



2024 혜택 요약

California

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

H3561 | 009

믿을 수 있는 의료 보험을 보유하는 것이 얼마나 중요한지 잘 알고 있습니다.

이 문서는 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 2024년 1월 1일부터 2024년 12월 31일까지 보장하는 의약품 및 건강 서비스의 요약본입니다.

이 책자는 당사의 보장 내용과 비용 분담 책임에 대한 요약본을 제공합니다. 일부 서비스, 제한 사항 또는 예외 사항은 여기에 포함되어 있지 않습니다. 전체 서비스 목록은 보장 범위 증명서(EOC)에서 확인할 수 있습니다. 보장 범위 증명서는 당사 웹사이트

www.wellcare.com/healthnetCA에서 찾아보실 수 있습니다. 사본을 요청하시려면 1-844-917-0175(TTY 711)번으로 전화하십시오. 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)에 통화하실 수 있습니다.

누가 가입할 수 있나요?

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

본 플랜의 서비스 지역에는 California의 Orange, Riverside, San Bernardino 및 San Diego 카운티가 포함됩니다.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알아보려면 현재 “Medicare & You” (Medicare와 가입자) 안내서를 참조하십시오. 이 안내서는 www.medicare.gov에서 온라인으로 보거나 주 7일, 하루 24시간 이용하실 수 있는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번에 전화하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 연락하셔야 합니다.

Health Maintenance Organization (HMO)는 제휴 의료 서비스 제공자 및 시설로 구성된 네트워크를 통해 보험 제공자가 제공하는 건강 플랜입니다. 일반적으로 HMO에서 가입자는 진료를 조정할 1차 의료 제공자(PCP)를 선택해야 하며, 전문의가 필요할 경우 PCP는 당사의 네트워크에 소속된 전문의 중 한 명을 선택합니다.

가입자는 당사의 플랜을 통해 해당 지역에 있는 고도로 숙련된 의료 서비스 제공자의 네트워크를 이용할 수 있습니다. 가입자와 협력하고 진료를 조정할 1차 의료 제공자(PCP)를 선택할 수 있습니다. 현재 서비스 제공자 및 약국 명부를 요청하거나 네트워크 서비스 제공자의 최신 목록을 보려면 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오. (응급 치료, 네트워크 외부에 있을 때 긴급하게 필요한 진료, 지역 외 신장 투석 서비스 및 당사 플랜이 네트워크 비소속 서비스 제공자의 이용을 승인하는 경우를 제외하고, 플랜--비소속 서비스 제공자로부터 의료 서비스를 받는 경우 Medicare 또는 당사 플랜은 비용에 대해 책임을 지지 않습니다.)

당사의 플랜에는 처방약 보장 및 당사의 대규모 약국 네트워크 이용도 포함됩니다. 당사 플랜은 처방규정을 사용합니다. 당사 의약품 플랜은 Medicare 수혜자를 위해 특별히 마련되었으며 저렴한 제네릭 약 및 브랜드 약을 포괄적으로 선택할 수 있습니다.

어떤 의사, 병원 및 약국을 이용할 수 있습니까? Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에는 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자로 구성된 네트워크가 있습니다. 일부 플랜에서는 네트워크 비소속 의료 제공자를 이용할 경우, 보장 서비스에 대한 가입자의 부담분이 더 높아질 수도 있습니다.

당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA에서 플랜의 의료 제공자 및 약국 명부 그리고 처방약이 보장되는 플랜의 경우, 전체 플랜 처방규정(Part D 처방약 목록)을 확인하실 수 있습니다.

자세한 내용은 1-844-917-0175(TTY 사용자의 경우, 711)번으로 당사에 문의해 주십시오. 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)에 통화하실 수 있습니다.

www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

당사는 가입자에게 적합한 방식(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등)으로 정보를 제공해야 할 의무가 있습니다. 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스로 연락해 주십시오.

가입 자격

이 플랜은 주와 Medicare의 의료 지원을 모두 받고 있는 누구나 사용할 수 있습니다.

이 플랜의 가입 자격이 되려면 가입자가 다음 특별 요구 기준을 충족해야 합니다.

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

모든 MSP 수준에 대한 설명은 아래의 "Medicare Savings Program(MSP) 수준" 섹션을 참조하십시오. 보험료, 코페이먼트, 공동보험료, 공제액은 가입자의 Medicaid 자격 카테고리 및/또는 받고 계신 추가 지원(Extra Help)의 수준에 따라 다를 수 있습니다.

Dual Eligible Special Needs Plan (DSNP)은 Medicare와 Medicaid 보장을 모두 받는 수혜자에게 의료 혜택을 제공하는 특수 Medicare Advantage 플랜입니다. 수혜자는 플랜이 제공되는 주에서 정한 제공 혜택의 대상 자격 및 범위와 관련된 특정한 소득 및 자원 요건을 갖춰야 합니다.

California Medicaid 플랜에도 가입해야 합니다. 보험료, 코페이먼트, 공동보험료, 공제액은 가입자의 Medicaid 자격 카테고리 및/또는 받고 계신 추가 지원(Extra Help)의 수준에 따라 다를 수 있습니다. Part B 보험료는 전체 이중 가입자의 경우 California 주에서 지불합니다. 더 자세한 내용은 해당 플랜 측에 문의하십시오.

이중 자격 이해하기

Medicaid는 연방 정부와 주 정부가 제휴한 프로그램으로서, 소득과 자원이 제한적인 사람들을 위해 의료 비용을 지원해 줍니다. Medicaid 혜택은 주에서 Medicare Savings Program(MSP) 보조 수준에 따라 추가 의료 보험 보장 및 재정 지원을 제공하기 때문에 가입자에게 유용한 혜택입니다. Medicaid 보장은 주와 가입자의 Medicaid 유형에 따라 달라집니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 수준에 따라 결정됩니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지원 받기도 합니다. Medicare에서 보장하지 않지만 Medicaid가 보장하는 기타 서비스 및 의약품에 대해 보장을 받는 가입자도 있습니다.

Medicare Savings Program (MSP) 수준

- **완전한 혜택의 이중 자격 수혜자(FBDE):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 코페이먼트를 지불할 수 있습니다. 적격 수혜자는 완전한 Medicaid 혜택도 받습니다.
- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 코페이먼트를 지불합니다. 일부 QMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(QMB+)도 받을 수 있습니다.

- **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part B 보험료를 부담합니다. 일부 SLMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(SLMB+)도 받을 수 있습니다.
- **적격 개인(QI):** Medicaid는 Medicare Part B와 관련된 비용을 지불합니다.
- **적격 장애인 근로자(QDWI):** Medicaid는 Medicare Part A와 관련된 비용을 지불합니다.

주의: 일부 MSP 수준은 Medicare 처방약 보장 지원을 위해 자동으로 "추가 지원(Extra Help)"을 받을 자격을 갖습니다. 일부 주에서는 Part A 및 B 비용 분담을 보장하지 않습니다.

"추가 지원(Extra Help)"이란 무엇입니까?

"추가 지원(Extra Help)"이라고도 하는 저소득 보조금(LIS)은 보험료, 공제액, 공동보험료 또는 코페이먼트와 같은 Part D의 가입자 부담액 지출에 도움이 될 수 있습니다. 많은 사람들이 "추가 지원(Extra Help)" 프로그램을 받을 자격이 있지만 그 사실조차 모르고 있습니다. 지원은 가입자의 Medicare Savings Program(MSP) 수준과 이중 자격 상태에 따라 달라질 수도 있습니다.

