



2026 福利摘要

California

Wellcare Low Premium (HMO)

H0562 | 097 | 000

我們瞭解擁有可信賴的健康計畫對您有多麼重要。

這是 Wellcare Low Premium (HMO) 在 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期間所承保的藥物與健康服務摘要。

本手冊將為您概述我們的承保範圍和您的支付費用。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 go.wellcare.com/HealthNetCA 找到承保證明。如需索取副本，請致電 1-844-480-0680 (TTY 711)。服務時間為週日至週六上午 8 時至晚上 8 時。

誰可以加入？

要加入本計畫，您必須有權享有 Medicare Part A、加入 Medicare Part B、居住在我們的服務區域內，並且是美國公民或合法居住在美國。除非由 California Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方支付，否則您必須繼續繳納 Medicare Part B 保費。

計畫的服務區域：

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

關於本計畫以及如何獲得照護

健康維護組織 (HMO) 是由保險提供者搭配簽約醫療服務提供者和機構組成的網絡，所提供的醫療健康計畫。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。**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，您將必須全額支付費用。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 Low Premium (HMO) 授權使用網絡外醫療服務提供者的情況。

D 部分處方藥屬於承保範圍。您可以使用我們龐大的藥房網絡。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 Low Premium (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。您可以在網站 go.wellcare.com/2026providerdirectories 上檢閱我們計畫的醫療服務提供者和藥房名錄。我們的完整計畫處方集（D 部分處方藥清單）在我們的網站 go.wellcare.com/druglist-6718 上。

我們將承保本文件和承保證明中必要的醫療服務和用品。

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

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）。如需詳細資訊，或索取其他格式的資訊，請致電 1-844-480-0680（TTY 使用者請致電 711）。服務時間為週日至週六上午 8 時至晚上 8 時。

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
<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>	
每月計畫保費 (包括醫療和藥物)	\$33 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 (MOOP) 責任 (不包含處方藥)	每年 \$9,250 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"> • 第 1 天至第 5 天，每天 \$405 共付額 • 第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 • 第 91 天至第 100 天，每天 \$0 共付額 ▪ *
門診醫院承保 門診醫院服務	皮膚活檢共付額 \$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 \$115。 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	非住院性手術中心的每次 Medicare 承保就診的共付額為 \$200。 ▪ *

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
醫生就診	
主治醫生	\$0 共付額
專科醫生	\$0 共付額 ▪ *
預防性照護 (例如年度健康訪視、骨質密度測量、乳癌篩檢 (乳房 X 光檢查)、心血管篩檢、子宮頸癌及陰道癌篩檢、結直腸癌篩檢、糖尿病篩檢、B 型肝炎病毒篩檢、攝護腺癌篩檢 (PSA)、疫苗 (包括流感疫苗、B 型肝炎疫苗、肺炎鏈球菌疫苗、COVID 疫苗))	\$0 共付額
急診照護	\$115 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	\$115 共付額 全球急診服務和全球緊急需求服務的計畫承保上限為 \$50,000。急診室或緊急入院外的照護不在全球承保範圍內。如果住院接受全球急診服務，則不能免除共付額。
緊急需求服務	\$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	\$115 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 Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000	
診斷性服務/化驗/造影 化驗服務	基因檢測的共付額為 \$50。 其他所有化驗的共付額為 \$0。 ■ *
診斷檢測和程序	Medicare 承保的結腸鏡診斷、肺量計檢測以及特定的檢測相關服務的共付額為 \$0。 其他所有門診服務的共付額為 \$25。 ■ *
門診 X 光檢查	\$25 共付額 ■ *
診斷性放射服務（例如 MRI、CAT 掃描）	診斷性乳房 X 光檢查的共付額為 \$0。 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。 在其他所有地點接受的其他所有服務的共付額為 \$200。 ■ *
治療放射學	20% 共同保險金 ■ *
聽力服務 Medicare 承保的聽力檢查	\$0 共付額 *
例行性聽力檢查	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
助聽器 助聽器驗配/評估 助聽器補貼 所有類型	<p>\$0 共付額 *</p> <p>每年 1 次選配/評估</p> <p>每年每隻耳朵最多 \$500 的助聽器補貼。 \$0 共付額 *</p> <p>每年限 2 個助聽器</p>
其他聽力資訊	<p>您應該要知道 如果您的醫生或其他健康照護服務提供者開立醫囑，指示您需進行診斷性聽力和平衡檢查，以確定您是否需要接受醫藥治療，Medicare 將承保這些檢查。</p>
牙科服務 Medicare 承保項目	<p>Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$0。 *</p>
例行性診斷和預防性服務 氟化處理	<p>\$0 共付額 *</p> <p>每年 2 次洗牙 每年 1 次牙科 X 光檢查 每年 2 次口腔檢查</p> <p>\$0 共付額 *</p> <p>每年 1 次</p>

