



# 2026 福利摘要

California

**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)**

H3561 | 009 | 000

## 我们知道制定值得信赖的健康计划有多重要。

本文件概述了 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 从 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日期间承保的药物和健康服务。

本手册将概述我们的服务范围和您需要支付的费用。手册中并未逐一列出所有服务、限制或排除事项。可在计划的保险证明文件 (EOC) 中找到完整的服务列表。您可以在我们的网站 [go.wellcare.com/HealthNetCA](http://go.wellcare.com/HealthNetCA) 上找到保险证明文件。如需索取副本，请致电 1-844-480-0680 (TTY 711)。营业时间：周日至周六上午 8 点至晚上 8 点。

## 谁可以加入？

这是一个双重资格需求计划 (D-SNP)，适用于同时享有 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid) 的参保者。

要加入本计划，您必须符合 Medicare Part A 的资格，已参保 Medicare Part B，居住在我们的服务区域内，并且是美国公民或合法在美国居住。如果未有 California Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方为您支付 Medicare Part B 保费，则您必须继续支付该费用。您必须符合 Medicare 资格，并享有完整的 Medicaid 福利，或通过 Medicaid 获得 Medicare 分摊费用援助。

要参与此计划，您必须符合以下 Medicare 储蓄计划的资格：

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

有关所有 MSP 级别的说明，请参阅下面的“Medicare 储蓄计划 (MSP) 级别”部分。

请联系本计划，以了解更多信息。

## 计划的服务区域：

我们的服务区域包括 California 的以下县：Imperial、Kern、Orange、Placer、Riverside、San Bernardino、San Diego 和 San Francisco。

## 关于本计划以及如何获得护理

**健康维护组织 (HMO)** 是一家保险提供者提供的医疗保健计划，其网络由签约的医疗服务提供者和机构组成。HMO 通常要求参保成员选择一名初级医疗服务提供者 (PCP) 来协调护理，如果您需要一名专科医生，PCP 将选择一名同样在我们网络中的提供者。

我们的计划为您提供在您所在地区选择我们网络中专业医疗服务提供者的机会。您可以期待选择一名初级医疗服务提供者 (PCP) 与您合作并协调您的护理。**请注意**，如果您在未经适当授权的情况下前往其他地方就医，您必须全额支付。Medicare 和我们的计划均不承担相关费用。例外情况包括急诊、网络不可用时的急需服务（即在网络内获取服务不合理或不可能的情况），区域外透析服务，以及 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 授权使用网络外医疗服务提供者的情况。

承保**D 部分处方药**。您可以访问我们的大型药房网络。我们的一些网络药房有优选分摊费用。如果选择这些药房，您可能会支付更少的费用。我们的计划使用处方集。我们的药物计划专为 Medicare 受益人而设计，包括一系列价格合理的仿制药和品牌药。

**我可以选择哪些医生、医院和药房？** Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 拥有一个由医生，医院，药房和其他提供者组成的网络。如果您选择的提供者不在我们的网络中，则本计划可能不会为这些服务付费。

您可以选用我们优选的邮购药房，并选用计划网络中的提供者，从而节省资金。您可以在 [go.wellcare.com/2026providerdirectories](http://go.wellcare.com/2026providerdirectories) 查阅我们计划的医疗服务提供者和药房目录。我们的完整计划处方集(D 部分处方药列表)可在我们的网站 [go.wellcare.com/druglist-6714](http://go.wellcare.com/druglist-6714) 上找到。

只要医疗上有必要，我们会承保本文件和保险证明文件中的服务和项目。

如果您想详细了解 Original Medicare 的保险范围和费用，请查看您当前的“Medicare 与您”手册。可在 [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) 在线查看该手册，或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 索取副本，该热线每周 7 天、每天 24 小时有人接听。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

我们一定会以适合您的方式提供信息(英语以外的语言、音频、盲文、大字体或其他替代格式等)。如需了解更多信息，或申请以替代格式获取信息，请致电 1-844-480-0680(TTY 用户请致电 711)。营业时间：周日至周六上午 8 点至晚上 8 点。

