



# 2025 福利摘要

California

**Wellcare Simple Focus (HMO)**

H0562 | 097

我們瞭解擁有可信賴的保健計畫對您有多麼重要。

這是 Wellcare Simple Focus (HMO) 在 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日期間所承保的藥物與健康服務摘要。

本手冊概述我們承保的內容，以及分攤費用責任。文中不會列出每項服務、限制或排除項目。完整服務清單於計畫的承保證明 (EOC) 中提供。您可以在我們的網站 [www.wellcare.com/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca) 找到承保證明。若要索取副本，請致電 1-800-225-8017 (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？

如要投保該計畫，您必須有資格享有 Medicare Part A、已投保 Medicare Part B，並居住在我們的服務區域內。保戶必須繼續支付 Medicare Part B 保費，除非已由 California Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方支付。若要符合資格，您還必須是美國公民或在美國合法居住。

我們承保本文件和承保證明中具有醫療必要性的服務和物品。

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

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

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

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.2025wellcaredirectories.com](http://www.2025wellcaredirectories.com) 查看最新的網絡內服務提供者名單。**請注意**，如果您在未經適當授權的情況下前往其他地方就診，您將必須支付全額費用。Medicare 和我們的計畫均不負責支付這些費用。唯一的例外是緊急情況、網絡不可用時的緊急需求服務（即在網絡內獲得服務是不合理或不可能的情況）、區域外透析服務以及 Wellcare Simple Focus (HMO) 授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。

我們的計畫還包括處方藥承保以及我們龐大藥房網絡的使用權利。我們的部分網絡內藥房有首選分攤費用。如果您使用這些藥房，您可能會支付更少的費用。我們的計畫使用處方集。我們的藥物計畫專為 Medicare 受益人所設計，包含種類齊全且價格合理的副廠藥和原廠藥。

**我可以接受哪些醫生、醫院及藥房提供的服務？** Wellcare Simple Focus (HMO) 擁有由醫生、醫院、藥房和其他服務提供者組成的網絡。如果您使用的醫療服務提供者不在我們的網絡中，本計畫可能不會支付這些服務的費用。

您可以使用我們的首選郵購藥房和計畫網絡內的服務提供者以節省費用。您可以在 [www.2025wellcaredirecties.com](http://www.2025wellcaredirecties.com) 網站查看我們計畫的服務提供者和藥房名錄。對於包含處方藥承保的計畫，我們完整的計畫處方集（D 部分處方藥清單）可在我們的網站 [www.wellcare.com/healthnetCA](http://www.wellcare.com/healthnetCA) 上找到。

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）。如需更多資訊或索取其他格式的資訊，請致電 1-800-225-8017 聯絡我們（TTY 使用者請致電 711）：服務時間為週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）。

## 福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
備註：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。	
每月計畫保費 (包括醫療和藥物)	\$0 您必須繼續支付 Medicare Part B 保費。
自付額	醫療無自付額。請參閱 D 部分自付額的處方藥部分。
最高自付額責任 (不包含處方藥)	每年 \$6,750 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	每次住院，您支付： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1 天至第 5 天，每天 \$350 共付額</li> <li>• 第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
門診醫院承保 門診醫院服務	Medicare 承保的結腸鏡診斷檢查的共付額為 \$0。 其他所有門診服務的共付額為 \$250。 ▪ *
門診醫院觀察服務	當您透過急診室進入觀察狀態時，門診觀察服務的共付額為 \$125。 當您透過門診機構進入觀察狀態時，門診觀察服務的共付額為 \$250。 ▪
非住院性手術中心 (ASC) 服務	Medicare 承保的每次前往非住院性手術中心就診的共付額為 \$200，包括 Medicare 承保的結腸鏡診斷檢查。 ▪ *

## 福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
<b>醫生就診</b>	
主治醫生	\$0 共付額
專科醫生	\$0 共付額 ▪ *
<b>預防性照護</b> (例如年度保健就診、骨質密度測量、乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)、心血管篩檢、子宮頸癌及陰道癌篩檢、結直腸癌篩檢、糖尿病篩檢、B 型肝炎病毒篩檢、攝護腺癌篩檢 (PSA)、疫苗 (包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗、COVID 疫苗))	\$0 共付額
<b>急診照護</b>	\$125 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。
全球急診承保	\$125 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。
<b>緊急需求服務</b>	\$25 共付額 如果您在 24 小時內住院，則免付共付額。
全球緊急護理承保	\$125 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。

