

Health Net Community Solutions, Inc.에서 제공하는 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

2026년 변경 사항 연간 공지

개요

귀하는 현재 당사 플랜의 가입자로 등록되어 있습니다. 내년에는 당사의 혜택, 보장, 규칙 및 비용이 일부 변경될 것입니다. 이 **변경 사항 연간 공지**에는 변경 사항 및 그에 대한 자세한 내용을 어디서 찾을 수 있는지 설명되어 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA에 있는 **가입자 핸드북**을 검토해 주십시오. 이 페이지 하단에 나와 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 사본을 받으십시오. 주요 용어와 정의는 **가입자 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

기타 정보 자료

- 이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어, 페르시아어, 몽어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 무료로 이 변경 사항 연간 공지를 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 받으실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 근무 시간 이후 기준으로 4월 1일부터 9월 30일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 음성 메시지를 남긴 경우, 이름과 전화번호를 포함하면 팀 구성원이 영업일 기준 하루(1일) 이내에 전화를 드립니다. 통화는 무료입니다.
- 저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 오디오, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 지속 요청을 하거나, 지속 요청을 변경하거나, 영어 이외의 언어 또는 다른 형식의 자료를 일회 요청하시려면, Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 통화는 무료입니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오. 4636425_CA6CNCANCKOR_M_0008



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services.

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.

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

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (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。

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



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)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (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 pab dawb xwb.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



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) 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 1-800-431-9007(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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (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 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម
ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិង
សេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់
ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅ
លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃ
នោះទេ។

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

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.

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.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



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). Libre ang mga serbisyonang ito.

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

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 безкоштовні.

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 miễn phí.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



목차

A. 면책 조항.....	8
B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토	8
B1. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 대한 정보	9
B2. 확인해야 할 중요한 사항.....	9
C. 당사 플랜의 명칭 변경 사항	10
D. 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국 변경 사항	10
E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항.....	11
E1. 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항	11
E2. 의약품 보장 변경 사항	20
E3. 1단계: “초기 보장 단계”.....	22
E4. 2단계: “고액 보장 단계”.....	24
F. 행정적 변경 사항.....	25
G. 플랜 선택	26
G1. 플랜 유지.....	26
G2. 플랜 변경.....	26
H. 문의하기.....	31
H1. 당사 플랜	31
H2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP).....	31
H3. 옴부즈맨 프로그램.....	31
H4. Medicare.....	32
H5. California 보건 관리부	32
H6. Medicare 처방전 지불 플랜	33

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



A. 면책 조항

- ❖ Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 브랜드로, Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며 승인된 파트 D 제공자입니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- ❖ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)은 미국 국립의료질평가위원회(NCQA)로부터 치료 모델 검토를 바탕으로 2027년까지 특별 요구 플랜(SNP) 운영을 승인받았습니다.
- ❖ 언급된 혜택은 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택의 일부입니다. 일부 가입자는 혜택을 받지 못할 수 있습니다. 고위험 외에도 암, 심혈관 질환, 만성 및 장애 정신 건강 상태, 만성 폐 질환, 당뇨병 등 하나 이상의 만성 질환이 있어야 합니다. 기재되지 않은 다른 적격 조건도 있습니다. 귀하의 상태만으로 이 혜택을 받을 수 있는 자격을 보장할 수 없습니다. 혜택이 제공되기 전에 적용 가능한 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 사항은 당사로 문의하십시오.

B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토

내년에 귀하께 필요한 부분이 계속 충족되려면 지금 귀하의 보장을 검토해보셔야 합니다. 보장이 귀하에게 필요한 사항을 충족하지 않으면 당사 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 내년 혜택 변경에 대한 자세한 내용은 **섹션 E**를 참조하십시오.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 신규 가입자: 대부분의 경우 귀하가 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 등록을 요청한 다음달 1일에 귀하의 Medicare 혜택을 위해 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 등록됩니다. 이전 Medi-Cal Managed Care 플랜 건강 플랜에서 제공하는 Medi-Cal Managed Care 서비스를 한 달간 더 제공받습니다. 그 후에 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 Medi-Cal Managed Care 플랜 서비스를 받게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal Managed Care 플랜 보장은 공백 기간이 발생하지 않습니다. 질문이 있는 경우 페이지 하단에 있는 번호로 당사에 전화해 주십시오.

당사의 플랜을 탈퇴하기로 선택하신 경우, 가입자 자격은 귀하의 요청을 받은 달의 말일에 종료됩니다. Medicare 및 Medi-Cal 프로그램은 귀하의 자격이 되시는 한 계속 가입 상태로 남아있게 됩니다.

플랜을 탈퇴하면 귀하의 다음 정보를 얻을 수 있습니다.