Medicaid 자격과 받을 수 있는 혜택에 대한 질문이 있는 경우, 본 문서의 뒷표지에 나와 있는 번호로 전화해 주십시오.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
월 플랜 보험료 (의료 및 의약품 포함)	\$0 Medicaid 또는 다른 제3자가 보험료를 납부하지 않는다면 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속하여 납부해야 합니다.
공제액	공제액 없음
최대 가입자 부담 책임 (처방약은 포함되지 않음)	네트워크 소속인 경우 연간 \$8,850 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 코페이와 공동보험료로 납부할 최대 금액입니다.
입원 치료	1~90일: 입원당 \$0 코페이 *
외래 치료 외래 환자 병원 서비스	외과적 및 비외과적 서비스(대장내시경 포함)의 경우 \$0 코페이 *
외래 환자 병원 관찰 서비스	\$0 코페이
통원 수술 센터(ASC) 서비스	\$0 코페이 *
의사 방문 1차 의료 제공자	\$0 코페이
전문의	\$0 코페이 *

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
예방 진료(예: 연례 웰니스 방문, 골밀도 측정, 유방암 검사(유방조영상), 심혈관 검사, 자궁경부 및 질암 검사, 대장암 검사, 당뇨 검사, B형 간염 바이러스 검사, 전립선암 검사(PSA), 백신(독감 예방접종, B형 간염 주사, 폐렴구균 주사, COVID 주사 포함))	\$0 코페이
응급 치료	\$0 코페이
전 세계적 응급 상황 보장	\$100 코페이 전 세계적 응급 서비스 및 해외에서 긴급하게 필요한 서비스는 플랜에서 최대 \$50,000까지 보장됩니다. 해외에서 받은 응급실 또는 응급 병원 입원 외의 치료는 보장되지 않습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 코페이가 면제되지 않습니다.
긴급하게 필요한 서비스	\$0 코페이
전 세계 긴급 진료 보장	\$100 코페이 전 세계적 응급 서비스 및 해외에서 긴급하게 필요한 서비스는 플랜에서 최대 \$50,000까지 보장됩니다. 해외에서 긴급하게 필요한 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 코페이가 면제되지 않습니다.
진단 서비스/임상 병리/ 화상 진찰	
검사실 서비스	\$0 코페이 *
진단 검사 및 시술	\$0 코페이 *

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
외래 환자 x-레이	\$0 코페이 *
진단 방사선 서비스 (예: MRI, CAT 스캔)	\$0 코페이 *
치료 방사선	\$0 코페이 *
청력 진료 서비스 청력 검사 Medicare 보장	\$0 코페이 *
정기 청력 검사	\$0 코페이 * 매년 1회 검사
보청기 보청기 착용 및 검사 보청기 보조금 모든 유형	\$0 코페이 * 매년 1회 착용 및 검사 보청기에 대해 매년 귀 한 쪽당 최대 \$1,000 보조금 \$0 코페이 * 매년 보청기 2개로 제한
추가 청력 정보	알아 두어야 할 사항 Medicare는 의사 또는 기타 건강 의료 제공자가 가입자에게 의료 치료가 필요한지 확인하기 위해 진단 목적의 청력 및 균형 검사를 지시하는 경우 해당 비용을 보장합니다.

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
치과 서비스 치과 검사 및 예방 치료	<p>\$0 코페이</p> <p>Medi-Cal 가입자는 Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program을 통해 여러 가지 표준 치과 서비스를 이용할 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 서비스가 포함되어 이에 국한되지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 초기 검진, x-레이, 클리닝 및 불소 처리 • 복원 및 크라운 • 치아 신경 치료 • 부분 및 완전 틀니, 조정, 수리 및 침상 <p>1-800-322-6384(TTY: 1-800-735-2922)번으로 전화하시면 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시까지 Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program 상담원의 도움을 받으실 수 있습니다. https://smilecalifornia.org에서도 온라인으로 정보를 확인하실 수 있습니다.</p>
복원 및 응급 치과 치료	<p>\$0 코페이 *</p> <p>치과 혜택은 Medi-Cal 치과 프로그램에서 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 웹사이트 (https://smilecalifornia.org/)를 참조하십시오.</p> <p>Medi-Cal 치과 프로그램 외에도 플랜에서 다음을 제공합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 복원 서비스 - 5년에 한 번씩 동일한 치아에 대해 크라운 혜택이 보장됩니다. • 보철(틀니 포함) - 보장 서비스에는 2년마다 구개궁당 1회의 틀니 개상이 포함됩니다. 5년에 한 번씩 동일한 치아에 대해 가공치 혜택이 보장됩니다.

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
안과 서비스 눈 검사 Medicare 보장	\$0 코페이(Medicare에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$0 코페이(기타 모든 Medicare 보장 눈 검사) *
정기 눈 검사	\$0 코페이 * 매년 1회 검사
녹내장 검사	각 Medicare 보장 서비스에 대해 \$0 코페이
안경류 Medicare 보장	\$0 코페이 *
일상적인 안경류 콘택트렌즈/안경(렌즈 및 안경테)/안경테 안경류 보조금	\$0 코페이 * 콘택트렌즈 및 안경(렌즈 및/또는 안경테)에 대해 매년 최대 \$300의 합산된 보조금이 제공됩니다.
정신 건강 서비스 입원 환자 방문	1~90일: 입원당 \$0 코페이 *
외래 환자 개별 치료 방문	\$0 코페이 *
외래 환자 그룹 치료 방문	\$0 코페이 *
전문 영양 시설(SNF)	1~100일: 입원당 \$0 코페이 *

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
치료 및 재활 서비스	
물리 치료	\$0 코페이 *
작업 치료사가 제공하는 외래 환자를 위한 재활 서비스	\$0 코페이 *
폐 재활 서비스	\$0 코페이
구급 이송	
지상 구급 이송	\$0 코페이 *
항공 구급 이송	\$0 코페이 *
이송 서비스	<p>플랜에서 승인한 의료 서비스 장소로 연간 최대 24회 이송. 여기에는 의사 및 다른 전문가가 포함됩니다(당일 최대 4회의 편도 이동).</p> <p>\$0 코페이(편도 이동당) *</p> <p>알아 두어야 할 사항: 마일리지 제한이 적용될 수 있습니다. 72시간 전에 가입자 서비스에 전화하여 차량을 예약하십시오.</p>

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
Medicare Part B 의약품	
화학요법 및 기타 Part B 의약품	\$0 코페이 * 특정 Part B 리베이트 의약품은 위에 표시된 금액보다 낮은 공동보험료가 적용될 수 있습니다. 더 낮은 공동보험료가 적용되는 Part B 리베이트 의약품 목록은 미국 보험청(CMS)에서 게시하며 분기별로 변경될 수 있습니다.
인슐린	\$0 코페이 *
알레르기 항원	\$0 코페이 *

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

<p>처방약 보장</p>	<p>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009</p>
<p>연간 처방약 공제액</p>	<p>\$0</p>
<p>소매 네트워크 약국에서 30일/최대 100일 복용분</p>	
<p>모든 보장 약</p>	<p>\$0 코페이 일부 보장 약은 30일 복용분으로 제한됨</p>

추가 혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
카이로프랙틱 서비스 Medicare 보장	\$0 코페이 *
정기 카이로프랙틱 서비스	\$0 코페이 * 연간 24회 방문
침술 Medicare 보장	\$0 코페이 *
정기 침술 서비스	\$0 코페이 * 연간 24회로 제한됨
족부 치료 서비스(발 관리) Medicare 보장	\$0 코페이 *
정기 족부 치료 서비스	\$0 코페이 * 연간 12회 방문