## 福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097	
診斷性服務/化驗/造影 化驗服務	<p>其他所有化驗的共付額為 \$0。</p> <p>基因檢測的共付額為 \$50。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
診斷性檢查和程序	<p>Medicare 承保的每項肺量計檢測以及特定的檢測相關服務的共付額為 \$0。</p> <p>Medicare 承保的其他所有診斷程序與檢測的共付額為 \$25。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
門診 X 光檢查	<p>\$25 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
診斷性放射服務（例如 MRI、CAT 掃描）	<p>診斷性乳房 X 光檢查的共付額為 \$0。</p> <p>在門診場所接受的其他所有診斷性放射服務的共付額為 \$250。</p> <p>在其他所有地點接受的其他所有服務的共付額為 \$200。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
治療放射學	<p>20% 共同保險金</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
聽力服務 Medicare 承保的聽力檢查	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>

## 福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097	
例行性聽力檢查	\$0 共付額 *  每年 1 次檢查
助聽器 助聽器驗配/評估	\$0 共付額 *  每年 1 次選配/評估
助聽器補貼 所有類型	每年每隻耳朵最多 \$500 的助聽器補貼。  \$0 共付額 *  每年限 2 個助聽器
其他聽力資訊	<b>您應該要知道</b> 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。
牙科服務 Medicare 承保的綜合服務	Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$0。 *
例行性診斷和預防性服務	\$0 共付額 *  每年 2 次洗牙 牙科 X 光檢查，每年 1 套 每年 2 次口腔檢查

福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097	
氟化處理	\$0 共付額 *  每年 1 次
其他牙科診斷服務	\$15 共付額 *  每年的服務不限次數
其他預防性牙科服務	\$0 - \$55 共付額 *  每年的服務不限次數
例行性綜合服務	
修復服務	\$0 - \$300 共付額 *
根管治療/牙周病治療	\$0 - \$375 共付額 *
口腔/上頷面手術	\$0 - \$70 共付額 *
假牙修復 - 固定式	\$0 - \$225 共付額 *
假牙修復 - 活動式	\$70 - \$250 共付額 *
牙齒矯正	\$0 - \$2,250 共付額 *

## 福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
一般輔助性服務	<p>\$0 - \$125 共付額 *</p> <p>如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。其他牙科限制和排除項目適用。</p>
其他牙科資訊	<p><b>須知事項：</b> 該計畫提供牙科服務，沒有年度補貼上限。</p>
<p><b>視力服務</b></p> <p>眼睛檢查 Medicare 承保項目</p>	<p>\$0 共付額 *</p>
常規眼睛檢查（屈光）	<p>\$0 共付額 *</p> <p>每年 1 次檢查</p>
青光眼篩檢	<p>Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$0。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>
<p>眼鏡 Medicare 承保項目</p>	<p>\$0 共付額 *</p>
<p>常規眼鏡</p> <p>    隱形眼鏡/眼鏡（鏡片和鏡框）/眼鏡鏡框</p> <p>    眼鏡補貼</p>	<p>\$0 共付額 *</p> <p>每年最高 \$200 的隱形眼鏡和眼鏡（鏡片和/或鏡框）合併費用。</p>

## 福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
精神健康服務 住院就診	每次住院，您支付： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1 天至第 5 天，每天 \$350 共付額</li> <li>• 第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
個人治療門診	\$25 共付額 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
團體治療門診	\$25 共付額 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
專業護理機構 (SNF)	每次住院，您支付： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 第 1 天至第 20 天，每天 \$0 共付額</li> <li>• 第 21 天至第 70 天，每天 \$214 共付額</li> <li>• 第 71 天至第 100 天，每天 \$0 共付額</li> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
治療和復健服務 物理治療	\$0 共付額 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
由職能治療師提供的門診康復服務	\$0 共付額 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
肺部復健服務	\$0 共付額 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>