- **섹션 G2**의 표에 있는 Medicare 옵션.
- **섹션 G2**에 있는 Medi-Cal 옵션 및 서비스.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은**

 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

B1. Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 대한 정보

- Wellcare By Health Net은 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램의 혜택을 제공하도록 양 프로그램과 계약을 맺은 건강 플랜입니다.
 - 본 변경 사항 연간 공지에 "당사가", "당사를", "당사의" 또는 "당사의 플랜"이라고 명시되어 있으면 이는 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

B2. 확인해야 할 중요한 사항

- 당사의 혜택 및 비용에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.
 - 사용하는 서비스에 영향을 주는 변경 사항이 있습니까?
 - 내년에 혜택 및 비용 변경 사항이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토하십시오.
 - 당사 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 내용은 **섹션 E1**을 참조하십시오.
- 당사의 의약품 보장에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.
 - 귀하의 처방약은 보장됩니까? 귀하의 의약품이 다른 비용 부담 범주에 속합니까? 같은 약국을 이용할 수 있습니까? 사전 승인, 단계적 치료법 또는 분량 제한과 같은 변경 사항이 있습니까?
 - 내년에 당사의 의약품 보장이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토하십시오.
 - 당사의 의약품 보장 변경 사항에 관한 내용은 **섹션 E2**를 참조하십시오.
 - 귀하의 의약품 비용이 작년 이후로 인상되었을 수 있습니다.
 - 선택할 수 있는 더 저렴한 대안이 있다면 연간 본인부담금을 절약할 수 있으므로 담당 의사와 상담해 보십시오.
 - 귀하의 플랜 혜택은 귀하의 의약품 비용이 어떻게 바뀌는지에 따라 결정된다는 점에 유의하시기 바랍니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



- 내년에 귀하의 의료 제공자 및 약국이 당사 네트워크에 소속되는지 확인하십시오.
 - 전문의를 포함한 담당 의사가 당사 네트워크에 소속되어 있습니까? 약국은 어떻습니까? 이용하시는 병원 또는 기타 의료 제공자는 어떻습니까?
 - 의료 공급자 및 약국 명부에 대한 정보는 **섹션 D**를 참조하십시오.
- 플랜에서의 전반적인 비용을 생각해 보십시오.
 - 정기적으로 이용하시는 서비스와 의약품에 대해 얼마의 본인부담금을 지불하시겠습니까?
 - 기타 보장 옵션과 비교할 때 총 비용은 어떻습니까?
- 당사의 플랜에 만족하시는지에 대해 생각해 보십시오.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)의 가입 상태를 유지하기로 결정한 경우:

내년에도 당사 플랜을 유지하기를 원하시는 경우, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 변경 사항이 없으면 귀하의 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 가입 상태가 자동으로 유지됩니다.

플랜을 변경하려는 경우:

다른 보장이 귀하에게 필요한 사항을 더 잘 충족시킬 것으로 판단하시면 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 내용은 **섹션 G2** 참조). 신규 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하시면 다음 달 1일에 새로운 보장이 시작됩니다.

C. 당사 플랜의 명칭 변경 사항

2026년 1월 1일, 당사 플랜의 명칭이 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)으로 변경될 예정입니다.

D. 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국 변경 사항

가입자께서 지불하는 의약품 비용은 이용 약국에 따라 달라집니다. 당사 플랜은 약국 네트워크를 보유하고 있습니다. 대부분의 경우, 가입자의 처방약은 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 제조하는 경우에만 보장을 받을 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은

go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



당사의 의료 제공자 및 약국 네트워크가 2026년에 대하여 변경되었습니다.

2026년 의료 공급자 및 약국 명부를 검토하여 의료 공급자 및 약국 명부 가입자의 의료 제공자(주치의, 전문의, 병원 등) 또는 약국이 당사 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오. 업데이트된 **의료 공급자 및 약국 명부**는 당사 웹사이트 go.wellcare.com/2026providerdirectories에 나와 있습니다. 또한 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 업데이트된 의료 제공자 정보를 요청하거나 저희에게 **의료 공급자 및 약국 명부**를 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

해당 연도 중에 당사 네트워크가 변경될 수도 있음을 인지하시는 것이 중요합니다. 귀하의 의료 제공자가 본 플랜을 떠날 경우, 귀하에게는 일정한 권리와 보호 조치가 주어집니다. 자세한 내용은 **가입자 핸드북 3장**을 참조하거나 가입자 서비스부(페이지 하단의 전화번호)에 전화하여 도움을 요청하십시오.

E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항

E1. 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항

당사는 특정 의료 서비스에 대한 보장과 이러한 보장 의료 서비스에 대해 귀하가 지불하시는 비용을 내년에 변경할 것입니다. 아래의 표는 이러한 변경 사항을 나타냅니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



	2025년(올해)	2026년(내년)
추가 원격의료 혜택	보장받기 위해서는 응급 상황의 경우를 제외하고 사전 승인(미리 받는 승인)이 필요할 수 있습니다.	사전 승인이 필요하지 않습니다 .
치과 혜택 – 수복 서비스 (다음 페이지에 계속)	Medicare 혜택에 따라 달력 연도당 5년에 1회 동일한 치아의 치관에 대해 코페이먼트 \$0 를 보장합니다.	<p>Medicare 혜택에 따라 달력 연도당 5년에 1회 동일한 치아의 치관에 대해 코페이먼트 \$0를 보장합니다. 치관 또한 달력 연도당 두 번으로 제한됩니다.</p> <p>Medi-Cal Dental 프로그램은 다음과 같은 다양한 표준 치과 혜택을 보장합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 초기 검사, X-레이, 스케일링 불소 치료 • 수복 및 크라운 • 근관 치료 • 부분 및 전체 의치, 조정, 수리 및 재배열 <p>Medi-Cal Dental 행위별수가제의 경우, Medi-Cal Dental에 1-800-322-6384번으로 전화하거나 웹사이트</p>

