，與痛苦或障礙程度或是否已進行診斷無關，除非接受者符合專科精神健康服務的標準	X ¹²	
有組織的門診所服務	診所服務和有組織的門診診所服務	根據表明需要居家醫療照護豁免服務或護理機構豁免服務的書面治療計畫以及部門與服務提供者之間簽訂的書面協定，醫師開立並在受益人居住地提供的居家醫療照護豁免服務和護理機構豁免服務屬於承保範圍。	X	
門診海洛因戒毒服務	門診海洛因戒毒服務	可以承保多種藥物和治療，為選擇不住院的人士提供日常功能。經過預先授權，例行選擇性海洛因戒毒服務僅作為門診服務承保。門診服務的最長期限為 21 天。住院醫院服務應僅限於患有嚴重成癮醫療併發症的患者或需要住院治療的相關醫療問題的患者。		X

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
D 部分藥物		根據《社會保障法》第 XVIII 篇 D 部分的規定，有資格獲得藥物福利的完整福利雙重資格受益人的藥物福利。		X
Medi-Cal Rx 下的醫藥服務和處方藥	醫藥服務和處方藥	Medi-Cal Rx 分割的藥房福利，是藥房根據藥房理賠收費的藥房福利，包括承保的門診藥物和醫師施用的藥物，如 Medi-Cal Rx All Plan Letter (APL 20-020) 所述。	X	X
其他醫藥服務和處方藥	醫藥服務和處方藥	承保根據醫療和機構理賠收費的藥房福利，包括醫師施用的藥物、其他門診藥物、上文所述並在 Medi-Cal Rx All Plan Letter (APL 20-020) 中進一步描述的 Medi-Cal Rx 未分割的處方、非處方和專科藥物。-	X	
藥劑師服務	藥劑師服務	社區藥房環境中提供指定類別藥物的藥劑師（提供納洛酮、自行施用的荷爾蒙避孕藥、尼古丁替代療法、HIV 暴露前和暴露後預防，以及開始和實施免疫接種）。	X	
醫師服務	醫師服務	承保初級照護、門診服務以及在醫院或護理機構住院期間提供的醫療所必需服務。可以承保由醫師提供的有限精神健康服務和有限的過敏治療。	X	
足部治療服務	其他執業人員服務和足科醫師服務	醫療所必需的診所就診屬於承保範圍。其他所有門診服務需遵循與治理醫師相同的預先授權程序，並且僅限於治療足部、腳踝或插入足部的肌腱的疾病、繼發或併發慢性醫療疾病或嚴重損害行走能力的疾病所需的醫療和手術服務。在緊急情況下提供的服務無需預先授權。	X	
預防性服務	預防性服務	州計畫說明的所有預防性服務。	X	
假體和矯正裝置	假體和矯正裝置	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	X	
物理治療和職能治療	物理治療和職能治療	由符合適當要求的人員提供的物理治療和職能治療屬於承保範圍	X	
私人值班護理	EPSDT	私人值班護理是由註冊護士或持照執業護士為未滿 21 歲的個人計畫的客戶照護。	X ²	

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
康復中心門診服務	復健服務	機構在門診基礎上提供復健治療和訓練。該中心可以提供職能治療、物理治療、職業訓練和特殊訓練。	X	
康復中心服務	復健服務	機構提供旨在提升或維持患者身體機能的綜合多學科修復服務計畫。	X	
呼吸照護服務	醫師服務	經過呼吸照護訓練並獲得執照的服務提供者為有影響肺系統以及心肺和其他系統方面的缺陷和異常的患者提供治療、管理、復健、診斷評估和照護。	X	
農村衛生診所服務	農村衛生診所服務	由 42 U.S.C. 第 1396d(l)(1) 節中定義的農村衛生診所提供的 42 U.S.C. 第 1396d(a)(2)(B) 節中所述的服務。	X	
手語翻譯服務範圍	手語翻譯服務	手語翻譯服務可用於醫療所必需的醫療保健服務	X	
在州立或聯邦醫院提供的服務		California 州立醫院為患有嚴重精神疾病的加州人提供住院治療服務。聯邦醫院為聯邦政府負責的特定人群提供服務，例如軍人。		X
專科精神健康服務		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。		X ¹³
專業護理機構和中級照護機構的專業復健服務 專業精神健康服務	特殊復健服務	應承保專業復健服務。此類服務應包括在醫院開始的醫療所必需的持續治療服務或預計會恢復功能的短期密集治療，而這會導致 (1) 持續較高等級的自我照護和出院回家或 (2) 較低等級的照護。應承保專業復健服務。	X ⁹	
言語病理學	言語病理學	由符合適當要求的人員提供的言語病理學服務屬於承保範圍。	X	
州政府支援的服務		透過二級合約提供的州政府資助的人工流產服務。	X	
搖床服務	住院醫院服務	搖床服務是為符合資格並在回家前需要額外照護的患者提供的額外住院照護服務。	X	