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
其他牙科診斷服務	\$15 共付額 * 每 2 個曆年 1 次，取決於服務類型
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	\$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 *
一般輔助性服務	\$0 - \$125 共付額 *
如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。其他牙科限制和排除項目適用。	

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
其他牙科資訊	須知事項： 該計畫提供牙科服務，沒有年度補貼上限。
視力照護 眼睛檢查 Medicare 承保項目	Medicare 承保的每項糖尿病視網膜病變篩檢或糖尿病眼科檢查的共付額為 \$0 Medicare 承保的所有其他眼睛檢查共付額為 \$0 *
常規眼睛檢查（屈光）	\$0 共付額 * 每年 1 次檢查
青光眼篩檢	Medicare 承保的每項服務的共付額為 \$0。 ▪
眼鏡 Medicare 承保項目	\$0 共付額
常規眼鏡 隱形眼鏡/眼鏡（鏡框和鏡片）/眼鏡鏡框 眼鏡補貼	\$0 共付額 * 每年最高 \$100 的隱形眼鏡和眼鏡（鏡片和/或鏡框）合併費用。
精神健康服務 住院就診	每次住院，您支付： • 第 1 天至第 5 天，每天 \$400 共付額 • 第 6 天至第 90 天，每天 \$0 共付額 ▪ *

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000	
個人治療門診	\$25 共付額 ▪ *
團體治療門診	\$25 共付額 ▪ *
專業護理機構 (SNF)	每次住院，您支付： • 第 1 天至第 20 天，每天 \$0 共付額 • 第 21 天至第 70 天，每天 \$218 共付額 • 第 71 天至第 100 天，每天 \$0 共付額 ▪ *
治療和復健服務 物理治療	\$0 共付額 ▪ *
由職能治療師提供的門診康復服務	\$0 共付額 ▪ *
肺部復健服務	\$25 共付額 ▪
救護車 地面救護車	\$275 共付額 *
空中救護	\$275 共付額 *

福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
交通運輸服務（非緊急醫療交通運輸）	<p>每年最多 12 次前往計畫核准醫療保健地點的接送服務。這包括醫生、專科醫生、藥房、牙科或視力服務提供者。</p> <p>\$0 共付額（每趟單程運輸）</p> <p>*</p> <p>您應該知道： 可能適用里程數限制。請提前 72 小時致電保戶 ID 卡背面的電話號碼，以預約接送前往約診地點。接送服務也可以透過行動應用程式預訂。</p>
Medicare Part B 藥物 化學治療藥物和其他 B 部分藥物	<p>20% 共同保險</p> <p>*</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。</p>
胰島素	<p>\$35 共付額（每月上限）</p> <p>*</p>
過敏抗原	<p>0% 共同保險金</p> <p>*</p>