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은**



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
치과 혜택 - 수복 서비스 (이전 페이지에 이어 계속)		SmileCalifornia.org 또는 sonriecalifornia.org 를 방문하십시오.
피트니스 혜택	<p>네트워크 소속인 경우 코페이먼트 \$0을 납부합니다.</p> <p>Peerfit Move는 다양한 대형 체육관 또는 지역 피트니스 스튜디오에서 사용할 수 있는 월별 크레딧을 포함하여 유연한 피트니스 혜택을 제공합니다. 가입자는 매달 32포인트를 받게 되어 원하는 피트니스 경험에 사용할 수 있습니다. 크레딧은 무제한 방문, 모든 편의 시설 이용 및 수업 참가가 가능한 체육관 월 가입자권 및/또는 가정용 피트니스 박스를 포함한 피트니스 스튜디오 수업 FitKits를 구매하는 데 사용될 수 있습니다. 가입자는 또한 포인트가 필요 없는 무제한 피트니스 동영상 코페이먼트 \$0에 이용할 수 있습니다.</p> <p>매월 할당된 포인트 중 미사용 포인트는 다음 달로 이월되지 않지만, 매월 1일에 새로운 포인트가 지급됩니다. 가입자는 크레딧을 추가 구매할 수 있습니다.</p>	<p>가입자는 피트니스 혜택에 대해 코페이먼트 \$0을 납부합니다.</p> <p>피트니스 혜택을 통해 참여 피트니스 센터에 액세스할 수 있으며, 가상 수업, 주문형 비디오 및 모바일 앱을 통해 디지털 정보 자료를 제공합니다. 참여 피트니스 센터 근처에 거주하지 않거나 집에서 운동을 원하는 가입자의 경우, 무료로 집에서 구할 수 있는 키트 중에서 선택하여 배송할 수 있습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



	2025년(올해)	2026년(내년)
청각 서비스 보청기	가입자는 보청기의 경우 한쪽 귀마다 매년 최대 \$1,000의 보조금에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.	가입자는 보청기의 경우 한쪽 귀마다 매년 최대 \$750의 보조금에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.
비용급 상황에서의 의료 교통편(플랜 승인 건강 관련 장소로 오가는 교통편)	<p>귀하는 매년 당사 서비스 지역 내에서 12회의 비용급 이동에 대해 코페이먼트 \$0를 지불합니다.</p> <p>이동은 편도당 75마일 및 일일 편도 최대 4회로 제한됩니다. 정기적인 진료의 경우, 최대 1개월 및 최소 3일 전에 미리 전화하십시오. 당일 이동은 이용 가능 여부에 따라 달라집니다.</p> <p>이동은 택시, 밴 또는 승차 공유 서비스를 사용하여 의료 서비스 제공 장소로 이동하는 편도 수송으로 간주됩니다.</p>	비용급 상황에서의 의료 교통편은 보장되지 않습니다 .
족부 치료 서비스: 추가적인 정기 발 진료	가입자는 매년 최대 12회의 정기 발 진료 방문당 코페이먼트 \$0를 납부합니다.	정기적 족부 치료 서비스는 보장되지 않습니다 .

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
<p>만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI) (다음 페이지에 계속)</p> <p>언급된 혜택은 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택의 일부입니다. 일부 가입자는 혜택을 받지 못할 수 있습니다. 고위험 외에도 암, 심혈관 질환, 만성 및 장애 정신 건강 상태, 만성 폐 질환, 당뇨병 등 하나 이상의 만성 질환이 있어야 합니다. 기재되지 않은 다른 적격 조건도 있습니다. 귀하의 상태만으로 이 혜택을 받을 수 있는 자격을 보장할 수 없습니다. 혜택이 제공되기 전에 적용 가능한 모든 자격 요건을 충족해야 합니다. 자세한 내용은 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의하십시오.</p>	<p>SSBCI는 보장되지 않습니다.</p>	<p>SSBCI에 적격한 경우, 아래에 나와 있는 혜택에 대해 월별 Wellcare Spendables® 보조금을 사용할 수 있습니다. 해당 보조금은 OTC, 치과, 안과 및 청각 혜택과 결합됩니다. 적격하다고 결정된 후에는 영업일 기준 7~10일 내에 이러한 확장된 혜택을 이용할 수 있습니다.</p> <p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. Wellcare Spendables® 카드에 대한 자세한 내용은 이 차트의 Wellcare Spendables® 섹션을 참조하십시오.</p> <p>취발유(주유기에서 결제)</p> <p>적격한 경우 Wellcare Spendables® 카드를 사용하여 주유기에서 직접 취발유 요금을 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 등록기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지 취발유를 주입하는 데에만 카드를 사용할 수 있습니다.</p> <p>건강 식품</p> <p>적격한 경우 Wellcare Spendables® 카드를 사용하면 참여 소매점에서 승인된 건강 및 영양 식품과 농작물을 결제할 수 있습니다. 준비된 식사 및 농산물 상자는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은**