## 了解双重资格

**双重资格特殊需求计划 (DSNP)** 专为同时享有 Medicare 和 Medicaid 保障的受益人提供医疗福利的 Medicare Advantage 计划。

**Medicaid** 是一项由联邦和州政府联合实施的计划，为帮助收入、资源有限的人群提供医疗费用援助。Medicaid 福利非常重要，因为州政府会根据您的 Medicare 储蓄计划 (MSP) 级别提供额外的医疗保险和经济支持。Medicaid 的保险范围因州和您所享有的 Medicaid 类型而异。您为承保服务支付的费用可能取决于您的 Medicaid 资格级别。部分享有 Medicaid 的人可以获得帮助以支付其 Medicare 保费及其他费用。其他人可能还可获得 Medicaid 承保但 Medicare 不承保的额外服务和药物保障。

## Medicare 储蓄计划 (MSP) 级别

- **全额福利双重资格受益人 (FBDE)**：Medicaid 可以支付您的 Medicare Part A 和 Part B 保费、免赔额、共保比例和共付额。符合条件的受益人还将获得完整的 Medicaid 福利。
- **合格的 Medicare 受益人 (QMB)**：Medicaid 将支付您的 Medicare Part A 和 Part B 保费、免赔额、共保比例和共付额。(部分拥有 QMB 资格的人也有资格获得全额 Medicaid 福利 (QMB+)。)
- **特定低收入 Medicare 受益人 (SLMB)**：Medicaid 将承担您的 Medicare Part B 保费。部分拥有 SLMB 资格的人也有资格获得全额 Medicaid 福利 (SLMB+)。
- **符合资格的个人 (QI)**：Medicaid 将支付与 Medicare Part B 相关的费用。
- **符合条件的残疾及工作人士 (QDWI)**：Medicaid 将支付与 Medicare Part A 相关的费用。

注意：某些 MSP 级别会自动获得 Medicare 处方药保险援助的额外补助 (Extra Help) 资格。有些州不包括 A 和 B 部分分摊费用。

### 什么是额外补助？

低收入补助 (LIS) 也称为额外补助，可帮助您支付 D 部分自付费用，如保费、免赔额、共保比例或共付额。许多人有资格参加额外补助计划，但可能并不知晓。请注意，该援助也可能取决于您的 Medicare 储蓄计划 (MSP) 级别和您的双重资格状态。

如果您对您的 Medicaid 资格以及您有权享有的福利有任何疑问，请拨打本文档封底列出的电话号码。

有一些服务不在我们计划的承保范围内，但可通过 **California Medi-Cal (Medicaid)** 获得。有关更多信息，请参阅本文档后面的“**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划外 Medi-Cal 承保的福利**”部分。

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
<b>注意：</b> 带有星号 (*) 的服务可能需要事先授权。 带有方框 (■) 的服务可能需要转诊。	
月度计划保费 (包括医疗和药物)	\$0 由于您享有额外补助，您的计划保费将代您支付。  如果未有 California Medi-Cal (Medicaid) 或其他第三方为您支付 Medicare Part B 保费，则您必须继续支付该费用。
免赔额	无免赔额
最高自付额 (MOOP) 责任 (不包括处方药)	每年 \$9,250 对A部分和B部分承保服务，达到最高自付额后，您无需支付任何自付费用。
住院治疗保险范围	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 对于 Medicare 承保的每次住院，需承担 \$0 的共付额。</li> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
门诊治疗保险范围  门诊服务	<p>对于手术和非手术服务，需承担 \$0 的共付额。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
门诊观察服务	<p>\$0 的门诊观察共付额。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> </ul>

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
门诊手术中心 (ASC) 服务	对于 Medicare 承保的每次门诊手术中心, 需承担 \$0 的共付额。 ▪ *
医生访视 初级医疗服务提供者	\$0 的共付额
专科医生	\$0 的共付额 ▪ *
预防性护理 (例如年度健康访视、骨密度检测、乳腺癌筛查 (乳房 X 光造影)、心血管筛查、宫颈和阴道癌筛查、结肠直肠癌筛查、糖尿病筛查、乙肝病毒筛查、前列腺癌筛查 (PSA)、疫苗 (包括流感疫苗、乙肝疫苗、肺炎球菌疫苗、COVID 疫苗))	\$0 的共付额
急诊医疗	\$0 的共付额
全球急诊保险范围	\$115 的共付额  全球急诊和全球急需服务的最大计划保险范围为 \$50,000。没有针对急诊室或急诊入院以外照护的全球保险范围。如果住院接受全球急诊服务, 则不会免除共付额。