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
가상 방문	<p>당사 플랜은 Teladoc을 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다.</p> <p>가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다. 자세한 정보를 원하시거나 진료를 예약하시려면 Teladoc에 1-800-835-2362(TTY: 711)번으로 주 7일, 하루 24시간 전화하실 수 있습니다.</p>
가정 건강 기관 진료	\$0 코페이 *
식사 급성 질환 후 식사	\$0 코페이 ■ 알아 두어야 할 사항: 회복을 돕기 위해 입원 직후 최대 14일 동안 하루에 최대 3회, 발생 건당 최대 42회의 식사를 무료로 가정에 배달해 드리며 연간 발생 건수에는 제한이 없습니다.
의료 장비/용품 내구성 의료 장비(DME)	\$0 코페이 *
보철 장치	\$0 코페이 *

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
 사각형(■)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
당뇨병 용품	\$0 코페이 * 자세한 정보, 제한 사항 및 예외 사항에 대해서는 보장 범위 증명서를 참조하십시오.
당뇨병 치료용 신발 또는 깔창	\$0 코페이 *
오피오이드 치료 프로그램 서비스	\$0 코페이 *
웰니스 프로그램 피트니스	제공되는 웰니스 프로그램 혜택의 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오. \$0 코페이 알아 두어야 할 사항: 이 플랜의 혜택에서는 다양한 대형 체육관 또는 지역 피트니스 스튜디오에서 사용할 수 있는 월간 크레딧과 함께 유연한 피트니스 혜택에 대한 멤버십을 제공합니다. 가입자는 매월 32크레딧을 사용할 수 있습니다. 크레딧은 월간 체육관 멤버십 및/또는 피트니스 스튜디오 수업, 재택 피트니스 박스 및 피트니스 비디오 비용을 보장하기에 충분합니다.
추가 금연 상담 세션	\$0 코페이 연간 5회 방문으로 제한됨
연간 신체검사	\$0 코페이 알아 두어야 할 사항: 이 검사에는 상세한 병력/가족력 및 예방 검진/관리에 대한 권장 사항이 포함됩니다.

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009	
24시간 Nurse Advice Line	\$0 코페이
개인 응급 상황 의료 대응 장치(PERS)	\$0 코페이
재택 지원 서비스	<p>재택 지원 서비스 방문마다 \$0 코페이. 연간 최대 12회 방문</p> <p>알아 두어야 할 사항: 특정 임상 기준에 부합할 경우, 집안일 및 개인 돌봄 서비스를 받을 수 있습니다. 서비스는 면허가 있는 플랜 임상의 또는 면허가 있는 플랜 제공자가 권장하거나 요청해야 합니다. 서비스는 4시간 단위로 제공됩니다.</p>
비처방(OTC) 용품	비처방(OTC) 혜택에 대한 자세한 내용은 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조하십시오.
Wellcare Spendables™	<p>매월 \$75(매년 \$900)가 채워지는 Wellcare Spendables™ 카드를 받게 됩니다. 월간 보조금은 사용하지 않은 경우 다음 달로 이월되며 플랜 연도 말에 만료됩니다.</p> <p>카드 보조금은 다음 항목에 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 비처방(OTC) 용품 - 카드를 참여 소매점에서 또는 모바일 앱을 통해 사용하거나, 가입자 포털에 로그인하여 가정으로 배송하도록 주문할 수 있습니다. 보장되는 품목에는 브랜드 및 제네릭 비처방 약, 비타민, 진통제, 감기약, 알레르기약, 당뇨약이 포함됩니다. <p>가입자 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하기 때문에 아래와 같은 혜택에 Wellcare Spendables™ 보조금을 사용할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 식품 - 참여 소매점에서 카드를 사용하여 건강 식품과 제품 비용을 지불할 수 있습니다. 즉석 식사는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다.

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
 사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, Plan 009
	<ul style="list-style-type: none"> • 주유비 - 주유소 펌프에서 직접 주유비를 카드로 지불할 수 있습니다. 카드를 사용하여 계산대에서 직접 비용을 지불할 수는 없습니다. 카드는 지원되는 보조금 한도까지만 사용할 수 있습니다. • 공과금 보조 - 카드를 사용하여 가정의 공과금을 낼 수 있습니다. 수도, 난방유 및 천연 가스, 전기, 쓰레기, 케이블 TV 서비스(스트리밍 서비스 제외), 일반 전화 또는 휴대폰과 인터넷을 포함한 공공 요금을 내는 데 카드를 사용할 수 있습니다. • 임대 보조 - 카드를 사용하여 집세를 낼 수 있습니다. <p>자세한 정보, 제한 사항 및 예외 사항에 대해서는 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>

별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다.
 사각형(▪)이 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.

예비 가입자를 위한 종합 서면 진술서

혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택은 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 보장합니다. 열거된 각 혜택에서 플랜의 보장 내용을 확인하실 수 있습니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 수준에 따라 결정됩니다. 이 혜택 요약서에 설명된 혜택의 보장 범위는 가입자의 Medicaid 자격 수준에 따라 달라집니다. Medicaid 자격과 받을 수 있는 혜택에 대한 질문이 있는 경우, California Medi-Cal(Medicaid)에 수신자 부담 전화번호 1-800-541-5555(TTY: 1-800-430-7077)번으로 전화하십시오.

최신 California Medicaid 보장 정보에 대해서는

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx>를 방문하거나 가입자 서비스에 전화하여 지원을 받으시길 바랍니다.

Wellcare by Health Net에 가입하면, Wellcare by Health Net에서는 치료, 지급, 의료 서비스 업무용으로 필요하고 법적으로 허가되거나 필요로 하는 경우 가입자의 개인 의료 정보와 비공개 개인 재무 정보*를 사용 및 공개합니다. Wellcare by Health Net에서는 개인 의료 정보를 사용하고 공개하는 방법, 개인 의료 정보 공개에 대한 수정 사항, 제한 및 설명을 요청하고 액세스할 개인의 권리, 불만 사항 제기 절차를 설명하는 개인 정보 보호 관행 고지를 가입자에게 제공합니다. Wellcare by Health Net은 마케팅과 같은 비정기 공개를 위한 정보 공개를 승인하거나 거부할 기회를 제공합니다. Wellcare by Health Net은 가입자가 Wellcare by Health Net에서 유지 관리하는 지정된 기록 세트에서 가입자의 개인 의료 정보를 조사하거나 사본을 얻을 수 있도록 액세스 권한을 제공합니다. Wellcare by Health Net은 타당하고 적절한 보안 대책을 통해 조직 전체에서 구두, 서면 및 전자 정보를 보호합니다. 이러한 대책에는 지급, 치료, 건강 관리 업무를 수행하기 위해 또는 법적으로 허가되거나 필요한 경우 알아야 할 대상으로만 개인 의료 정보에 대한 접근을 제한하는 것이 포함됩니다. Wellcare by Health Net의 전체 개인 정보 보호 관행 고지 사항은 www.wellcare.com/healthnetCA의 "Privacy"(개인 정보 보호 정책)에서 확인하거나, 이 책자 뒷표지에 나온 전화번호로 Customer Contact Center에 전화하여 사본을 받으실 수 있습니다.

*비공개 개인 재무 정보에는 가입자가 건강 플랜 보장 범위를 확인하기 위해 당사에 제공하거나 당사가 가입자에게 혜택을 제공하기 위해 수집한 개인을 식별할 수 있는 재무 정보가 포함됩니다. 예로는 사회 보장 번호, 계좌 잔액 및 지급 이력이 포함됩니다. 당사는 법적으로 허가된 경우를 제외하고 가입자와 관련한 비공개 개인 정보를 누구에게도 공개하지 않습니다.