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
<p>만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI) (이전 페이지에 이어 계속)</p> <p>(다음 페이지에 계속)</p>		<p>이 보조금은 담배 또는 술 구매에 사용할 수 없습니다. 승인된 품목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 육류와 가공류 • 과일과 채소 • 영양 음료 <p>주택 보조 및 안전 품목</p> <p>적격한 경우, 카드를 사용하여 특정 제품에 대한 설치 서비스를 포함한 주택 보조 및 안전 품목의 비용 관련 도움을 받을 수 있습니다. 승인된 품목 및 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가로대 또는 문손잡이와 미끄럼 방지 바닥 덮개 • 안전 의자 및 욕실 개조 보조 도구 • 휴대용 에어컨 및 공기질 제어 제품 • 해충 및 벌레 구제 공급품 및 주택 내 처리

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
<p>만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI) (이전 페이지에 이어 계속)</p>		<p>유틸리티 지원</p> <p>적격한 경우 Wellcare Spendables® 카드를 사용하여 다음과 같은 플랜이 승인한 주택용 유틸리티에 대한 요금을 지불할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 • 유선 및 휴대 전화 서비스 • 인터넷 서비스 • 케이블 TV(스트리밍 서비스 제외) • 가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용 <p>임대료 지원</p> <p>적격한 경우 Wellcare Spendables® 카드를 사용하여 주택 임대 비용을 지원할 수 있습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
가치 기반 보험 설계(VBID) 모델	<p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 귀하의 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 사항에 대해 Wellcare Spendables® 보조금을 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 식품 • 휘발유(주유기에서 결제) • 유틸리티 지원 • 임대료 지원 • 주택 개조 및 안전 품목 <p>Medicare는 Wellcare가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.</p>	<p>가치 기반 보험 설계 모델 혜택은 보장되지 않습니다.</p>
Wellcare Spendables® (다음 페이지에 계속)	<p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 가입자는 특정 혜택에 사용할 월별 보조금 \$61를 받습니다.</p> <p>가치 기반 보험 설계(VBID) 프로그램 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 이 차트의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 섹션을 참조하십시오.</p>	<p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. OTC 품목, 치과, 안과 및 청각 서비스에 사용할 수 있도록 Wellcare Spendables® 카드에 \$121의 월간 보조금이 사전 지급됩니다. 귀하의 월 보조금은 사용하지 않는 경우 다음 달로 이월되고 연말에 만료됩니다.</p> <p>귀하의 카드 보조금은 다음을 위해 사용할 수 있습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



	2025년(올해)	2026년(내년)
<p>Wellcare Spendables® (이전 페이지에 이어 계속)</p> <p>(다음 페이지에 계속)</p>		<p>비처방(OTC) 품목 귀하의 카드를 사용하여 참여 소매점, 모바일 앱 또는 가입자 포털에 로그인하여 자택 배송을 주문할 수 있습니다.</p> <p>치과, 안과 및 청각 이 카드를 사용하면 적격 치과, 안과 및/또는 청각 서비스에 대한 가입자 본인부담금을 줄일 수 있습니다. 이 카드는 치과, 안과, 청각 의료 제공자에게 비용을 직접 지불하기 위해 사용할 수 있습니다. 자세한 정보는 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.</p> <p>아래에 언급된 혜택은 SSBCI의 일부입니다. 모든 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 다음 플랜 혜택에 대한 자격 기준을 충족해야 합니다. 적격한 경우 귀하의 카드 보조금은 다음을 위해서도 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 휘발유(주유기에서 결제) • 건강 식품 • 주택 보조 및 안전 품목 • 임대료 지원 • 유틸리티 지원

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은**



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
Wellcare Spendables® (이전 페이지에 이어 계속)		<ul style="list-style-type: none"> 해충 구제 품목 및 서비스 이러한 혜택에 대한 자세한 내용은 이 차트의 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)행을 참조하십시오.
전 세계 지역에서의 응급 상황 보장	Medicare에서 보장하는 서비스마다 코페이먼트 \$110 를 지불합니다.	Medicare에서 보장하는 서비스마다 코페이먼트 \$115 를 지불합니다.
전 세계 긴급 보장	Medicare에서 보장하는 서비스마다 코페이먼트 \$110 를 지불합니다.	Medicare에서 보장하는 서비스마다 코페이먼트 \$115 를 지불합니다.

E2. 의약품 보장 변경 사항

당사 의약품 목록 변경 사항

업데이트된 보장 의약품 목록은 당사 웹사이트 Wellcare.healthnetcalifornia.com/drug-pharmacy/formulary.html에 나와 있습니다. 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 업데이트된 의약품 정보를 요청하거나 저희에게 보장 의약품 목록을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

보장 의약품 목록은 의약품 목록이라고도 합니다.

당사는 의약품 목록을 변경하며, 의약품 목록에는 의약품 제거 또는 추가, 보장약 변경, 특정 의약품 보장에 적용되는 제한 사항의 변경이 포함될 수 있습니다.

내년에 보장되는 의약품과 어떤 제한사항이 적용될지 또는 귀하의 의약품이 다른 비용 부담 범주로 이동했는지 확인하려면 의약품 목록을 검토하십시오.