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
急需服务	\$0 的共付额
全球紧急护理保险范围	<p>\$115 的共付额</p> <p>全球急诊和全球急需服务的最大计划保险范围为 \$50,000。如果住院接受全球急需服务，则不会免除共付额。</p>
<b>诊断服务/实验室/成像</b>  实验室服务	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
诊断测试和程序	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
门诊 X 光检查	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
诊断性放射服务（例如 MRI、CAT 扫描）	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
放射治疗	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>
<b>听力服务</b>  Medicare 承保的听力检查	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*</li> </ul>

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
常规听力检查	\$0 的共付额 *  每年 1 次检查
助听器	
助听器验配/评估	\$0 的共付额 *  每年 1 次验配/评估
助听器补贴(所有类型)	每年每只耳朵最多可获得 \$350 的助听器补贴。  \$0 的共付额 *  每年轻限 2 副助听器
其他听力信息	<b>您应该了解的信息</b> 如果您的医生或其他医疗服务提供者要求进行诊断性听力和平衡能力检查以确定您是否需要治疗, 则 Medicare 承保这些检查。
牙科服务	
Medicare 承保	对于 Medicare 承保的每项服务, 需承担 \$0 的共付额 *
牙科检查和预防性护理	\$0 的共付额  作为 Medi-Cal 参保成员, 您可通过 Medi-Cal 牙科按服务收费计划获得许多标准牙科服务; 这些服务包括但不限于:

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
恢复性和急诊牙科护理	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 首次检查, X光检查、洗牙和氟化处理</li> <li>• 补牙和牙冠</li> <li>• 根管治疗</li> <li>• 部分及全口义齿、调整、修复和重衬</li> </ul> <p>牙科福利通过 Medi-Cal 牙科按服务收费 (FFS) 提供。有关更多信息, 请致电 Medi-Cal 牙科计划, 电话 1-800-322-6384 (TTY 用户请拨 1-800-735-2922)。通话免费。Medi-Cal 牙科代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 5 点。您也可以访问网站 <a href="http://SmileCalifornia.org">SmileCalifornia.org</a> 了解更多信息。</p>
恢复性和急诊牙科护理	<p>\$0 的共付额 *</p> <p>Medi-Cal 牙科计划提供恢复性和急诊牙科护理。有关更多信息, 请访问网站 <a href="http://SmileCalifornia.org">SmileCalifornia.org</a></p> <p>除了 Medi-Cal 牙科计划, 本计划还提供:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 恢复性服务 - 牙冠每个日历年限做两颗。同一牙齿的牙冠每五个日历年至多承保一次。</li> <li>• 义齿修复, 包括假牙 - 承保服务包括每个日历年一次重衬。假牙牙齿和丙烯酸材料的更换要求现有假牙使用满 5 年以上。每 5 个日历年, 每颗牙齿承保一次桥体。</li> </ul> <p>可能需要取得事先授权。</p>

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
视力护理  Medicare 承保的眼部检查	对于 Medicare 承保的每次糖尿病性视网膜病变筛查或糖尿病性眼部检查，需承担 \$0 的共付额  对于 Medicare 承保的所有其他眼部检查，需承担 \$0 的共付额 *
常规眼部检查（屈光）	\$0 的共付额 *  每年 1 次检查
青光眼筛查	对于 Medicare 承保的每项服务，需承担 \$0 的共付额。 ■
Medicare 承保的眼镜	\$0 的共付额
常规眼镜  隐形眼镜/眼镜（镜框和 镜片）/镜框  眼镜补贴	\$0 的共付额 *  每年最多 \$100 的隐形眼镜和眼镜（镜片和/或镜框）综合补贴。
心理健康服务  住院访视	• 对于 Medicare 承保的每次住院，需承担 \$0 的共付额。 ■ *
门诊个人治疗访视	\$0 的共付额 ■ *

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
门诊集体治疗访视	\$0 的共付额 ▪ *
专业护理机构 (SNF)	第 1-100 天 : • 每次住院需承担 \$0 共付额 ▪ *
治疗和康复服务  物理治疗	\$0 的共付额 ▪ *
由职业治疗师提供的门诊康复服务	\$0 的共付额 ▪ *
肺部康复服务	\$0 的共付额 ▪
救护服务 地面救护服务	\$0 的共付额 *
空中救护服务	\$0 的共付额 *
交通服务(非紧急医疗交通)	未承保