福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
救護車 地面救護車	\$275 共付額 *
空中救護	\$275 共付額 *
交通運輸服務	<p>每年最多 12 次前往計畫核准醫療保健地點的接送服務。其中包括醫生和其他專科醫生（每天最多 4 次單程運輸）。</p> <p>\$0 共付額（每趟單程運輸） *</p> <p><b>您應該知道：</b> 可能適用里程數限制。如欲預約約診接送服務，請在 72 小時之前致電保戶服務部。</p>
<b>Medicare Part B 藥物</b>  化學治療藥物和其他 B 部分藥物	<p>20% 共同保險金 *</p> <p>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美國醫療服務中心 (CMS) 發佈，並且可能每季度變更一次。</p>
胰島素	\$35 共付額（每月上限） *
過敏抗原	0% 共同保險金 *

<b>D 部分處方藥承保</b>		<b>Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097</b>
<b>第 1 階段：年度自付額階段</b>		
自付額	D 部分處方藥為 \$420（這適用於層級 3（首選原廠藥）、層級 4（非首選藥物）、層級 5（專用層級）藥物）。對於其他所有承保藥物，您將無需支付任何自付額，將會立即開始獲得承保。自付額不適用於承保的胰島素產品和大多數成人 D 部分疫苗，包括帶狀皰疹、破傷風和旅行疫苗。	
<b>第 2 階段：初始承保階段（在您支付您的自付額之後，如適用）</b>		
您會繼續處於初始承保階段，直到自付費用總額達到 \$2,000。然後，您將進入重大傷病承保階段。		
<b>關於疫苗費用的重要資訊：</b> 即使您沒有支付自付額（如果您的計畫有自付額），我們的計畫也會免費為您承保大部分 D 部分疫苗。		
<b>關於胰島素費用的重要資訊：</b> 即使您尚未支付自付額（如果您的計畫有自付額），無論分攤費用層級如何，您對承保的每種胰島素產品的最多一個月藥量支付的費用均不超過 \$35，對最多兩個月藥量支付的費用均不超過 \$70，或對最多三個月藥量支付的費用均不超過 \$105。		
<b>零售分攤費用（30 天/最多 100 天藥量）</b>		
	<b>首選</b>	<b>標準</b>
<b>層級 1</b> （首選副廠藥） 包括首選副廠藥，也可能包括某些原廠藥。	\$0 / \$0 共付額	\$5 / \$15 共付額
<b>層級 2</b> （副廠藥）包括副廠藥，也可能包括某些原廠藥	\$0 / \$0 共付額	\$10 / \$30 共付額

D 部分處方藥承保		Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097
	首選	標準
<b>層級 3</b> (首選原廠藥) 包括首選原廠藥， 也可能包括某些副 廠藥。	25% / 25% 共同保險金	25% / 25% 共同保險金
<b>層級 4</b> (非首選藥物) 包括非首選原廠藥 和非首選副廠藥。	38% / 38% 共同保險金	38% / 38% 共同保險金
<b>層級 5</b> (專用層級) 包括 高價原廠藥和副廠 藥。此層級的藥物 不符合按較低層級 價位付費的例外處 理資格。	28% 共同保險金 / 不適用  限 30 天藥量	28% 共同保險金 / 不適用  限 30 天藥量
<b>層級 6</b> (特選護理藥物) 包括一些常用於治 療特定慢性病或預 防疾病 (疫苗) 的 副廠藥和原廠藥	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額

<b>D 部分處方藥承保</b>		<b>Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097</b>
<b>第 2 階段：初始承保階段（在您支付您的自付額之後，如適用）（續）</b>		
<b>郵購分攤費用（30 天/最多 100 天藥量）</b>		
	<b>首選</b>	<b>標準</b>
<b>層級 1</b> （首選副廠藥） 包括首選副廠藥， 也可能包括某些原 廠藥。	\$0 / \$0 共付額	\$5 / \$15 共付額
<b>層級 2</b> （副廠藥）包括副 廠藥，也可能包括 某些原廠藥	\$0 / \$0 共付額	\$10 / \$30 共付額
<b>層級 3</b> （首選原廠藥） 包括首選原廠藥， 也可能包括某些副 廠藥。	25% / 25% 共同保險金	25% / 25% 共同保險金
<b>層級 4</b> （非首選藥物） 包括非首選原廠藥 和非首選副廠藥。	38% / 38% 共同保險金	38% / 38% 共同保險金
<b>層級 5</b> （專用層級）包括 高價原廠藥和副廠 藥。此層級的藥物 不符合按較低層級 價位付費的例外處 理資格。	28% 共同保險金 / 不適用  限 30 天藥量	28% 共同保險金 / 不適用  限 30 天藥量