의약품 목록의 대부분의 변경 사항은 매년 초에 새로 변경된 사항입니다. 그러나, 당사는 해당 달력 연도 동안 가입자에게 영향을 미치는 Medicare 및/또는 주에서 허용하는 기타 변경 사항을 적용할 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 온라인 의약품 목록을 최소한 월마다 갱신합니다. 귀하가 복용 중인 의약품에 영향을 미칠 변경 사항을 당사가 적용할 경우 변경 사항에 대한 공지를 보내드리겠습니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



의약품 보장 변경으로 영향을 받는 경우, 다음을 권장합니다.

- 담당 의사(또는 기타 처방자)와 협력해 당사가 보장하는 다른 의약품을 찾으십시오.
 - 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 **보장 의약품 목록**을 요청하실 수 있습니다.
 - 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다.
- 당사에 해당 의약품의 임시 공급분을 보장해 줄 것을 요청하십시오.
 - 경우에 따라 해당 달력 연도의 처음 **90일** 동안 해당 의약품의 **임시** 공급분을 보장해 드립니다.
 - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 **30일**, 장기 관리 약국의 경우 최대 **31일** 분량입니다 (임시 공급분을 받을 수 있는 시기와 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 5장**을 참조하십시오).
 - 의약품의 임시 공급분을 받으시면, 임시 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 담당 의사와 상의하십시오. 플랜에서 보장하는 다른 의약품으로 전환할 수도 있고, 아니면 현재 복용 중인 의약품을 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수도 있습니다.
 - 본 플랜에 가입하신 지 **90일**이 지났고 장기요양 시설에 거주하시는 경우에는 **31일** 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다. 이것은 장기요양 전환 공급분에 추가하여 보장됩니다.
 - 치료 수준이 변경되는 경우(장기요양 시설 또는 병원 입퇴원) 당사는 약의 **30일** 임시 공급분을 보장합니다. 가입자의 처방전에 더 적은 기간의 공급분이 적혀 있다면 총 합산하여 최대 **30일** 공급분을 제공하도록 재조제를 허용합니다.
 - 일부 의약품 목록 예외는 내년에도 계속 보장됩니다. 받은 승인 서신을 참조하십시오. 승인 서신에는 귀하의 특정 의약품 승인 한도 및 의약품 보장이 종료되는 날짜에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 당사가 승인을 갱신하지 않기로 결정하는 경우, 해당 연도가 끝나기 최소 **60일** 전에 새 서신을 보내 드립니다. 이 서신에는 특정 의약품 예외 승인의 종료 시점 및 예외 요청 방법이 기재되어 있을 것입니다. 예외 적용을 요청하는 방법을 알아보려면 **2026년** 가입자 핸드북의 **9장** 섹션 **G**를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

의약품 비용 변경 사항

당사 플랜에 따라 Medicare Part D 의약품 보장은 두 지불 단계로 이루어집니다. 가입자가 지불해야 하는 금액은 처방약을 구입 또는 재구입할 때 어느 단계에 속해 있는지에 따라 달라집니다. 이 두 단계는 다음과 같습니다.

1단계 초기 보장 단계	2단계 고액 보장 단계
<p>이 단계 동안 당사 플랜은 의약품 비용의 일부를 부담하고 귀하는 귀하의 부담금을 지불합니다. 귀하의 부담금은 코페이먼트라고 합니다.</p> <p>해당 연도에 처음으로 처방약을 구입할 때, 이 단계가 시작됩니다.</p>	<p>이 단계에서 플랜은 2026년 12월 31일까지 귀하의 의약품 비용을 모두 지불합니다.</p> <p>이 단계는 일정 본인부담금 금액을 지불하고 나면 시작됩니다.</p>

초기 보장 단계는 의약품에 대한 총 본인부담금 비용이 **\$2,100**에 도달하면 종료됩니다. 이때 고액 보장 단계가 시작됩니다. 당사 플랜은 그로부터 연말까지 모든 의약품 비용을 보장합니다. 의약품에 대한 지불 방법에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 6장**을 참조하십시오.

제조사 할인 프로그램에 따라, 의약품 제조사는 초기 보장 단계 및 고액 보장 단계에서 적용되는 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대한 플랜의 전체 비용분을 지불합니다. 제조사 할인 프로그램에 따라 제조사가 지불한 할인 금액은 본인부담금에 포함되지 않습니다.

E3. 1단계: “초기 보장 단계”

초기 보장 단계 동안 당사 플랜은 보장약 비용의 부담금을 지불하고 귀하는 귀하의 부담금을 지불합니다. 귀하의 부담금은 코페이먼트라고 합니다. 해당 코페이먼트는 해당 의약품이 속한 비용 분담 범주 및 가입자가 수령하는 장소에 따라 다릅니다. 가입자는 가입자가 매번 처방약을 구입할 때마다 코페이먼트를 지불합니다. 보장약이 코페이먼트보다 저렴할 경우 가입자는 더 낮은 가격을 지불합니다.

당사 의약품 목록에 있는 일부 의약품이 더 낮거나 더 높은 의약품 범주로 변경되었습니다.