## 福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
<b>Medicare Part B 药物</b>	
化疗药物和其他 B 部分药物	\$0 的共付额 *
胰岛素	\$0 共付额 (每月最大值) *
过敏抗原	\$0 的共付额 *

<b>D 部分处方药保险范围</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000</b>
<b>第 1 阶段：年度免赔额阶段</b>	
如果计划有 D 部分药物免赔额，则免赔额不适用于承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗，包括带状疱疹、破伤风和旅行疫苗。	
<b>免赔额</b>	由于您享有额外补助，您无需支付 D 部分药物的免赔额。此付款阶段不适用。
<b>第 2 阶段：初始保障阶段（在您支付免赔额后，若适用）</b>	
您将在初始保障阶段停留，直到您的总自付费用达到 \$2,100。然后，您将进入高额保障阶段。	
<b>您为疫苗支付的费用：</b> 我们的计划承保大多数 D 部分疫苗，即使您尚未支付免赔额（如果您的计划有免赔额），您也不需要为这些疫苗支付任何费用。	
<b>您为胰岛素支付的费用：</b> <b>3 级：</b> 对于每种承保胰岛素产品，即使您尚未支付免赔额（如果您的计划有免赔额），您支付的金额不会超过以下较低者：我们协商价格的 25% 或 1 月量最高 \$35；我们协商价格的 25% 或 2 月量最高 \$70；或我们协商价格的 25% 或 3 月量最高 \$105。 <b>4 级：</b> 对于每种承保胰岛素产品，即使您尚未支付免赔额（如果您的计划有免赔额），您支付的金额不会超过以下较低者：我们协商价格的 25% 或 1 月量最高 \$35；我们协商价格的 25% 或 2 月量最高 \$70；或我们协商价格的 25% 或 3 月量最高 \$105。	
<b>您为其他 D 部分药物支付的费用：</b> 您支付的分摊费用取决于您的额外补助级别。	

<b>D 部分处方药保险范围</b>	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000</b>	
<b>第 2 阶段：初始保障阶段(在您支付免赔额后，若适用)(续)</b>		
<b>零售分摊费用(30 天/100 天量)</b>  有关层级描述的更多详细信息，请参阅保险证明文件。		
	<b>优选</b>	<b>标准</b>
<b>1 级</b> (优选仿制药)	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>2 级</b> (仿制药)	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>3 级</b> (优选品牌药)	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>4 级</b> (非优选药物)	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>5 级</b> (特殊药品层级)限 30 天量	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>6 级</b> (精选护理药物)	\$0 的共付额	\$0 的共付额

<b>D 部分处方药保险范围</b>		<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000</b>
<b>第 2 阶段：初始保障阶段(在您支付免赔额后，若适用)(续)</b>		
<b>邮购分摊费用(100 天量)</b>		
	<b>优选</b>	<b>标准</b>
<b>1 级</b> (优选仿制药)	\$0 的共付额	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>2 级</b> (仿制药)	\$0 的共付额	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>3 级</b> (优选品牌药)	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>4 级</b> (非优选药物)	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65	仿制药：\$0 / \$1.60 / \$5.10 品牌药：\$0 / \$4.90 / \$12.65
<b>5 级</b> (特殊药品层级)限 30 天量	不可用	不可用
<b>6 级</b> (精选护理药物)	\$0 的共付额	\$0 的共付额
<b>第 3 阶段：高额保障阶段</b>		
在此付款阶段，本计划将支付您所承保的 D 部分药物的全部费用。您在日历年的剩余时间内无需支付任何费用。		
	当您每年的自付药物费用(包括通过您的零售药房和邮购购买的药物)达到 \$2,100 时，您将进入此阶段。	

仿制药可能被列在 1 级和 2 级以外的层级上。请查阅本计划的处方集，以确认您的药物具体适用的层级。

分摊费用可能因服务点计划(邮购、零售、长期护理(LTC))、家庭输液、药房是位于我们的优选网络还是标准网络，以及获得的药物天量而有所不同。邮购处方按 35 天或以上的数量配药。

**Medicare 处方药支付计划**

Medicare 处方药支付计划是一种支付选项，可与您当前的药物保险范围配合使用，通过将全年（1 月至 12 月）的药物费用分摊到每月付款中，帮助您管理药物支出。