D 部分處方藥承保		Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097
	首選	標準
層級 6 (特選護理藥物) 包括一些常用於治療特定慢性病或預防疾病(疫苗)的副廠藥和原廠藥	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額
<b>第 3 階段：重大傷病承保階段</b>		
	<p>在您的年度自付藥費（包括透過您的零售藥房以及郵購方式所購買的藥物）達到 \$2,000 後，您將進入此階段。</p> <p>一旦您進入重大傷病承保階段，您將會維持在此付款階段，直到該日曆年結束。在此付款階段，計畫會為您的承保 D 部分藥物支付全部費用。您無需支付任何費用。</p>	

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

分攤費用可能會因下列因素而不同：定點服務（郵購、零售、長期照護 (LTC)）、家庭輸注、藥房是否在我們的首選網絡或標準網絡內，或者處方是短期（30 天藥量）或長期（100 天藥量）。

#### 排除藥物：

Wellcare Simple Focus (HMO) 包括某些排除藥物的增強藥物承保，例如層級 1 葉酸、維生素 B12、維生素 D2、純副廠藥西地那非和伐地那非。副廠藥西地那非和伐地那非有每 30 天六片的數量限制。

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

有關本藥物承保的細節，請參閱您的處方集和承保證明。

**Medicare 處方藥付款計畫**

Medicare 處方藥付款計畫是一種新的付款選項，適用於您目前的藥物承保範圍，可以透過將藥物費用分攤在全年（1 月至 12 月）不同的每月付款中來幫助您管理藥物費用。

如欲瞭解有關此付款選項的更多資訊，請致電 1-833-750-9969 聯絡我們。（僅限 TTY，請致電 1-800-716-3231。）我們提供全年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時的電話服務，或瀏覽 [wellcare.healthnetcalifornia.com/MPPP](https://wellcare.healthnetcalifornia.com/MPPP)。

## 額外福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
<p><i>備註：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。</i></p>	
<p><b>脊椎推拿治療服務</b> Medicare 承保項目</p>	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
<p>例行脊椎推拿治療服務</p>	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p>每年 24 次就診</p>
<p><b>針灸</b> Medicare 承保項目</p>	<p>在 PCP 診所接受的 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。 在脊椎治療醫師診所接受的 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。 在專科醫師診所接受的 Medicare 承保針灸的共付額為 \$0。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
<p>例行針灸服務</p>	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p>每年限 24 次就診</p>
<p><b>足部治療服務 (足部護理)</b> Medicare 承保項目</p>	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>

額外福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097	
例行足部治療服務	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul> <p>每年 12 次就診</p>
虛擬看診	<p>透過 Teladoc 進行的虛擬看診服務共付額為\$0。</p> <p>我們的計畫透過 Teladoc 提供每週 7 天，每天 24 小時，由學會認證醫生進行的虛擬看診，協助解決各種健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚科等。</p> <p>虛擬看診（也稱為遠程醫療諮詢）是指使用智慧型手機、平板電腦或電腦，透過電話或網際網路讓醫生看診。某些類型的看診可能需有網際網路和具備相機功能的裝置。如需更多資訊或安排約診，請致電 1-800-835-2362 (TTY: 711) 與 Teladoc 聯絡，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。</p> <p><b>須知事項：</b></p> <p>僅有當透過 Teladoc 接受服務時，上述\$0 共付額才適用。如果您透過網絡服務提供者而非虛擬看診服務供應商接受遠程醫療服務，您將需支付承保證明中針對這些服務提供者所列的分攤費用（例如，如果您透過您的 PCP 接受遠程醫療服務，您將需支付 PCP 分攤費用）。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>

## 額外福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
社會支援平台	<p>我們的計畫提供線上社會支援平台，以為您的整體健康提供支援。您可以參加團體、治療活動並使用由計畫贊助的資源，以協助管理壓力和焦慮。Twill 平台可使您輕鬆加入並持續參與，以保持健康的行為健康之旅。該平台全天候在線上提供，因此您可以隨時使用。</p> <p>如欲瞭解有關如何使用平台的更多資訊，請參閱您的承保證明。</p> <p>\$0 共付額</p>
居家健康機構照護	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>
醫療設備/用品	
耐用醫療設備 (DME)	<p>20% 共同保險金</p> <p>*</p>
義肢	<p>20% 共同保險金</p> <p>*</p>
糖尿病用品	<p>\$0 共付額</p> <p>*</p> <p>如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。</p>
糖尿病治療鞋或鞋墊	<p>20% 共同保險金</p> <p>*</p>
鴉片類藥物治療計畫服務	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> <li>*</li> </ul>