의약품이 범주 간에 이동하는 경우 코페이먼트에 영향을 미칠 수 있습니다. 의약품이 다른 범주에 속한지 확인하려면 당사 의약품 목록에서 찾아보십시오.

다음 표에는 네트워크 소속 약국에서 각 6가지 범주에 속한 표준 코페이먼트와 함께 구입한 1개월분의 비용이 나와있습니다. 이러한 금액은 초기 보장 단계에 있는 **동안에만** 적용됩니다.

대부분의 성인 파트 D 백신 비용은 무료입니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



백신 비용 또는 장기 공급분이나 우편 주문 처방약 비용에 대한 정보는 가입자 핸드북 **6장 섹션 D**를 참조하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
<p>의약품 범주 1(우대 제네릭 약)</p> <p>네트워크 소속 약국에서 조제되는 범주 1 의약품의 1개월 공급분 비용</p>	<p>1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 \$0입니다.</p>	<p>1개월(30일) 공급분에 대한 코페이먼트는 추가 지원(Extra Help) 수준에 따라 다릅니다.</p> <p>제네릭 약의 경우(제네릭으로 취급되는 브랜드 약 포함) 1개월 공급분에 대해 다음 금액을 지불합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 코페이먼트 \$0 또는 ○ 코페이먼트 \$1.60 또는 ○ 1개월 공급분에 대해 코페이먼트 \$5.10 <p>다른 모든 보장약의 경우 다음 금액을 지불합니다.</p>
<p>의약품 범주 2(제네릭 약)</p> <p>네트워크 소속 약국에서 조제되는 범주 2 의약품의 1개월 공급분 비용</p>	<p>1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 \$0입니다.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 코페이먼트 \$0 또는 ○ 코페이먼트 \$4.90 또는 ○ 1개월 공급분에 대해 코페이먼트 \$12.65 <p>추가 지원은 의약품 비용 지불에 도움이 되는 프로그램입니다.</p> <p>당사는 귀하에게 보장 범위 증명서라고 하는 별도의 자료를 보냈습니다</p>
<p>의약품 범주 3(우대 브랜드 약)</p> <p>네트워크 소속 약국에서 조제되는 범주 3 의약품의 1개월 공급분 비용</p>	<p>1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 \$0입니다.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 코페이먼트 \$0 또는 ○ 코페이먼트 \$4.90 또는 ○ 1개월 공급분에 대해 코페이먼트 \$12.65 <p>추가 지원은 의약품 비용 지불에 도움이 되는 프로그램입니다.</p> <p>당사는 귀하에게 보장 범위 증명서라고 하는 별도의 자료를 보냈습니다</p>

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은**



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

	2025년(올해)	2026년(내년)
의약품 범주 4(비우대 약) 네트워크 소속 약국에서 조제되는 범주 4 의약품의 1개월 공급분 비용	1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 \$0 입니다.	처방약 지불 추가 지원을 받는 사람을 위한 부칙 이는 귀하의 의약품 비용에 대한 것입니다. 추가 지원을 받는 와중에 이 자료를 받지 못하신 경우, 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 전화하셔서 LIS 부칙을 요청하십시오. 추가 지원에 적격하지 않은 경우 당사로 전화하여 의약품 비용에 대해 자세히 알아보십시오.
의약품 범주 5(특수 범주) 네트워크 소속 약국에서 조제되는 범주 5 의약품의 1개월 공급분 비용	1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 \$0 입니다.	추가 지원에 적격하지 않은 경우 당사로 전화하여 의약품 비용에 대해 자세히 알아보십시오.
의약품 범주 6(선별 치료 약) 네트워크 소속 약국에서 조제되는 범주 6 의약품의 1개월 공급분 비용	1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 \$0 입니다.	추가 지원에 적격하지 않은 경우 당사로 전화하여 의약품 비용에 대해 자세히 알아보십시오.

초기 보장 단계는 총 본인부담금 비용이 **\$2,100**에 도달하면 종료됩니다. 이때 고액 보장 단계가 시작됩니다. 해당 플랜은 그로부터 연말까지 모든 의약품 비용을 보장합니다. 의약품에 대한 지불 방법에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 6장**을 참조하십시오.

E4. 2단계: “고액 보장 단계”

의약품에 대한 본인부담금 한도인 **\$2,100**에 도달할 시 고액 보장 단계가 시작되고 가입자는 보장약에 대해서 어떠한 금액도 지불하지 않습니다. 가입자는 해당 달력 연도가 끝날 때까지 고액 보장 단계를 유지합니다.

고액 보장 단계에서의 가입자의 비용에 대한 자세한 내용은 **6장 섹션 E**를 참조하십시오.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은**



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

F. 행정적 변경 사항

아래 행정적 변경 사항 표의 정보는 혜택이나 비용 분담에 직접적인 영향을 미치지 않는 연간 플랜의 변경 사항을 반영합니다.