<p>D 部分處方藥承保</p>	<p>Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000</p>
<p>第 1 階段：年度自付額階段</p>	
<p>如果計畫有 D 部分藥物自付額，則該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。</p>	
<p>自付額</p>	<p>D 部分處方藥為 \$615（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））。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。</p>
<p>第 2 階段：初始承保階段（在您支付您的自付額之後，如適用）</p>	
<p>您會繼續處於初始承保階段，直到自付費用總額達到 \$2,100。然後，您將進入重大傷病承保階段。</p>	
<p>您為疫苗支付的費用： 即使您沒有支付自付額，我們的計畫也會免費為您承保大部分 D 部分疫苗。</p>	
<p>您為胰島素支付的費用：</p> <p>層級 3： 您支付的費用將不會超過該藥物協商價格的 25% 或 \$35（1 個月以下藥量）、我們協商價格的 25% 或 \$70（2- 個月內藥量）（以較低者為準），或該藥物協商價格的 25% 或 \$105（每種承保胰島素產品的最多 3 個月藥量），以較低者為準，即使您尚未支付自付額。</p> <p>層級 4： 您支付的費用將不會超過該藥物協商價格的 25% 或 \$35（1 個月以下藥量）、我們協商價格的 25% 或 \$70（2- 個月內藥量）（以較低者為準），或該藥物協商價格的 25% 或 \$105（每種承保胰島素產品的最多 3 個月藥量），以較低者為準，即使您尚未支付自付額。</p>	

D 部分處方藥承保	Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000	
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）		
零售分攤費用（30 天/100 天藥量） 有關層級描述的更多詳細資訊，請參閱承保證明。		
	首選	標準
層級 1 （首選副廠藥）	\$0 / \$0 共付額	\$5 / \$15 共付額
層級 2 （副廠藥）	\$0 / \$0 共付額	\$10 / \$30 共付額
層級 3 （首選原廠藥）	25% / 25% 共同保險金	25% / 25% 共同保險金
層級 4 （非首選藥物）	35% / 35% 共同保險金	35% / 35% 共同保險金
層級 5 （專用層級） 僅限 30 天藥量	25%共同保險金 / 無法使用	25%共同保險金 / 無法使用
層級 6 （特選護理藥物）	\$0 / \$0 共付額	\$0 / \$0 共付額

D 部分處方藥承保		Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000
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）		
郵購分攤費用（100 天藥量）		
	首選	標準
層級 1 （首選副廠藥）	\$0 共付額	\$15 共付額
層級 2 （副廠藥）	\$0 共付額	\$30 共付額
層級 3 （首選原廠藥）	25% 共同保險金	25% 共同保險金
層級 4 （非首選藥物）	35% 共同保險金	35% 共同保險金
層級 5 （專用層級） 僅限 30 天藥量	無法使用	無法使用
層級 6 （特選護理藥物）	\$0 共付額	\$0 共付額
第 3 階段：重大傷病承保階段		
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。在該日曆年的其餘時間，您無需支付任何費用。		
	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 \$2,100 後，您將進入此階段。	

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。

費用分攤可能因服務點（郵購、零售、長期照護 (LTC)）、居家輸液、藥房是否在我們首選或標準網絡內或收到的每日藥量而異。郵購處方藥的配藥量為 35 天或以上。

排除藥物：

Wellcare Low Premium (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。（TTY 使用者應致電 1-800-716-3231。）我們的服務時間為每週 7 天、每天 24 小時，或造訪 go.wellcare.com/CA-MPPP。

額外福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000	
<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>脊椎推拿治療服務 Medicare 承保項目</p>	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *
<p>針灸 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"> ■ *
<p>足部治療服務（足部護理） Medicare 承保項目</p>	<p>\$0 共付額</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ *

額外福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562, 計畫 097, 000	
虛擬看診	<p>透過您計畫的虛擬就診醫療服務提供者提供的虛擬就診服務的共付額為 \$0。</p> <p>我們的計畫提供每週 7 天，每天 24 小時，由學會認證醫生進行的虛擬看診，協助解決各種健康疑慮/問題。承保服務包括一般醫療、行為健康、皮膚病學等。</p> <p>虛擬看診（也稱為遠程醫療服務）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。</p> <p>有關更多資訊，請參閱您的承保證明。</p> <p>須知事項： 僅當從您計畫的虛擬看診醫療服務提供者處接受服務時，上述 \$0 共付額才適用。如果您透過網絡內服務提供者而非計畫的虛擬看診服務提供者接受遠程醫療服務，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>
社會支援平台	<p>我們的計畫為您的整體福祉提供線上和應用程式支援平台。該平台提供個人化的治療性自導活動和計畫，以幫助管理壓力、焦慮，並支援您的情緒和精神健康。</p> <p>參與根據您的需求量身定制的互動活動、冥想和遊戲。該平台還具有加入社交社群的功能。</p> <p>24/7 線上提供 - 您可以隨時選擇使用。</p> <p>有關如何使用社會支援平台的詳細資訊，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"> ▪ *