부록 H: Medi-Cal 관리형 의료 서비스에 포함 및 제외되는 Medi-Cal 서비스
2022년 1월 1일 - 2026년 12월 31일¹

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
침술 서비스	다른 의료 전문가의 의료 서비스 및 침술 서비스	침술 서비스는 일반적으로 인식되는 의료 상황으로 인해 발생하는 심각한하고 지속적인 만성 통증을 방지, 조절 또는 완화하기 위한 치료로 제한되어야 합니다.	X	
청각 서비스	청각 서비스	청각 서비스는 적절한 요건을 충족하는 사람에 의해 제공되는 경우 보장됩니다.	X	
행동 건강 치료(BHT)	예방 서비스 - EPSDT	의료적으로 필요한 BHT 서비스를 조기 및 정기 검진 진단 및 치료 서비스(EPSDT) 의무 플랜과 주 플랜에서 요구하는 21세 미만의 적격 Medi-Cal 가입자에게 제공합니다.	X ²	
혈액 및 혈액 유도체	혈액 및 혈액 유도체	인간의 혈액과 혈액 유도체를 모아서 보관하고 분배하는 시설. 의사 또는 수혈을 받는 시설에서 지시한 혈액의 증명을 보장합니다.	X	
California Children Services (CCS)	EPSDT	California Children Services (CCS)는 특정 가입자의 CCS 적격 증상을 진단 및 치료하기 위해 CCS 프로그램에서 해당 서비스를 승인했음을 의미합니다.	X ³	
공인 가족 전문 간호사	공인 가족 전문 간호사 서비스	업무 범위 내에서 서비스를 제공하는 공인 가족 전문 간호사	X	
공인 소아 전문 간호사 서비스	공인 소아 전문 간호사 서비스	임신, 진통, 분만 및 산후 즉시 기간(6주를 초과하지 않음)의 출산 주기에서 산모와 신생아의 관리를 보장합니다. 1차 의료 서비스도 포함됩니다.	X	
유아기 남중독 사례 관리(Local County Health Departments 제공)	EPSDT	유아기 남중독 사례(사례 관리 시작을 위해)에서 1BLL(정맥혈중 납 수치)이 15µg/dL 이상이거나 2BLL이 10µg/dL 이상인 신생아부터 21세까지는 30일 이상, 600일을 넘지 않고 분리되어야 합니다. 1차 시료는 정맥혈 필요가 없지만 2차는 정맥이어야 합니다.		X
카이로프랙틱 서비스	척추 지압사 서비스	California 법률에 의해 인정된 업무 범위 내에서 의료 행위를 하는 척추 지압사가 제공하는 서비스를 보장하며, 해당 서비스는 도수치료를 통한 척추 치료로 제한되어야 합니다.	X ⁴	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
만성 혈액 투석	만성 혈액 투석	신장 질환을 치료하기 위해 사용되는 시술로, 외래 환자 서비스로만 보장됩니다. 정맥을 통해 신체에서 혈액을 빼내서 혈액으로부터 노폐물과 초과 체액을 걸러내는 기계를 통해 순환시킵니다. 그 다음, "깨끗한" 혈액이 신체로 되돌아갑니다. 만성이란 이 시술이 정기적으로 시행됨을 의미합니다. 신장 투석 센터 또는 지역 혈액 투석실을 이용하는 경우 사전 허가가 필요합니다.	X	
지역 기반 성인 서비스(CBAS)		<p>CBAS 결합 서비스: 전문 간호 진료, 사회 복지, 치료, 개인 위생 관리, 가족/간병인 교육 및 지원, 식사 및 교통 서비스를 적격 Medi-Cal 수혜자에게 제공하는 외래 환자, 시설 기반 서비스 프로그램</p> <p>CBAS 비결합 서비스: 특정 조건에서 센터 외부로 제공되는 CBAS 센터 서비스의 구성 부분</p>	X	
지역 사회 보건 복지사	예방 서비스	질병, 장애 및 기타 건강 문제 또는 그 진행을 방지하기 위해 면허가 없는 사회 보건 복지사, 프로모터 및 지역 사회 보건 담당자가 제공하는 예방 서비스	X ⁵	
포괄적인 주산기 서비스	임산부를 위한 확장 서비스 - 임신 관련 및 산후 서비스	포괄적인 주산기 서비스란 임신 중에 그리고 출산일 이후 최대 12개월까지 제공되는 분만, 심리, 영양 및 건강 교육 서비스 그리고 관련 사례 조정을 의미합니다.	X	
치과 서비스(Medi-Cal 보장)		전위 치아의 진단 및 치료; 치조 돌기, 잇몸, 턱 및 연관 구조의 질병 또는 장애에 대한 진단과 치료; 진료소 내에서 관리되는 약물 및 마취약의 사용과 생체 검사; 상담; 가정, 사무실 및 기관 전화를 포함하여 치료의사가 시술하거나 제공하는 전문 서비스	X ⁶	
다이에딕 서비스		신체 건강 검사 및 행동 건강 검사와 아동, 간병인 및 가족을 위한 서비스가 통합되었습니다.	X ⁵	
임산부 도우미 서비스		면허가 없는 의료 제공자가 임산한 수혜자와 그 가족에게 임신, 진통, 산후 기간 전반에서 제공하는 개인 지원	X ⁵	
내구성 의료 장비	DME	보조 의료 기기 및 용품. 처방전이 있을 시 보장되며, 사전 허가가 필요합니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
조기 및 정기 경진 진단 및 치료 서비스(EPSTD)	EPSTD	EPSTD는 아동 및 청소년을 위한 Medicaid 프로그램 혜택으로, Social Security Act의 1905(r)항에 규정된 대로 저소득 가정의 영유아, 아동 및 21세 미만의 청소년을 위해 포괄적인 예방, 진단 및 치료 서비스를 제공합니다.	X	
발기 부전 및/또는 성 기능 장애 의약품		FDA 승인 표시가 성 기능 장애 또는 발기 부전 치료에만 해당되는 약은 프로그램 혜택이 보장되지 않습니다. 성 기능 장애 또는 발기 부전에 대한 FDA 승인 외에 하나 이상의 다른 승인 표시가 있는 약은 해당 약이 성 기능 장애 또는 발기 부전의 치료 외에 FDA 승인 표시에 맞게 사용되는 경우에만 혜택이 보장됩니다.	X	
확장된 알파-태아단백질 검사(Genetic Disease Branch of CDPH에서 관리됨)		모든 임신부에게는 열린 신경관결손, 다운 증후군, 염색체 이상, 태아의 복벽 질환 등과 같은 특정 유전적 기형이 태아에게 전달되는지 알아내기 위해 간단한 혈액 검사가 권장됩니다.		X
안경, 콘택트렌즈, 저시력 보조기, 의안 및 안과 기구	안경, 콘택트렌즈, 저시력 보조기, 의안 및 안과 기구	안과 기구는 의사 또는 검안사의 유효한 처방전이 있을 시 보장됩니다.	X†	
Federally Qualified Health Centers (FQHC) (Medi-Cal 보장 서비스만 해당)	FQHC	서비스는 42 U.S.C. Section 1396d(a)(2)(C)에 설명되어 있으며 42 U.S.C. Section 1396d(l)(2)(B)에 정의된 주체에 의해 제공됩니다.	X	
보청기	보청기	보청기는 이비인후과 의사의 처방전 또는 주치의(지역 내에 이용 가능한 이비인후과 의사가 없는 경우)의 처방전에 따라 보청기 판매업자가 공급한 경우에만 보장되며, 상기 의사 또는 면허가 있는 청능사의 감독 하에 수행되는 보청기 검사를 포함한 청력 검사가 포함됩니다.	X	
1915(c) 가정 및 지역 사회 기반 면제 서비스 (EPSTD 서비스 제외)		가정 및 지역 사회 기반 면제 서비스는 (1) 적용 가능한 연방 승인된 면제 기간, (2) 서비스가 HHS에서 승인한 적용 가능한 면제로 규정된 범위, (3) 해당 부서에서 이러한 서비스에 대한 연방 기금을 청구하고 환급받을 수 있는 범위에 해당하는 경우에만 Medi-Cal 보장 혜택으로 제공 및 환급됩니다.		X