	2025년(올해)	2026년(내년)
선호 파트 B 당뇨병 제품	OneTouch™는 당사가 선호하는 당뇨 검사 소모품(포도당 모니터 및 검사 스트립) 브랜드입니다. 다른 브랜드는 의료적으로 필요하고 승인을 받지 않는 한 보장되지 않습니다.	Accu-Chek™ 가이드 및 True Metrix™는 당사가 선호하는 당뇨 검사 소모품(포도당 모니터 및 검사 스트립) 브랜드입니다. 다른 브랜드는 의료적으로 필요하고 승인을 받지 않는 한 보장되지 않습니다.
사전 보장 판단 요청	가입자는 예정된 혜택 연도가 발효되기 전에 보장 판단을 요청할 수 있습니다.	가입자는 1/1/2026이나 그 이후에 보장 판단을 요청할 수 있습니다. 이 날짜 이전에 제출된 요청은 현재 혜택 연도에 대해서만 평가됩니다.
Medicare 처방전 지불 플랜	가입자의 코페이먼트가 \$0이므로 Medicare 처방전 지불 플랜을 이용할 수 없습니다.	Medicare 처방전 지불 플랜은 달력 연도(1월~12월) 전반에 걸쳐 확대하여 당사 플랜의 보장약에 대한 본인부담금 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있는 지불 옵션입니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은



go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

G. 플랜 선택

G1. 플랜 유지

저희는 귀하가 가입자로 남아있으시기를 바랍니다. 당사 플랜을 유지하실 경우 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 다른 Medicare 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않을 경우, 가입자는 2026년 저희 플랜의 가입자로 자동으로 등록됩니다.

G2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에 탈퇴할 수 있습니다.

또한 다음 기간 동안 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.

- **공개 가입 기간은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다.** 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 12월 31일에 가입 상태가 종료되고 1월 1일에 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간은 1월 1일부터 3월 31일까지입니다.** 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 다음 달 첫 날부터 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.
- **Medi-Cal에 가입되어 있기 때문에 연중 언제든지 플랜에서 탈퇴하실 수 있습니다.**

가입 상태를 변경할 수 있는 또 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예를 들어, 다음의 경우 가입 상태를 변경할 수 있습니다.

- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우,
- **Medi-Cal 또는 추가 지원 자격이 변경되는 경우, 또는**
- 최근에 의료시설(전문간호시설이나 장기 치료 병원)으로 입원했거나 해당 시설에서 현재 치료를 받고 있는 경우. 최근에 의료시설에서 퇴원한 경우, 퇴원한 해당 달로부터 꼭 찬 두 달 동안 플랜을 변경하거나 Original Medicare로 변경할 수 있습니다.

Medicare 서비스

아래 나열된 Medicare 서비스를 해당 연도의 언제든지 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. **공개 가입 기간, Medicare Advantage 공개 가입 기간 또는 섹션 G2에 설명된 기타 상황**을 포함하여 해당 연도의 특정 기간 동안 가입자에게 아래 나열된 추가 옵션이 부여됩니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 가입자는 자동으로 당사 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



<p>1. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>Medi-Medi 플랜은 Medicare Advantage 플랜의 한 유형입니다. Medicare와 Medi-Cal 모두에 가입되어 있는 분들을 위한 것이고, Medicare와 Medi-Cal의 혜택을 하나의 플랜에 결합시켰습니다. 가입자가 적격한 경우 Medi-Medi 플랜은 모든 Medicare 및 Medi-Cal 보장 서비스 또는 종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 플랜을 포함하여 두 프로그램 전반에서 모든 혜택과 서비스를 조율합니다.</p> <p>참고: Medi-Medi 플랜이라는 용어는 California 주의 통합형 이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP)의 이름입니다.</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.</p> <p>종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medi-Medi 플랜에 가입하십시오.</p> <p>새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. Medi-Medi 플랜에 맞춰 Medi-Cal 플랜이 변경됩니다.</p>
---	--

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



<p>2. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 의약품 플랜이 있는 Original Medicare</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>변경을 요청하지 않는 한 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
--	--

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



<p>3. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 의약품 플랜이 없는 Original Medicare</p> <p>참고: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 의약품 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare 측에 등록을 원치 않는다고 알려지지 않는 한, Medicare에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>고용주나 노조와 같은 또 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우에만 의약품 보장을 철회해야 합니다. 의약품 보장에 관한 질문이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오.</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오. <p>Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>변경을 요청하지 않는 한 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않습니다.</p>
---	---

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



<p>4. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>공개 가입 기간, Medicare Advantage 공개 가입 기간 또는 섹션 A에 설명된 기타 상황을 포함하여 해당 연도의 특정 기간 동안 모든 Medicare 건강 플랜.</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.</p> <p>종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이거나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오.</p> <p>새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경되는 경우도 있습니다.</p>
---	--

Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 플랜을 선택하거나 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-800-430-4263번으로 Health Care Options에 연락해 주십시오. TTY 사용자들은 1-800-430-7077번으로 문의하시면 됩니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Medi-Cal 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



H. 문의하기

H1. 당사 플랜

질문이 있으시면 언제든지 도와 드리겠습니다. 기재된 운영일 및 운영 시간에 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 전화해 주시면 저희가 도와드리겠습니다. 통화는 수신자 부담입니다.

가입자 핸드북 확인하기

귀하의 가입자 핸드북은 당사의 플랜 혜택이 상세히 설명되어 있는 법적 문서입니다. 가입자 핸드북은 2026년도 혜택과 비용에 대한 자세한 내용을 제공하고 저희가 보장하는 서비스와 의약품 받기 위해 가입자가 따라야 할 규칙과 가입자의 권리에 관해 설명합니다.