服務	州計畫服務類別	定義	管理式照護納入的福利	管理式照護分割的福利*
有針對性的個案管理服务 (由當地政府機構提供)	有針對性的個案管理	有資格獲得有針對性的個案管理服务的人員應包括以下 Medi-Cal 受益人團體：(1) 未滿 21 歲的高危兒童；(2) 身體虛弱的個人；(3) 參與個人化教育計畫或個人化家庭服務計畫的兒童；(4) 面臨機構收容風險的個人；(5) 處於負面健康或社會心理後果危險中的個人；(6) 患有傳染病的個人。有針對性的個案管理服务應至少包括以下服務組成部分之一：確定受益人需求的書面評估，制訂全面的書面個人服務計畫，服務計畫的實施包括與服務提供者的聯絡、諮詢和轉診，協助獲得服務計畫中確定的服務，危機援助計畫協調和安排緊急情況下或需要立即關注或解決的情況下所需的即時服務或治療，以避免、消除或減少特定受益人的危機情況，定期審查受益人在實現服務計畫中確定的服務成果的進度，以確定是否應繼續、修改或終止目前服務。		X
過渡式住院照護服務	護理機構和過渡式住院照護服務	重點在於從門診到住院的過渡期照護。住院照護協調員以及整個持續照護過程中來自不同環境的服務提供者應提供安全優質的過渡期照護。	X	
結核病 (TB) 相關服務 (由當地郡縣衛生部門提供)	TB 相關服務	承保符合美國胸腔學會和美國疾病控制與預防中心建議的 TB 照護和治療。		X

¹ COVID-19 疫苗和注射的承保和報銷從適用於所有合資格人群的 Medi-Cal 管理式照護中分割出來，並由所有適用的服務提供者完全透過州政府的按服務收費交付系統進行承保和報銷。

² 福利承保僅限於根據 EPSDT 要求提供服務的未滿 21 歲的受益人。

³ California 兒童服務 (CCS) 在 COHS 郡縣屬於承保範圍，Ventura 郡除外 (Gold Coast Health Plan)。CCS 在非 COHS 郡縣和 Ventura 郡不屬於承保範圍。

⁴ 脊椎推拿治療承保僅限於「豁免團體」中的受益人：1) 根據 EPSDT 計畫提供服務的未滿 21 歲的受益人；2) 居住在 SNF (A 級和 B 級護理機構，包括亞急性護理機構) 的受益人；3) 懷孕的受益人；4) CCS 受益人；5) 加入 PACE 的受益人；6) 在 FQHC 或 RHC 接受服務的受益人；7) 醫院門診環境的受益人。印第安健康診所不提供脊椎推拿治療服務，豁免團體除外。

⁵ Medi-Cal 州計畫中的福利承保需要聯邦核准。

⁶ 牙科服務被納入 Health Plan of San Mateo 的管理式照護。

⁷ 眼鏡鏡片的製作已在全州範圍內從 FFS Medi-Cal 簽約光學實驗室分割出來，但特殊鏡片 (包括超出簽約實驗室範圍的鏡片) 除外，它們仍由管理式照護計畫負責。

⁸ 在學校環境中進行 COVID-19 檢測的承保和報銷，將從管理式照護中分割出來，透過州政府的按服務收費交付系統進行承保和報銷。

⁹ 在非 COHS 僅承保入院當月和下個月的服務。在 COHS 承保這些服務。

¹⁰ 管理模式照護僅在 MLTSS 合資格受益人授權郡縣承保這些服務：Los Angeles、Orange、Riverside、San Bernardino、San Diego、San Mateo 和 Santa Clara。IHSS 福利不屬於此承保服務的一部分。

¹¹ ICF-DD 居民在 Coordinated Care Initiative Counties 免於加入管理模式照護計畫。

¹² 主治醫師、精神科醫生、心理醫師、持照臨床社工或其他專科精神健康服務提供者提供的服務。Solano County for Partnership Health 計畫 (COHS) 承保專科精神健康服務，Kaiser GMC 承保住院、門診和專科精神健康服務。

¹³ Solano 和 Sacramento 郡的 Kaiser 保戶在 2023/7/1 之前納入管理模式照護。

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, գանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផ្សេងៗសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ 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 buatac 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 ਵੱਚਿ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY:**711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚਿ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ 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 serbisyonang 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.

投保前核對清單

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

瞭解福利

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

瞭解重要規定

- ☐ 除了您的每月計畫保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare B 部分保費。此保費通常會每個月從您的社會安全局支票中扣除。
- ☐ 福利、保費和/或共付額/共同保險金可能會在 2025 年 1 月 1 日變更。
- ☐ **對目前保險的影響。**如果您目前已投保 Medicare Advantage 計畫，您目前的 Medicare Advantage 醫療保健保險將在新的 Medicare Advantage 保險開始生效後結束。如果您有 Tricare，一旦您的新 Medicare Advantage 保險開始生效，您的保險可能會受到影響。如需更多資訊，請與 Tricare 聯絡。如果您有 Medigap 計畫，一旦您的 Medicare Advantage 保險開始生效，您可能想要放棄您的 Medigap 保單，因為您將支付您無法使用的保險費用。
- ☐ **對於 HMO、CSNP 和 DSNP 計畫：**除了急診或緊急情況之外，我們不承保由網絡外服務提供者（未列入服務提供者名錄的醫生）所提供的服務。
- ☐ 此計畫是 Dual Eligible Special Needs 計畫 (D-SNP)。您是否能投保取決於您是否證實有權同時享有 Medicare 和州計畫下的 Medicaid 醫療援助。

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

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

與我們聯絡

如需更多資訊，請與我們聯絡：



透過電話

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



服務時間

週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）



線上

www.wellcare.com/healthnetCA