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
가정 건강 기관 서비스	가정 건강 서비스- 가정 건강 기관	가정 건강 서비스는 의사, 의사 보조원, 임상 간호사 또는 임상 전문 간호사가 지시하고 60일마다 의사가 검토하는 서면 치료 계획에 따라 수혜자의 가정에서 제공되는 경우 아래에 규정된 대로 보장됩니다.	X	
재택 건강 도우미 서비스	가정 건강 서비스- 재택 건강 도우미	파트타임 또는 간헐적인 전문 간호 서비스, 재택 건강 도우미 서비스, 물리 치료, 작업 치료 또는 언어 치료와 창작 서비스 및 사회 복지사의 의료 사회 복지 서비스를 포함한 전문 간병 또는 기타 전문 서비스를 자택에서 제공합니다.	X	
가정 건강 약국 서비스-Medi-Cal Rx에 따른 완전 비경구 및 장관 영양	가정 건강	Medi-Cal Rx All Plan Letter(APL 20-020) 에 나온 대로 유동식, 펄프, 튜브 및 일반적인 하위 카테고리를 포함하여, 약국 청구로 약국에서 비용을 청구하는 완전한 일반식 사용을 금지하는 의료적 진단 상황에서 만성 질환 또는 정신적 외상으로 인해 경우 영양 공급이 불가능한 환자인 경우와 환자의 심각한 장애 또는 사망을 방지하기 위한 치료적 섭생으로 사용되는 경우 의료적으로 필요한 영양 제품.		X
가정 건강 기타 약국 서비스-원전 비경구 및 장관 영양	가정 건강	Medi-Cal Rx All Plan Letter(APL 20-020) 에 나온 대로, 의사 및 기관 청구로 비용을 청구하는 완전한 일반식 사용을 금지하는 의료적 진단 상황에서 만성 질환 또는 정신적 외상으로 인해 경우 영양 공급이 불가능한 환자인 경우와 환자의 심각한 장애 또는 사망을 방지하기 위한 치료적 섭생으로 사용되는 경우 의료적으로 필요한 영양 제품.	X	
호스피스 의료	호스피스 의료	Title 42, CFR Part 418, Subpart B 에 따라 말기 환자로 인정된 개인 및 직접 또는 담당 자원 봉사자를 통해 규정된 대로 다른 의료 서비스 대신 해당 혜택을 받는 개인에게 제한된 서비스를 보장합니다.	X	
병원 외래 진료부 서비스 및 체계적인 외래 진료소 서비스	진료소 서비스, 병원 외래 진료부 서비스 및 체계적인 외래 진료소 서비스	외래 환자가 의료 제공자의 치료를 받도록 예약된 행정 절차, 상담, 진단 및 가벼운 치료 기회를 제공합니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
인체 면역 결핍 바이러스 및 AIDS 약		Medi-Cal Provider Manual에 나와 있는 인체 면역 결핍 바이러스 및 AIDS 약	X	X
자궁 절제	입원 치료 서비스	이전에 불임이었던 여성을 제외하고 비응급 자궁 절제는 (1) 자궁 절제 수술을 집도할 권한을 보유한 사람이 환자 또는 환자의 대리인(있는 경우)에게 구두 및 서면으로 환자가 영구 불임이 될 것임을 알린 경우, (2) 환자 및 환자의 대리인(있는 경우)이 정보를 받았다는 서면 확인서에 서명한 경우, (3) 환자에게 다른 의사의 상담을 받을 권리가 있음을 알린 경우에만 보장됩니다. 응급 자궁 절제는 의사가 사전 승인이 불가능하다고 판단을 내린, 생명을 위협하는 응급 상황으로 인해 자궁 절제 수술을 진행했음을 클레임 양식 또는 부속 문서로 증명하고 응급 유형에 대한 설명이 포함된 경우에만 보장될 수 있습니다.	X	
인디언 건강 서비스 (Medi-Cal 보장 서비스만 해당)		인디언은 연방 법률 및 규정(25 U.S.C. Sections 1603c, 1679b 및 1680c)에 따라 자격을 갖는 모든 사람을 의미하며, 미국 보건복지부의 Indian Health Service에서 직접 제공하거나 직접 또는 계약에 따라 적격 개인에게 의료 서비스를 제공하는 Indian Health Service로부터 자금을 지원 받은 부족 또는 도시 인디언 건강 프로그램을 통해 제공하는 의료 서비스 혜택이 포함됩니다.	X	
입원 치료 서비스	입원 치료 서비스	신생아 분만 및 입원, 사전 허가 없는 응급 서비스, 사전 허가를 받고 의료적으로 필요하다고 간주되는 모든 입원이 보장됩니다.	X	
검사실, 방사선 및 방사성 동위원소 서비스	검사실, X-레이 및 검사실, 방사선 및 방사성 동위원소 서비스	면허가 있는 의료 전문가가 지시한 검사 및 치료 서비스가 보장됩니다.	X ⁸	
면허가 있는 조산사 서비스	다른 의료 전문가의 의료 서비스 및 면허가 있는 조산사 서비스	다음 서비스는 면허가 있는 조산사가 서비스를 제공할 경우 Medi-Cal Program에 따라 면허를 가진 조산사 서비스로 보장됩니다. (1) 정상 분만 시 참여, (2) 산모를 위한 가족 계획 관리 및 신생아 즉각 진료를 포함한 산전 관리, 분만 시 관리 및 산후 관리 제공 서비스가 이에 해당됩니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
Local Educational Agency (LEA) 서비스	Local Education Agency Medi-Cal 비용 청구 옵션 프로그램 서비스	LEA 건강 및 정신 건강 검사와 건강 및 정신 건강 교육 서비스에는 다음 중 일부 또는 전체가 포함됩니다. 이러한 서비스에는 (A) 영양 건강 평가(식이요법, 음식 섭취, 실험실 값 및 성장) 결과에 기반하여 LEA 자격 수혜자에게 제공되는 평가 및 비강의실 영양 교육으로 구성된 영양 평가 및 영양 지도, (B) Snellen Test를 통해 실시된 먼 지점에서의 시력 검사로 구성된 시력 평가, (C) Title 17, California Code of Regulations, Sections 2951(c)에 규정된 대로 위험 조건 및 적절한 검진 방법을 사용한 장각 장애 검사로 구성된 청각 평가, (D) 연령과 배경에 대해 기대되는 표준과 비교한 발달 성취도 검도를 통한 발달 수준 검사로 구성된 발달 평가, (E) 인지적, 감정적, 사회적 및 행동 기능의 평가와 검사, 인터뷰 및 행동 평가를 통한 자아 개념 평가로 구성된 심리사회적 상태 평가, (F) 비강의실 건강 교육과 연령에 기반한 예측 지도 및 발달상 적합한 건강 교육으로 구성된 연령 및 건강 상태에 맞는 건강 교육 및 예측 지도가 있습니다.	X	
장기 간병(LTC) 시설 서비스		<p>다음은 모두 포함하는 LTC 시설 또는 장소에서 의료적으로 필요한 간병 서비스</p> <ul style="list-style-type: none"> • 병원의 개별 기관 또는 부서를 포함한 전문 요양 시설(SNF) • 중간 치료 시설(ICF) • 발달 장애인을 위한 중간 치료 시설(ICF/DD) • 훈련 포함 발달 장애인을 위한 중간 치료 시설(ICF/DDH) • 요양 포함 발달 장애인을 위한 중간 치료 시설(ICF/DDN) • 아급성 시설 • 소아 아급성 시설 	<p>1/1/2023 이전: X^{9,10,11}</p> <p>1/1/2023 이후: X</p>	
Medi-Cal 약물 남용 치료 서비스	약물 남용 치료 서비스	적격 수혜자에 대해 의료적으로 필요한 약물 남용 치료. 여기에는 SUPPORT Act에서 보장하는 약물 및 생물학적 제제와 관련한 상담 서비스와 행동 치료가 포함됩니다.		X