如需了解有关此付款选项的更多信息，请致电 1-833-750-9969 联系我们。（TTY 请致电 1-800-716-3231。）我们提供全天候（每周 7 天，每天 24 小时）电话服务，或访问 [go.wellcare.com/CA-MPPP](https://go.wellcare.com/CA-MPPP)。

### 其他福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
<p><b>注意：</b> 带有星号 (*) 的服务可能需要事先授权。 带有方框 (■) 的服务可能需要转诊。</p>	
<p>脊椎矫正治疗服务</p> <p>Medicare 承保</p>	<p>\$0 的共付额</p> <p>■ *</p>
<p>针灸</p> <p>Medicare 承保</p>	<p>\$0 的共付额</p> <p>■ *</p>
<p>足病服务 (足部护理)</p> <p>Medicare 承保</p>	<p>\$0 的共付额</p> <p>■ *</p>

## 其他福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
虚拟访视	<p>通过计划的虚拟访视提供者执行的虚拟访视服务的共付额为 \$0。</p> <p>我们的计划提供每天 24 小时、每周 7 天的虚拟访视，您可以咨询众多经认证的医生，让他们帮助您解决各种健康疑虑/问题。承保服务包括一般医疗、行为健康、皮肤病学等。</p> <p>虚拟访视（也称为远程医疗）是指使用智能手机、平板电脑或计算机，通过电话或互联网咨询医生。某些类型的访视可能需要互联网和具有摄像头的设备。</p> <p>有关更多信息，请参阅您的保险证明文件。</p> <p><b>您应该了解的信息：</b></p> <p>上述 \$0 共付额仅适用于从您计划的虚拟访视提供者获得的服务。如果您从网络内医疗服务提供者（但不是您计划的虚拟访视提供者）获得远程医疗服务，则需支付保险证明文件中规定的该类提供者的分摊费用（例如，如果您从 PCP 获得远程医疗服务，则需支付 PCP 的分摊费用）。</p>
社交支持平台	<p>我们的计划为您的整体健康状况提供基于网络和应用程序的支持平台。该平台提供个性化的治疗性自我引导活动和计划，帮助管理压力、焦虑，支持您的情绪和心理健康。</p> <p>参与根据您的需求定制的互动活动、冥想和游戏。该平台还提供加入社交社区的功能。</p> <p>全天候在线提供 - 您可以随时选择使用。</p> <p>有关如何访问社交支持平台的更多信息，请参阅您的保险证明文件。</p> <p>\$0 的共付额</p>
家庭保健机构护理	<p>\$0 的共付额</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■</li> <li>*</li> </ul>

## 其他福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
医疗设备/用品 耐用医疗设备 (DME)	\$0 的共付额 *
假体	\$0 的共付额 *
糖尿病用品	\$0 的共付额 *  有关更多信息、限制和排除事项, 请参阅您的保险证明文件。
糖尿病治疗鞋或鞋垫	\$0 的共付额 *
阿片类药物治疗计划服务	\$0 的共付额 ▪ *
保健和健康管理计划	有关提供的健康管理教育计划福利的详细列表, 请参阅保险证明文件。
24 小时护士咨询热线	\$0 的共付额
年度常规体检	\$0 的共付额  <b>您应该了解的信息:</b> 检查包括详细的病史/家族史, 以及关于预防性筛查/护理的建议。

## 其他福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
<p><b>慢性病特殊补充福利 (SSBCI)</b> 上述福利是慢性病特殊补充福利的一部分。并非所有参保成员都符合资格。除被认定为高风险外，您还必须患有以下一种或多种慢性疾病：癌症、心血管疾病、慢性和致残性心理健康疾病、慢性肺部疾病、糖尿病。还有其他未列出的符合条件的疾病。不能仅根据您的疾病保证您有资格享受此福利。在提供福利之前，必须满足所有适用的资格要求。有关详细信息，请与我们联系或查看计划的保险证明文件。</p>	<p>如果符合条件，您可将 Wellcare Spendables® 额度用于以下额外福利。确定符合条件后，将在 7-10 个工作日内提供这些额外福利。有关 Wellcare Spendables® 卡的详细信息，请参阅本图表中的 Wellcare Spendables® 部分。</p> <p>您的卡额度可用于：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>加油站支付</b> - 您可使用该卡直接在加油机上支付燃油费用。该卡不能用于收银台现场支付。您的卡只能在可用额度范围内使用。</li> <li>• <b>健康食品</b> - 您可使用该卡在参与计划的零售商购买健康食品和农产品。可能提供符合条件的杂货商品的配送选项。可通过在线门户网站订购预制餐餐和农产品盒。</li> <li>• <b>家庭援助和安用物品</b> - 您可以使用您的卡来帮助支付家庭援助和安全用品的费用，包括安装费用。您也可以使用您的卡来帮助支付害虫和昆虫防治费用。请登录参保成员门户网站购买符合条件的物品并查看符合条件的服务。</li> <li>• <b>租赁援助</b> - 您可以使用您的卡来帮助支付您住房的租金/按揭费用。</li> <li>• <b>公共事业费用援助</b> - 您可以使用您的卡来帮助您支付家庭公共事业费用。您的卡可用于支付包括自来水、取暖油和天然气、电力、垃圾处理、有线电视服务（不包括流媒体服务）、固定电话或移动电话、互联网等的费用。</li> </ul>