2026년도 가입자 핸드북은 10월 15일부터 이용하실 수 있습니다. 별도로 발송된 가입자 핸드북을 검토하여 다른 혜택 또는 귀하에게 영향을 주는 비용 변경 사항이 있는지 확인할 수도 있습니다. 가입자 핸드북의 최신 사본은 당사 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA에서 확인하실 수 있습니다. 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 저희에게 2026년도 가입자 핸드북을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

플랜 웹사이트

당사 웹사이트 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하실 수 있습니다. 참고로 당사 웹사이트에는 의료 제공자 및 약국 네트워크(의료 공급자 및 약국 명부), 그리고 당사 의약품 목록(보장 의약품 목록)에 대한 최신 정보가 나와 있습니다.

H2. 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하실 수도 있습니다. California에서는 SHIP를 건강보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담사는 가입자가 플랜의 선택 사항을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 관한 질문에 답변을 드릴 수 있습니다. HICAP는 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. HICAP는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문해 주십시오.

H3. 옴부즈맨 프로그램

저희 플랜과 문제가 있으신 경우, Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에서 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료이며 모든 언어로 이용하실 수 있습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램:

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



- 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려드립니다.
- 가입자의 권리 및 보호와 관련된 정보와 우려 사항을 해결하는 방법을 확인합니다.
- 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램 전화번호는 1-855-501-3077번입니다.

H4. Medicare

Medicare를 통해 직접 정보를 얻고자 하는 경우,

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.
- www.Medicare.gov/talk-to-someone에서 실시간으로 채팅하십시오.
- PO Box 1270, Lawrence, KS 66044로 Medicare에 서신을 보내주십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 수 있습니다. 저희 플랜에서 탈퇴하고 다른 Medicare 플랜에 가입하기로 결정하신 경우, Medicare 웹사이트에는 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 및 품질 등급에 대한 정보가 있습니다.

Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 찾기를 이용하시면 가입자가 거주하는 지역에서 이용 가능한 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다(플랜에 대한 정보를 보시려면, www.medicare.gov에서 “Find plans”(플랜 찾기)를 클릭하십시오).

2026년도 Medicare와 가입자

2026년도 Medicare와 가입자 핸드북을 읽어 보실 수 있습니다. 매년 가을, 이러한 책자가 Medicare 가입자에게 우편 발송됩니다. 이 책자는 Medicare 혜택, 권리 및 보호 장치에 관한 요약 내용을 담고 있으며 Medicare에 관한 가장 자주 묻는 질문에 답하는 내용을 포함합니다. 이 핸드북은 스페인어, 중국어 및 베트남어로도 제공됩니다.

본 책자가 없으신 경우, Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 받으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

H5. California 보건 관리부

California 보건 관리부가 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충 사항이 있으시면 보건 관리부에 연락하기 전에 먼저 건강 플랜에 **1-800-431-9007 (TTY: 711)**번으로 전화하여 건강 플랜의 고충 사항 처리 절차를 이용해 주십시오. 이러한 고충 처리 절차를 활용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.



응급 상황 조치와 관련된 **Medi-Cal** 고충, 가입자의 건강 플랜에서 만족스럽게 해결되지 않은 **Medi-Cal** 고충 또는 30일 이상 해결되지 않은 **Medi-Cal** 고충의 경우, 보건 관리부에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. **Medi-Cal** 혜택의 경우 가입자는 독립 의료 심사(IMR)를 요청할 자격을 보유할 수 있습니다. IMR 요청 자격을 보유할 경우, IMR 절차를 통해 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성에 관해 건강 플랜이 내린 의료적 결정, 실험적 또는 연구적 성격을 띠는 치료에 대한 보장 결정, 응급 상황 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁 등에 대해 공정한 검토가 이루어질 것입니다. 또한 관리의료부는 수신자 부담 전화번호(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 회선(**1-877-688-9891**)을 운영합니다. 해당 부서 인터넷 웹사이트 www.dmhca.gov.

자세한 내용은 가입자 핸드북 9장 섹션 F4를 참조하십시오.

H6. Medicare 처방전 지불 플랜

Medicare 처방전 지불 플랜은 월간 지불로서 달력 연도(1월~12월) 전반에 걸쳐 확대하여 당사 플랜의 보장약에 대한 본인부담금 비용을 관리하는 데 도움이 될 수 있는 지불 옵션입니다. 이 프로그램은 비용을 절감하거나 의약품 비용을 절감하지 않습니다.

Medicare의 “추가 지원”과 적격 인원을 위한 거주하시는 주의 약 지원 프로그램(SPAP) 및 AIDS 약 지원 프로그램(ADAP)의 도움은 Medicare 처방전 지불 플랜에 단독으로 참여하는 것보다 더 유리합니다. 모든 가입자는 소득 수준에 관계없이 이 프로그램에 참여할 수 있습니다. 이 프로그램에 대한 자세한 내용은 이 페이지 하단의 전화번호로 문의하거나 www.medicare.gov를 방문하십시오.

문의 사항은 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 go.wellcare.com/HealthNetCA를 방문하십시오.