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
의료 용품	의료 용품	면허가 있는 의료 전문가가 처방을 내릴 경우 의료적으로 필요한 용품. Medi-Cal Rx All Plan Letter(ACL 20-020)에 설명된 의료 용품을 포함하여, 약국 청구로 약국에서 비용을 청구하는 Medi-Cal Rx에서 제외되는 의료 용품은 포함되지 않습니다.	X	
의료적 및 비의료적 수술(NMT) 서비스	수술 - 의료적 및 비-의료적 수술(NMT) 서비스	수혜자의 의료 상태와 신체적 상태를 기반으로 일반적인 공공 또는 개인 수술 수단을 통한 수술이 의료적으로 금지되고 필요한 의료적 처치를 받기 위한 수술이 필요한 경우, 구급차, 들것용 밴, 휠체어용 밴의 의료적 수술 서비스를 보장합니다. NMT는 진료를 받기 위한 다른 방법이 없는 수혜자를 개인 또는 공공 차량을 통해 수술하는 서비스입니다.	X	
마취 전문 간호사 서비스	다른 의료 전문가의 의료 서비스 및 마취 전문 간호사 서비스	면허를 통해 허가된 범위 내에서 마취 전문 간호사에 의해 제공되는 마취 서비스를 보장합니다.	X	
간호 조산사 서비스	간호 조산사 서비스	간호 및 조산술 분야 모두에서 전문 교육과 훈련을 받고, 산과에서 훈련을 받았으며, 임신, 진통, 분만 및 산후 즉시 기간(6주를 초과하지 않음)의 출산 주기에서 산모와 신생아에게 의료 서비스를 제공하는 등록된 고급 전문 간호사	X	
검안 서비스	검안사 서비스	눈 검사와 교정 렌즈에 대한 처방이 보장됩니다.	X	
장기 및 골수 이식 수술	이식	장기 조달 및 생체 공여자 관리 등의 관련 서비스를 포함하여, 성인 및 소아 장기이식 수혜자와 공여자를 대상으로 하는, 의료적으로 필요한 공여자 및 수혜자 장기 및 골수 이식 수술	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
외래 환자 정신 건강	외래 환자 정신 건강	<p>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)에 정의된 대로 정신, 감정 또는 행동 기능에서 경도와 중등도 사이의 정신적 고통 또는 장애를 유발하는 정신적 상태를 갖는 것으로 진단된 성인 및 아동에 대해 면허가 있는 건강 관리 전문가가 면허 범위 내에서 제공하는 서비스. 서비스에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 아직 진단 받지 않은 잠재적 정신 건강 장애에 대한 예방적 정신 건강 서비스 • 행동 건강 검진 및 개입 • 개인, 그룹 및 가족 심리 치료를 포함한 정신 건강 검사 및 치료 • 정신 건강 질량을 검사하도록 임상적으로 지시가 내려진 경우 심리학적 및 신경심리학적 검사 • 약물 치료 관찰을 위한 외래 환자 서비스 • 정신과 상담 • 외래 검사실, 약실, 의료 용품 및 보충제 • 현재 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders에 정의된 대로, 정신 건강 장애로 인해 정신, 감정 또는 행동 기능에서 경도와 중등도 사이의 정신적 고통 또는 경도와 중등도 사이의 장애를 갖는 21세 이상의 수혜자에 대한 정신 건강 서비스 • 수혜자가 전문 정신 건강 서비스에 대한 기준을 충족하지 않는 경우, 정신적 고통이나 장애 수준 또는 진단 여부에 관계없이 21세 미만의 수혜자에 대한 정신 건강 서비스 	X ¹²	
체계적인 외래 진료소 서비스	진료소 서비스 및 체계적인 외래 진료소 서비스	재택 의료 면제 서비스 및 요양 시설 면제 서비스는 재택 의료 면제 서비스 및 요양 시설 면제 서비스에 대한 필요성을 제시하는 서면 치료 계획에 따라 그리고 부서와 서비스 제공자 사이의 서면 협약에 따라 의사가 처방을 내리고 수혜자의 거주지에서 제공되는 경우에 보장됩니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
외래 환자 헤로인 중독 치료 서비스	외래 환자 헤로인 중독 치료 서비스	입원을 선택하지 않은 환자에 대해 매일 기능성을 유지할 수 있도록 하는 여러 가지 약물 치료 및 처치가 포함될 수 있습니다. 긴급하지 않은 일상적 해로인 중독 치료 서비스가 보장되며 사전 허가가 필요하고 외래 환자 서비스만 제공됩니다. 외래 환자 서비스는 최대 21일로 제한됩니다. 입원 치료 서비스는 중독에 따른 심각한 부작용을 겪는 환자 및 관련 의료적 문제가 있어 입원 치료가 필요한 환자로 제한됩니다.	X	X
Part D 약		Social Security Act의 Title XVIII Part D에 따라 의약품 혜택 자격이 있는 완전한 혜택의 이중 자격 수혜자를 위한 의약품 혜택		X
Medi-Cal Rx에 따른 의약품 서비스 및 처방약	의약품 서비스 및 처방약	Medi-Cal Rx에 포함된 약국 혜택으로, Medi-Cal Rx All Plan Letter(APL 20-020)에 설명된 대로 외래 환자 보장 약과 의사 관리 약을 포함하여 약국 청구로 약국에서 비용을 청구하는 약국 혜택입니다.	X	X
기타 의약품 서비스 및 처방약	의약품 서비스 및 처방약	Medi-Cal Rx All Plan Letter(APL 20-020)에서 설명한 대로 Medi-Cal Rx에서 제외되지 않은 의사 관리 약, 기타 외래 환자 약, 요지시약, 비 요지시약 및 특수 의약품을 포함하여 의사 및 기관 청구로 비용을 청구하는 약국 혜택이 보장됩니다.	X	
약국 서비스	약국 서비스	지정된 카테고리 의약품을 제공하는 지역 약국 환경 내 약국(발록슨, 자기 투약 호르몬 피임약, 니코틴 대체 요법, HIV 노출 전 및 노출 후 예방 요법, 예방접종 개시 및 관리 제공)	X	
의사 서비스	의사 서비스	1차 의료, 외래 환자 서비스 및 병원 또는 의료적으로 필요한 서비스를 위한 요양 시설에 머무는 동안 제공되는 서비스. 의사의 지시가 있는 경우 제한된 정신 건강 서비스 및 제한된 알러지 치료가 포함될 수 있습니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
족부 치료 서비스	다른 의료 전문가의 의료 서비스 및 발 전문의 서비스	진료실 방문은 의료적으로 필요한 경우에 보장됩니다. 다른 모든 외래 환자 서비스는 의사를 관리하는 동일한 사전 허가 절차에 따라야 하며, 2차 질환 또는 복합적인 만성 질환 혹은 보행 능력의 현저한 저하로 이어지는 발, 발목 또는 힘줄의 장애를 치료하는 데 필요한 의료 및 외과적 서비스로 제한됩니다. 응급으로 제공된 서비스는 사전 허가가 면제됩니다.	X	
예방 서비스	예방 서비스	주 플랜에 연결된 모든 예방 서비스	X	
보철 및 교정 기구	보철 및 교정 기구	면허가 있는 의사, 족부 전문의 또는 치과 의사가 면허 범위 내에서 처방한, 기능 회복 또는 신체 부위 대체에 필요한 모든 보철 및 보조기는 각각 보철 전문의, 보조기 전문의 또는 면허가 있는 의료 전문가가 제공할 때 보장됩니다.	X	
물리 치료 및 작업 치료	물리 치료 및 작업 치료	물리 치료 및 작업 치료는 적절한 요건을 충족하는 사람에게 의해 제공되는 경우 보장됩니다.	X	
개인 간병	EPSDT	개인 간병은 21세 미만의 개인에 대해 등록된 간호사 또는 면허가 있는 간호 조무사이든 관계없이 간호사에 의한 고객의 간병 계획 및 간병입니다.	X ²	
재활 센터 외래 환자 서비스	재활 서비스	외래 환자의 재활을 위해 치료 및 훈련을 제공하는 시설. 센터에서는 작업 치료, 물리 치료, 직업 훈련 및 특별 훈련을 제공할 수 있습니다.	X	
재활 센터 서비스	재활 서비스	환자의 신체 기능을 업그레이드하거나 유지하기 위해 마련된 복원 서비스의 통합된 종합 프로그램을 제공하는 시설.	X	
호흡 관리	의사 서비스	폐 기관과 심폐 기관 및 기타 기관에 영향을 주는 장애와 이상을 가진 환자의 치료, 관리, 재활, 진단 검사, 간호를 제공하도록 호흡 관리를 위해 훈련되고 면허를 보유한 의료 서비스 제공자.	X	
농촌 진료소 서비스	농촌 진료소 서비스	서비스는 42 U.S.C. Section 1396d(a)(2)(B)에 설명되어 있으며 42 U.S.C. Section 1396d(l)(1)에 정의된 대로 농촌 진료소에서 제공됩니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
수화 통역사 서비스 범위	수화 통역사 서비스	수화 통역사 서비스는 의료적으로 필요한 건강 관리 서비스에 이용할 수 있습니다.	X	
주 또는 연방 병원에서 제공되는 서비스		California 주 병원은 심각한 정신 질환을 가진 California 주민에 대해 입원 치료 서비스를 제공합니다. 연방 병원은 연방 정부에 책임이 있는 군인 등의 특정 주민에 대해 서비스를 제공합니다.	X	
전문 정신 건강 서비스		재활 서비스를 보장하며, 여기에는 정신 건강 서비스, 약물 치료 지원 서비스, 집중 주간 치료, 주간 재활 치료, 위기 상황 개입, 위기 상황 안정화, 성인 주거 치료 서비스, 위기 상황 시 주거 서비스, 정신 건강 시설 서비스가 포함됩니다.	X ¹³	
전문 요양 시설의 전문 재활 서비스 및 중간 치료 시설 전문 정신 건강 서비스	전문 재활 서비스	전문 재활 서비스가 보장됩니다. 해당 서비스에는 (1) 지속적인 높은 수준의 자가 관리 후 퇴원 또는 (2) 낮은 수준의 관리로 이어지는 기능 회복이 가능할 것으로 기대되는 병원 또는 단기 집중 치료에서 시작하여 의료적으로 필요한 연속 치료가 포함됩니다. 전문 재활 서비스가 보장됩니다.	X ⁹	
언어 장애	언어 장애	언어 장애 서비스는 적절한 요건을 충족하는 사람에 의해 제공되는 경우 보장됩니다.	X	
정부 지원 서비스		2차 계약을 통해 제공되는 정부 지원 임신 종결 서비스	X	
스윙 베드 서비스	입원 치료 서비스	스윙 베드 서비스는 추가적인 입원 치료 서비스로, 자격을 갖추고 퇴원 전에 추가적인 관리가 필요한 환자를 위한 서비스입니다.	X	