其他福利

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000	
<b>Wellcare Spendables®</b>	<p>您将<b>每月获得 \$71</b> 的 Wellcare Spendables® 卡预充值额度，用于购买 OTC 物品、牙科、视力和听力服务。未使用的月额度<b>将结转至下月，但在计划年度结束时失效</b>。</p> <p>您的卡额度可用于：</p> <p><b>非处方药 (OTC)</b> - 您的卡可在参与计划的零售商，通过移动应用程序，或通过参保成员门户在线订购并送货上门。承保项目的示例包括品牌药和仿制非处方药、维生素、止痛药、感冒与过敏用品以及糖尿病用品。</p> <p><b>牙科、视力和听力</b> - 您可使用您的卡帮助减少符合条件的牙科、视力和听力服务的自付费用。</p> <p>以下提及的福利是 <b>SSBCI</b> 的一部分。并非所有参保成员都符合资格。您必须满足计划福利的以下资格标准。</p> <p><u>如果您符合资格，您的卡额度也可用于：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 加油站支付</li> <li>• 健康食品</li> <li>• 家庭援助和安全用品</li> <li>• 虫害防治用品和服务</li> <li>• 租金援助</li> <li>• 公共事业费用援助</li> </ul> <p>有关这些福利的更多信息，请参阅本图表中的慢性病特殊补充福利 (SSBCI)。</p> <p>有关更多信息、限制和排除事项，请参阅您的保险证明文件。</p>
<b>California 整合型照护管理 (CICM)</b>	<p>\$0 的共付额</p> <p>基于 CA 2026 DSNP 政策指南中规定的标准，符合条件的参保成员包括以下人群</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 无家可归的成人</li> <li>• 存在可避免的医院或 ED 就诊风险的成人</li> </ul>

## 其他福利

	<b>Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) H3561, 计划 009、000</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 有严重心理健康和/或 SUD 需求的成人</li> <li>• 从监狱释放的成人</li> <li>• 居住在社区中并面临长期护理风险的成人</li> <li>• 从护理机构回到社区的成人</li> <li>• 处于妊娠期或产后且存在种族和民族差异的成人</li> <li>• 确诊患有痴呆症的成人</li> </ul> <p>对于符合 CA 2026 DSNP 政策指南中标准的参保成员，我们将按照 MOC 主动联系并纳入照护管理计划。福利包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 按政策指南进行的面对面接触</li> <li>• 综合评估</li> <li>• 个体化照护计划</li> <li>• 护理协调</li> <li>• 与社区组织的协作和协调</li> <li>• 为痴呆症参保成员分配痴呆症护理专家</li> <li>• 与跨学科护理团队 (ICT) 参保成员进行协调</li> </ul>
<b>My Wellcare Rewards</b>	<p>通过 <b>My Wellcare Rewards</b>，您可在参保成员门户网站完成符合条件的健康活动和门户活动，获得最高 \$100 奖励。</p> <p>奖励将充值至您的 Wellcare Spendables® 卡。</p>

## 针对潜在投保者的全面书面声明

本福利摘要中前面描述的福利由我们的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划承保。对于列出的每项福利，您都可以看到我们的计划承保哪些内容。根据我们的计划，您为承保服务支付的费用可能取决于您的 California Medi-Cal (Medicaid) 资格级别。

**Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划外 Medi-Cal 承保的福利**

您可以获得某些不在 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 承保范围内，但在 Medi-Cal 承保范围内的服务。您可通过 Medi-Cal 管理式照护计划、州级 (Medi-Cal 按服务收费) 或县级机构获得这些服务。这不是完整的列表。拨打我们的计划电话 1-800-431-9007, TTY : 711, 与会员服务代表交谈，以帮助协调 Medi-Cal 福利。营业时间：10 月 1 日至 3 月 31 日期间，代表的服务时间为周一至周日上午 8 点至晚上 8 点，4 月 1 日至 9 月 30 日期间，代表的服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点。

<b>California Medi-Cal (Medicaid)</b>
• 耐用医疗设备
• 交通
• 听力福利
• 眼科福利
• 社区成人服务 (CBAS)
• 专业护理机构服务
• 社区支持
• 牙科服务
• 居家支持服务 (IHSS)
• 县级行为健康服务

• 居家和社区服务 (HCBS) 豁免
• Medi-Cal Rx 承保的处方药
• 专科心理健康服务 (SMHS)
• 物质使用障碍治疗服务

### 隐私声明通知

一旦您成为 Wellcare By Health Net 参保成员，Wellcare By Health Net 将出于治疗、付款、医疗操作以及法律允许或要求的目的，使用和披露参保成员的受保护健康信息和非公开个人财务信息\*。Wellcare By Health Net 向参保成员提供了一份隐私惯例通知，其中描述了其如何使用和披露受保护健康信息；个人访问，请求修改，限制和披露受保护健康信息的权利；以及提交投诉的程序。Wellcare By Health Net 将为您提供批准或拒绝非例行信息披露（如营销）的机会。Wellcare By Health Net 允许参保成员查阅或索取由 Wellcare by Health Net 保存的指定记录集中与其相关的受保护健康信息的副本。Wellcare By Health Net 通过采取合理和适当的安全防护措施，在整个机构内保护口头、书面和电子信息。这些保护措施包括：仅在进行付款、治疗、医疗操作或法律允许或要求时，才允许有必要知情的人员访问个人受保护健康信息。Wellcare By Health Net 的完整隐私惯例通知可在 [go.wellcare.com/HealthNetCA](https://go.wellcare.com/HealthNetCA) 的“Privacy”（隐私）栏目下找到，或者您可以拨打本手册封底的客户联络中心电话获取副本。

\* 非公开个人财务信息包括您为获得健康计划保险而向我们提供的、或我们在向您提供福利时获得的、可识别个人身份的财务信息。示例包括社会保障号码、账户余额和付款记录。除非法律允许，否则我们不会向任何人披露您的任何非公开个人信息。

## 不歧视声明

歧视是违法行为。Wellcare By Health Net 遵守州和联邦的民权法律。Wellcare By Health Net 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Wellcare By Health Net:

- 及时为残障人士提供免费的协助和服务，帮助他们更好地沟通，例如：
  - 合格的手语译员
  - 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 及时为母语非英语者提供免费的语言服务，例如：
  - 合格的口译员
  - 以其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请致电 **1-800-431-9007** 与 Wellcare By Health Net 联系。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期间，您可在周一至周五的上午 8 点至晚上 8 点致电我们。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期间，您可在周一至周五的上午 8 点至晚上 8 点致电我们。在非工作时间、周末和联邦节假日期间，我们将使用留言系统。如果您有听障或语障，请致电 **TTY 711**。应要求，本文件可以盲文、大字体、录音带或电子形式提供给您。若要获取这些替代格式之一的副本，请致电或致函：

### Wellcare By Health Net

**P.O. Box 10420**

**Van Nuys, CA 91410-0420**

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

## 如何提交投诉

如果您认为 Wellcare By Health Net 未能提供这些服务或在性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族群身份、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向方面存在其他非法歧视行为，您可以向 1557 协调员提交投诉。您可以通过电话，或以书面、亲自访问或电子方式提交投诉：

- **电话：**致电 **1-855-577-8234** 联系 Wellcare By Health Net 的 1557 协调员，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点 (ET)；如果您有听障或语障，请致电 **TTY 711**。
- **书面形式：**填写投诉表或写信并寄送到：  
**1557 Coordinator**  
**P.O. Box 31384**  
**Tampa, FL 33631**
- **传真：** **1-866-388-1769**
- **亲自访问：**亲自前往您的医生诊所或 Wellcare By Health Net 并说明您希望提交投诉。
- **电子方式：**访问 Wellcare By Health Net 的网站：**[go.wellcare.com/HealthNetCA](http://go.wellcare.com/HealthNetCA)**。
- **通过电子邮件：** **[SM\\_Section1557Coord@centene.com](mailto:SM_Section1557Coord@centene.com)**

## Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

您还可以通过电话，或以书面或电子方式向 California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights 提交民权投诉：

- **电话：**请致电 1-916-440-7370。如果您有听障或语障，请致电 TTY 711（电信转接服务）。
- **书面形式：**填写投诉表或寄送信函至：

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

您可在下列网址获取投诉表格：[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)。

- **电子方式：**发送电子邮件至 [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。

## Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您也可以通过电话、书面形式或电子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提交民权投诉：

- **电话：**请致电 1-800-368-1019。如果您有听障或语障，请致电 TTY/TDD 1-800-537-7697。

- **书面形式：**填写投诉表或寄送信函至：  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

您可在下列网址获取投诉表格：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

- **电子方式：**访问 Office for Civil Rights 投诉门户网站：  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>。

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: Չանզանահարեք 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。

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.

**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: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸນ 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, hnavg 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.

**ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។**

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.

**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 serbisyong 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.

## 注册前检查列表

在决定注册之前，务必充分了解我们的福利和规则。如有任何疑问，请来电咨询客户服务代表：1-844-480-0680（TTY：711）。营业时间为周日至周六上午 8 点至晚上 8 点。

### 了解福利

- 保险证明文件 (EOC) 提供了所有保险范围和服务的完整列表。在注册之前，务必查看计划保险范围、费用和福利。请访问 [go.wellcare.com/HealthNetCA](http://go.wellcare.com/HealthNetCA) 或致电 1-844-480-0680（TTY：711）查看 EOC 副本。营业时间为周日至周六上午 8 点至晚上 8 点。
- 请查看医疗服务提供者目录（或咨询您的医生），确保您现在就诊的医生在网络中。如果您的医生未在该目录中，则意味着您可能需要选择新的医生。
- 查看药房目录，确保您用于购买任何处方药的药房在网络中。如果目录中未列出相关药房，您可能需要选择到新的药房购买您的处方药。
- 查看处方集，确保您的药物在保险范围内。

### 了解重要规则

- 您必须继续支付您的 Medicare Part B 保费。此保费通常会从您的社会保障支票中按月扣除。
- 福利、保费和/或共付额/共保比例可能在 2027 年 1 月 1 日发生变化。
- 对当前保险的影响。**如果您当前已参加 Medicare Advantage 计划，一旦您的新 Medicare Advantage 保险生效，您当前的 Medicare Advantage 医疗保险将终止。如果您拥有 Tricare，当您的新 Medicare Advantage 保险生效时，您的 Tricare 保险可能会受到影响。请联系 Tricare 获取更多信息。如果您拥有 Medigap 计划，一旦您的 Medicare Advantage 保险生效，您可能希望放弃 Medigap 保单，因为您将无法使用的保险支付费用。如果您拥有 Marketplace 计划，您需要联系 Marketplace 取消该计划。如果您未取消您的 Marketplace 计划，您可能会为无法使用的保险支付费用，并且可能会在下一年度的纳税申报中受到处罚。
- 除急诊或急需情况外，我们不承保网络外医疗服务提供者（未列入医疗服务提供者目录的医生）提供的服务。
- 该计划是双重资格特殊需求计划 (D-SNP)。您能否成功参保，取决于您是否有权同时享有 Medicare 和州 Medicaid 计划的医疗补助。

Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，它是一项 HMO、PPO、PFFS、PDP 计划，与 Medicare 签订了合同，且是经批准的 D 部分赞助商。我们的 D-SNP 计划与州 Medicaid 计划签订了合同。是否能加入我们的计划取决于合同续约情况。

除急诊外，网络外/非签约医疗服务提供者没有义务治疗计划参保成员。请拨打我们的客户服务号码或查看您的保险证明文件以了解更多信息，包括适用于网络外服务的分摊费用。

本页有意留空。

## 联系我们

如需了解更多信息，请联系我们：



### 电话

免费电话：1-844-480-0680（TTY：711）。您的呼叫可能由授权座席应答。



### 营业时间

周日至周六上午 8 点至晚上 8 点



### 线上

[go.wellcare.com/HealthNetCA](https://go.wellcare.com/HealthNetCA)