## 額外福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562, 計畫 097	
健康和保健教育計畫	<p>如需保健教育計畫所提供福利的詳細清單，請參閱承保證明。</p>
健身	<p>\$0 共付額</p> <p><b>您應該知道：</b> 本計畫的福利提供彈性健身福利的保戶資格，每月有點數可用於各種大型健身房或當地的健身教室。保戶每月有 32 點可供使用。點數足以涵蓋一個月的健身房保戶資格及/或健身教室課程，或居家健身箱和健身影片。</p>
24 小時 Nurse Advice Line	\$0 共付額
年度例行性體檢	<p>\$0 共付額</p> <p><b>須知事項：</b> 檢查包括詳細的病史/家族史以及預防性篩檢/照護的建議。</p>
<b>Wellcare Spendables™</b>	<p>您<b>每季度將收到 \$36</b>，預存到您的 Wellcare Spendables™ 卡上。您的補貼會在<b>每個季度</b>（一月、四月、七月、十月）的第一天存入，並在每個季度的最後一天到期。</p> <p>您的卡補貼可用於： <b>非處方物品 (OTC)</b> - 您可以在簽約零售點使用您的卡，也可以透過行動應用程式使用，或登入您的保戶入口網站下單以送貨上門。承保物品的範例包括原廠和副廠非處方物品、維生素、止痛藥、感冒藥和抗過敏藥以及糖尿病物品。</p> <p>如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。</p>

額外福利

Wellcare Simple Focus (HMO) H0562，計畫 097	
<b>My Wellcare Rewards</b>	<p>透過 <b>My Wellcare Rewards</b>，您可以在完成符合資格的健康活動時獲得點數。</p> <p>您可以使用點數兌換您最喜歡的商店（例如 Walmart® 等）的禮品卡，每年最高 \$75。只需登記即可開始獲得點數。一些合格健康活動包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 完成健康風險評估</li> <li>• 連接健身器材</li> <li>• 年度保健就診</li> <li>• 年度流感疫苗</li> <li>• 癌症篩檢</li> <li>• A1C 檢測</li> </ul> <p>禮品卡可能有限制。</p>

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY：711)。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

**注意：言語のヘルプが必要な場合は1-844-428-2224（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。1-844-428-2224（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。**

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavgv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

**ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។**

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره (TTY: 711) 1-844-428-2224 تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره (TTY: 711) 1-844-428-2224 تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

**ВНИМАНИЕ:** если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

**ATENCIÓN:** Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**ATENSYON:** Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**โปรดทราบ:** หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

**УВАГА!** Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (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 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

此頁特意留空

## 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 1-800-225-8017 (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) 提供完整的所有承保和服務清單。在投保之前必須審查計畫承保範圍、費用和福利。請造訪 [www.wellcare.com/healthnetca](http://www.wellcare.com/healthnetca) 或撥打 1-800-225-8017 (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）。
- ❑ 請檢閱服務提供者名錄（或詢問您的醫生），確定您目前就診的醫生在網絡內。若他們未列於名錄，表示您可能必須選擇新的醫生。
- ❑ 檢閱藥房名錄以確認您為任何處方藥使用的藥房屬於網絡。若藥房未列於名錄，表示您可能必須選擇新的藥房以領取處方藥。
- ❑ 檢閱處方集以確認您的藥物屬於承保範圍。

### 瞭解重要規定

- ❑ 您必須繼續支付 Medicare Part B 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 2026 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。如果您有 Marketplace 計畫，您將需要聯絡 Marketplace 以取消計畫。如果您沒有取消 Marketplace 計畫，您可能需要支付您無法使用的承保範圍的費用，並且明年的報稅表可能會有罰款。
- ❑ 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。

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：1-800-225-8017 (TTY: 711)。您的來電可能會由持照代理人接聽。



### 服務時間

週一至週日上午 8 點至晚上 8 點（所有時區）



### 線上

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