서비스	주 플랜 서비스 카테고리	정의	관리형 의료 서비스에 포함되는 혜택	관리형 의료 서비스에서 제외되는 혜택*
대상 사례 관리 서비스 (Local Governmental Agencies에서 제공)	대상 사례 관리	대상 사례 관리 서비스를 받을 자격이 있는 사람은 다음 Medi-Cal 수혜자 그룹으로 구성됩니다. (1) 21세 미만의 고위험 아동, (2) 의료적으로 취약한 개인, (3) Individualized Education Plan 또는 Individualized Family Service Plan을 보유한 아동, (4) 보호시설 수용 위험이 있는 개인, (5) 부정적인 건강 또는 심리사회적 결과를 보일 위험이 있는 개인, (6) 전염성 질병이 있는 개인. 대상 사례 관리 서비스에는 다음 서비스 요소 중 하나 이상이 포함됩니다. 수혜자의 요구, 포괄적인 서면 개별 서비스 플랜의 개발, 서비스 플랜의 구현을 확인할 수 있는 문서화된 평가에는 서비스 제공자와의 연계, 상담 및 추천, 서비스 플랜에서 확인된 서비스 평가와 관련된 지원, 사실상 응급 상황 또는 특정 수혜자가 위기 상황을 맞이할 가능성을 피하거나 없애거나 줄이기 위한 응급 치료, 또는 즉각적인 해결이 필요한 상황에서 요구되는 즉각적인 의료 서비스 또는 치료를 조율하고 준비하기 위한 위기 지원 계획, 서비스 플랜에서 확인된 서비스 결과 대비 수혜자의 경과에 대한 정기 검토(현재 서비스를 지속, 수정 또는 중단해야 할지 여부를 판단하기 위해 시행)가 포함됩니다.	X	
전환기 입원 치료 서비스	요양 시설 및 전환기 입원 치료 서비스	외래에서 입원으로 치료 전환에 집중. 입원 치료 코디네이터는 치료 연속성에 따라 다양한 환경에서 의료 서비스 제공자와 함께 안전한 양질의 전환기 서비스를 제공해야 합니다.	X	
결핵(TB) 관련 서비스 (Local County Health Departments에서 제공)	TB 관련 서비스	미국 흉부학회(American Thoracic Society) 및 미국 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention)의 권장 지침에 따라 TB 관리 및 치료가 제공됩니다.		X

¹ COVID-19 백신 및 관리의 보장과 환급은 모든 적격 인구에 대해 Medi-Cal 관리형 의료 서비스에서 제외되며, 모든 해당하는 의료 제공자에 의해 주 정부의 행위별 수가제 제공 시스템을 통해 배타적으로 보장 및 환급됩니다.

² EPSDT 요건에 따라 제공되는 서비스의 경우 혜택 보장 범위가 21세 미만의 수혜자로만 제한됩니다.

³ Ventura County(Gold Coast Health Plan)를 제외하고 COHS 카운티에서 보장되는 California Children Services (CCS). CCS는 COHS 외의 카운티 및 Ventura County에서 보장되지 않습니다.

4 카이로프랙틱 보장은 “Exempt Groups”(면제 그룹)의 수혜자로만 제한됩니다. 1) EPSDT 프로그램에 따라 제공되는 서비스의 경우 21세 미만의 수혜자, 2) SNF(요양 시설 레벨 A 및 레벨 B, 아급성 치료 시설 포함)에 있는 수혜자, 3) 임신 중인 수혜자, 4) CCS 수혜자, 5) PACE에 등록된 수혜자, 6) FQHC 또는 RHC에서 의료 서비스를 받는 수혜자, 7) 병원 외래 환경 수혜자. 카이로프랙틱 서비스는 면제 그룹의 수혜자를 제외하고 Indian Health Clinics에서 이용할 수 없습니다.

⁵ Medi-Cal State Plan에서 연방 정부 승인에 따른 혜택 보장 범위

⁶ 치과 서비스는 Health Plan of San Mateo의 관리형 의료 서비스에 포함됩니다.

⁷ 안경 렌즈 제작은 주 전체에서 FFS Medi-Cal 계약 광학 실험실로부터 제외되며, 관리형 의료 서비스 플랜의 계약 이행 책임이 유지되는 특수 렌즈(계약 실험실의 보장 범위를 초과하는 렌즈 포함)는 예외입니다.