額外福利

Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000	
醫療設備/用品 耐用醫療設備 (DME)	20% 共同保險金 *
義肢	20% 共同保險金 *
糖尿病用品	\$0 共付額 * 如欲瞭解更多資訊、限制和排除項目，請參閱您的承保證明。
糖尿病治療鞋或鞋墊	20% 共同保險 *
鴉片類藥物治療計畫服務	\$0 共付額 ■ *
健康和保健教育計畫 健身	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。 \$0 共付額 須知事項： 為幫助養成積極健康的生活方式，您的計畫提供健身計畫，供您使用全國範圍內的健身地點。您可以使用健身網絡內的一個或多個健身房。 保戶可以使用現場健身中心、可用的點播鍛煉計畫以及各種居家健身器材。
24 小時護士諮詢專線	\$0 共付額

額外福利

	Wellcare Low Premium (HMO) H0562，計畫 097,000
年度例行性體檢	\$0 共付額 須知事項： 檢查包括詳細的病史/家族史以及預防性篩檢/照護的建議。
Wellcare Spendables®	<p>您每月將收到 \$25，預存到您的 Wellcare Spendables® 卡上。您未使用的每月補貼將結轉至下個月，並在計畫年度結束時到期。</p> <p>您的卡補貼可用於：</p> <p>非處方項目 (OTC) - 您可以在簽約零售點使用您的卡，也可以透過行動應用程式使用，或登入您的保戶入口網站下單以送貨上門。承保物品的範例包括原廠和副廠非處方物品、維生素、止痛藥、感冒藥和抗過敏藥以及糖尿病物品。</p> <p>牙科、視力和聽力 - 您可以使用您的卡來幫助減少符合資格的牙科、視力和/或聽力服務的自費費用。</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>
My Wellcare Rewards	<p>使用 My Wellcare Rewards，您可以透過您的保戶入口網站完成合格的健康活動和入口網站活動來賺取最高 \$100。</p> <p>獎勵將存入您的 Wellcare Spendables® 卡。</p>

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

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Español ATENCIÓN: Contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. También se encuentran disponibles de manera gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711).

简体中文 注意：我们为您提供免费的语言协助服务，同时也可免费提供适当的辅助设施与服务，以便提供无障碍格式的信息。请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。

繁體中文 注意：我們為您提供免費的語言協助服務，還免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。

Tagalog ATENSYON: May mga libheng serbisyo ng tulong sa wika na available para sa inyo. Available din nang libre ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo para makapagbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Tiếng Việt LƯU Ý: Chúng tôi có cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và trợ giúp bổ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở các định dạng có thể truy cập cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-428-2224 (TTY: 711).

한국어 주의: 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 정보 제공을 위해 적합한 보조 도구 및 서비스 또한 액세스 가능한 형식으로 무료 이용이 가능합니다. 1-844-428-2224 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

فارسی توجه: خدمات کمک زبانی رایگان برای شما در دسترس است. ابزارها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس نیز به صورت رایگان ارائه می‌شوند. لطفاً با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید.

دری توجه: خدمات رایگان کمک زبانی برای شما فراهم است. وسایل و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات به شکل قابل دسترس نیز به طور رایگان در دسترس می‌باشند. لطفاً با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید.

العربية انتباه: تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. تتوفر كذلك مجاناً مساعدات وخدمات إضافية ملائمة لتزويد المعلومات بتنسيقات قابلة للوصول إليها. اتصل على الرقم 1-844-428-2224 (TTY: 711).