⁸ 학교에서 COVID-19 검사의 보장 및 환급은 관리형 의료 서비스에서 제외되며, 주 정부 Fee For Service 제공 시스템을 통해 보장 및 환급됩니다.

⁹ 비-COHS에서는 입원 당월 및 다음 달에 대해서만 보장됨. COHS에서 보장되는 서비스

¹⁰ 서비스는 MLTSS Eligible Beneficiary Authorized Counties에서만 관리형 의료 서비스하에 보장됨: Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Mateo 및 Santa Clara. IHSS 혜택은 이 보장 서비스에 속하지 않습니다.

¹¹ ICF-DD 거주민은 Coordinated Care Initiative Counties의 관리형 의료 서비스 플랜 가입에서 면제됩니다.

¹² 주치의, 정신과 의사, 심리학자, 면허가 있는 임상 사회 복지사 또는 다른 전문 정신 건강 의료 제공자에 의해 제공되는 서비스. Solano County for Partnership Health 플랜(COHS)에서는 전문 정신 건강 서비스를 보장하며, Kaiser GMC에서는 입원, 외래 환자 및 전문 정신 건강 서비스를 보장합니다.

¹³ Solano 및 Sacramento 카운티의 Kaiser 가입자는 7/1/2023까지 관리형 의료 서비스에 포함됩니다.

차별 금지 정책

차별은 법에 위배됩니다. Wellcare By Health Net은 주 및 연방 민권법을 준수합니다.

Wellcare By Health Net은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 정체성, 나이, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향 등을 이유로 사람을 불법적으로 차별, 배제 또는 차등 대우하지 않습니다.

Wellcare By Health Net이 제공하는 서비스:

- 장애인이 의사소통을 원활하게 할 수 있는 무료 보조 도구 및 서비스 등을 제공합니다.
 - 공인 수화 통역사
 - 기타 형식의 서면 정보(큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 포맷, 기타 형식)
- 영어를 모국어로 사용하지 않는 사람들에게 다음과 같은 무료 언어 서비스를 제공합니다.
 - 공인 통역사
 - 다른 언어로 작성된 자료

이러한 서비스가 필요한 경우 **1-800-431-9007**번으로 Wellcare By Health Net에 문의하십시오.

10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일, 오전 8시에서 오후 8시까지 이용하실 수 있습니다.

4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시에서 오후 8시까지 이용하실 수 있습니다.

운영시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 메세징 시스템이 가동됩니다. 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 **TTY 711**번으로 전화하십시오. 이 문서는 귀하의 요청에 따라 점자, 큰 활자, 오디오 카세트 또는 전자 형식으로 제공할 수 있습니다. 대체 형식으로 사본을 받으려면 다음 주소로 전화 또는 서면으로 문의하시기 바랍니다.

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY: 711)

이의 제기 방법

Wellcare By Health Net이 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 정체성, 나이, 정신 장애, 신체 장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 젠더, 성 정체성 또는 성적 지향 등에 근거하여 이러한 서비스를 제공하지 않았거나 불법적으로 달리 차별했다고 생각하는 경우 회원 서비스팀에 이의를 제기할 수 있습니다. 전화, 서면, 직접 방문 또는 전자적 방법으로 이의를 제기할 수 있습니다.

- **전화:** **1-866-458-2208**번으로 전화하여 Wellcare By Health Net의 민권 코디네이터에게 문의하십시오. 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 5시 사이. 또는 잘 듣지 못하거나 말을 잘 못하시는 경우 **TTY 711**번으로 전화하십시오.
- **서면:** 이의 제기 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.

Wellcare Civil Rights Coordinator

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

- **직접 방문:** 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare By Health Net을 방문하여 이의 제기를 하고 싶다고 말씀해 주십시오.
- **전자 방식:** Wellcare By Health Net 웹사이트(wellcare.com/healthnetCA)를 방문하십시오.

민권 사무소 - 캘리포니아주 의료 서비스부

전화, 서면 또는 전자 방식으로 캘리포니아주 의료 서비스부 민권 사무소에 불만 사항을 제기할 수도 있습니다.

- **전화: 1-916-440-7370**번으로 전화하십시오. 잘 듣지 못하거나 말을 잘 못하시는 경우 **TTY 711번(텔레커뮤니케이션 중계 서비스)**으로 전화하십시오.
- **서면:** 이의 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.
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
이의 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받으실 수 있습니다.
- **전자 방식:** 이메일 주소: **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

민권 사무소 - 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별을 이유로 차별을 받았다고 생각하는 경우 미국 보건복지부 민권 사무소에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 민권 불만을 제기할 수도 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019**번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 것이 어려운 경우 **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화하십시오.
- **서면:** 이의 제기 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
불만사항 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 찾으실 수 있습니다.
- **전자 방식:** 민권 불만 포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 방문하십시오.

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: Ձանգահարեք **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**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

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 ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY:**711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਰਜ 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 serbisyong ito.

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

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

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

사전 가입 체크리스트

가입을 결정하기 전에 당사의 혜택과 규칙을 완전히 이해해야 합니다. 질문이 있으시면 고객 서비스 담당자에게 1-844-917-0175(TTY: 711)번으로 전화하여 문의하실 수 있습니다. 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)에 통화하실 수 있습니다.

혜택 이해하기

- 보장 범위 증명서(EOC)는 모든 보장과 서비스의 전체 목록을 제공합니다. 가입하기 전에 플랜 보장, 비용 및 혜택을 검토해야 합니다. www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하거나 1-844-917-0175(TTY: 711)번으로 전화하여 EOC의 사본을 확인하십시오. 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)에 통화하실 수 있습니다.
- 현재 진료 중인 의사가 네트워크 소속인지 확인하시려면 의료 제공자 명부를 검토하십시오(또는 의사에게 문의). 명부에 해당 의사가 없는 경우, 새로운 의사를 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- 처방약을 위해 이용하고 있는 약국이 네트워크 소속인지 확인하시려면 약국 명부를 검토하십시오. 해당 약국이 명부에 없는 경우, 처방약을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- 약이 보장되는지 확인하시려면 처방규정을 검토하십시오.

중요 규칙 이해하기

- 가입자는 월 플랜 보험료 외에 Medicare Part B 보험료를 계속해서 납부해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회 보장 수표에서 차감됩니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 코페이먼트/공동보험료는 2025년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- **현재 보장에 대한 영향.** 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 경우 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 현재 Medicare Advantage 의료 보험 보장이 종료됩니다. Tricare에 가입되어 있는 경우 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의해 주십시오. Medigap 플랜에 가입되어 있는 경우 Medicare Advantage 보장이 시작되면 사용할 수 없는 보장에 대해 비용을 지불하게 되므로 Medigap 플랜을 해지하는 것이 좋습니다.
- **HMO, CSNP 및 DSNP 플랜:** 응급 또는 긴급 상황을 제외하고 네트워크 비소속 의료 제공자(의료 제공자 명부에 나열되지 않은 의사)의 서비스를 보장하지 않습니다.
- 이 플랜은 이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP)입니다. 가입자는 Medicaid의 주 플랜으로 Medicare와 의료 지원을 모두 받을 수 있음을 증명해야 가입이 가능합니다.

Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 상표로서 Medicare와 계약이 되어 있는 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며, Part D 스폰서 승인을 받았습니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜 등록은 계약 갱신에 따라 다릅니다.

네트워크 비소속/비계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고는 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 부담 등 자세한 정보는 고객 서비스 전화번호로 문의하시거나 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

연락처

자세한 내용은 당사에 문의하십시오.



전화

수신자 부담 번호 1-844-917-0175(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 공인 상담원과 상담할 수 있습니다.



운영 시간

월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)



온라인

www.wellcare.com/healthnetCA