हिंदी ध्यान दें: आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं. एक्सेस करने योग्य फॉर्मेट में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें.

Հայերեն ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք օգտվել անվճար լեզվական ծառայություններից: Անվճար հասանելի են նաև համապատասխան օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ՝ մատչելի ձևաչափերով տեղեկություններ տրամադրելու համար: Չանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711):

Русский ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Вы также можете бесплатно получить соответствующие вспомогательные средства и услуги, направленные на предоставление информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711).

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਣਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

日本語 注意 : 言語支援サービスを無料で提供しています。情報をアクセシビリティに対応した形式で提供する各種補助支援およびサービスも無料です。1-844-428-2224 (TTY: 711) にお電話ください。

Français REMARQUE : des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des services et aides pour obtenir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-428-2224 (TTY : 711).

Français cadien COMMUNIQUE: Des services d'aide linguistique sans frais sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations en formats accessibles sont également proposés sans frais. Composez le 1-844-428-2224 (TTY : 711).

Iloko PALIWEN: Adda dagiti libre a serbisio a tulong iti pagsasao. Dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti nalaka a maawatan a pormat ket libre met a magun-odan. Tawagan ti 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Gagana Sāmoa FA'AALIGA: O lo'ō avanoa fua ia te oe auaunaga fesoasoani i le gagana. E avanoa fo'i fua fesoasoani ma meafaigaluega talafeagai e tu'uina atu ai fa'amatalaga i auala faigofie ona malamalama ai. Vala'au 1-844-428-2224 (TTY: 711).

ʻŌlelo Hawaiʻi HOʻĀKAKA: Loaʻa iā ʻoe ke kōkua manuahi no ka unuhi ʻōlelo. Loaʻa pū kekahi mau pono kōkua kūpono a me nā lawelawe e hāʻawi ai i ka ʻike i nā ʻano ʻano hiki ke kīʻi ʻia, me ka uku ʻole. Kelepona i 1-844-428-2224 (TTY: 711).

Português ATENÇÃO: estão disponíveis serviços de assistência gratuitos no seu idioma. Também estão disponíveis apoios auxiliares e serviços adequados que oferecem informações em formatos acessíveis e sem custos. Ligue para 1-844-428-2224 (TTY: 711).

投保前-核對清單

在您決定投保前，請務必充分瞭解我們的福利和規定。如果您有任何疑問，可撥打電話與客戶服務代表聯絡，電話 1-844-480-0680 (TTY: 711)。服務時間為週日至週六上午 8 時至晚上 8 時。

瞭解福利

- 承保證明 (EOC) 提供了所有承保範圍和服務的完整清單。在投保之前必須審查計畫承保範圍、費用和福利。請造訪 go.wellcare.com/HealthNetCA 或致電 1-844-480-0680 (TTY: 711) 以檢視 EOC 副本。服務時間為週日至週六上午 8 時至晚上 8 時。
- 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。如果他們未在清單中，表示您可能必須選擇新的醫生。
- 請檢閱藥房名錄，確定您用於配取處方藥的藥房在網絡內。如果該藥房未在清單中，您可能必須選擇新的藥房以配取處方藥。
- 請檢閱處方集以確保您的藥物屬於承保範圍。

瞭解重要規定

- 除了您的每月計畫保費外，您還必須繼續支付您的 Medicare 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 2027 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。如果您有交易市場計畫，您將需要聯絡交易市場以取消計畫。如果您沒有取消交易市場計畫，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，該公司是與 Medicare 簽訂合約的 HMO、PPO、PFFS 和 PDP 計劃，並且是經批准的 D 部分贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽有合約。能否投保我們的計劃視合約續約情況而定。

除非在緊急情況下，網絡外/非簽約醫療服務提供者沒有義務為計劃保戶提供治療。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

免付費電話：1-844-480-0680 (TTY 711)。您的來電可能會由持照代理人接聽。



服務時間

週日至週六，上午 8 點至晚上 8 點



線上

go.wellcare.com/HealthNetCA