



2022 혜택 요약서

Georgia

Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)

H1112 | 033

Wellcare Dual Access(HMO D-SNP)

H1112 | 006

당사는 믿고 이용할 수 있는 건강 플랜을 세우는 것이 얼마나 중요한지를 잘 알고 있습니다.

본 책자는 2022년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) 및 Wellcare Dual Access(HMO D-SNP)가 제공하는 의약품 및 건강 서비스에 대한 요약입니다.

이 책자는 당사가 다루는 내용 및 비용 부담 책임에 대한 요약을 제공합니다. 서비스, 제한사항 또는 예외사항 중에서 여기에 포함되지 않은 것도 있습니다. 모든 서비스에 대한 전체 목록은 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)에 있습니다. 당사 웹사이트 www.wellcare.com/medicare 에서 보장 범위 증명서를 확인하실 수 있습니다. 또는 뒤표지에 나와 있는 전화번호로 전화하여 사본을 요청하실 수도 있습니다.

누가 가입할 수 있나요?

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

플랜 및 서비스 지역:

H1112033000 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)에는 Georgia 주의 Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth 카운티가 포함됩니다.

H1112006000 Wellcare Dual Access(HMO D-SNP)에는 Georgia 주의 Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker,

Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth 카운티가 포함됩니다.

Original Medicare의 보장과 비용에 대해 더 자세히 알아보려면 현재 사용 중인 “Medicare와 당신(Medicare & You)” 핸드북을 참조하십시오. 온라인으로 www.medicare.gov 에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔서 사본을 요청하실 수 있습니다. 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

Georgia Medicaid 플랜에도 가입해야 합니다. 보험료, 자기부담금, 공동보험료, 공제액은 받고 계신 Medicaid 자격 카테고리 및/또는 추가 지원의 수준에 따라 다를 수 있습니다. Part B 보험료는 전체 이중 가입자에 대해 Georgia 주에서 지불합니다. 자세한 내용은 플랜 담당자에게 연락하십시오.

이중 자격 이해하기

Medicaid는 연방 정부와 주 정부가 제휴한 프로그램으로서 소득과 재산이 제한적인 사람들을 위해 의료 비용을 지원해 줍니다. Medicaid 혜택은 주에서 Medicare 절약 프로그램(MSP) 보조 수준에 따라 추가 의료 보장 및 재정 지원을 제공하기 때문에 가입자에게 소중한 혜택입니다. Medicaid 보장은 주마다 다르고 가입된 Medicaid의 종류에 따라 다릅니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 레벨에 따라 결정됩니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지원 받기도 합니다. Medicare가 보장하지 않지만 Medicaid가 보장하는 기타 서비스 및 의약품에 대해 보장을 받는 가입자도 있습니다.

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

Medicare Savings 프로그램(MSP) 수준

- **전체 혜택 이중 자격(FBDE):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 자기부담금을 지불해줄 수 있습니다. 적격 가입자는 완전한 Medicaid 혜택도 받습니다.
- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 자기부담금을 지불해 줍니다. (일부 QMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(QMB+)도 받을 수 있습니다.)
- **지정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part B 보험료 비용을 흡수합니다. 일부 SLMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(SLMB+)도 받을 수 있습니다.
- **적격 개인(QI):** Medicaid는 Medicare Part B와 관련된 비용을 지불합니다.
- **적격 장애인 근로자(QDWI):** Medicaid는 Medicare Part A와 관련된 비용을 지불합니다.

일부 MSP 수준은 Medicare 처방약 보장 지원을 위해 자동으로 “추가 지원”을 받을 자격이 있습니다. 일부 주에서는 Part A 및 B 비용 분담을 보장하지 않습니다.

“추가 지원”이란 무엇입니까?

“추가 지원”이라고도 하는 저소득 보조금(LIS)은 보험료, 공제액, 공동보험료 또는 자기부담금 같은 Part D의 본인 부담액 지출에 도움이 될 수 있습니다. 많은 사람들이 “추가 지원” 프로그램 자격이 되지만 그 사실조차 모르고 있습니다. 지원은 가입자의 Medicare Savings 프로그램(MSP) 수준과 이중 자격 상태에 따라 달라질 수도 있습니다.

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

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

건강관리기구(HMO)는 제휴 의료 서비스 제공자 및 시설로 구성된 네트워크와 더불어 보험 제공자가 제공하는 건강 플랜입니다. 일반적으로 HMO에서 가입자는 진료를 조정할 주치의(PCP)를 선택해야 하며 전문의가 필요할 경우 PCP는 당사의 네트워크에 소속된 사람을 선택합니다.

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

당사의 플랜에는 처방약 보장 및 당사의 대규모 약국 네트워크 이용도 포함됩니다. 저희 플랜은 처방집을 사용합니다. 당사 의약품 플랜은 Medicare 수혜자를 위해 특별히 설계되었으며 저렴한 복제약 및 브랜드 약의 포괄적인 선택을 포함합니다.

어떤 의사, 병원 및 약국을 이용할 수 있나요? Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) 및 Wellcare Dual Access(HMO D-SNP)는 의사, 병원, 약국 및 기타 공급자로 구성된 네트워크를 보유하고 있습니다. 우선적 우편 주문 약국 및 플랜의 네트워크에 있는 서비스 제공자를 이용하면 비용을 절감할 수 있습니다. 일부 플랜에서는 네트워크에 포함되지 않은 서비스 제공자를 이용할 경우, 보장 서비스에 대해 가입자의 부담분이 더 높아질 수도 있습니다.

당사 웹사이트 www.wellcare.com/medicare 에서 플랜의 서비스 제공자 및 약국 명부와 처방약이 보장되는 플랜의 경우 전체 플랜 처방집(Part D 처방약 목록)을 확인하실 수 있습니다.

자세한 내용은 1-844-917-0175번으로 전화해 주십시오(TTY 사용자는 711번으로 연락하시기 바랍니다). 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. www.wellcare.com/medicare 를 방문해 주십시오.

저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
서비스 지역	<p>플랜 및 서비스 지역: H1112033000 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)에는 Georgia 주의 Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth 카운티가 포함됩니다.</p> <p>H1112006000 Wellcare Dual Access(HMO D-SNP)에는 Georgia 주의 Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Burke, Butts, Camden, Candler, Carroll, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon,</p>	

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
	Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson 및 Worth 카운티가 포함됩니다.	
Special Needs 플랜 적격 기준	H1112033000에는(FBDE, QMB+, SLMB+)가 포함되고, H1112006000에는(FBDE, QMB, QMB+, SLMB+)가 포함됩니다. 본 문서 서두의 “Medicare Savings Program(MSP) Levels”을 참고하십시오	
보험료, 자기부담금, 공동보험료, 공제액은 받고 계신 Medicaid 자격 카테고리 및/또는 추가 지원의 수준에 따라 다를 수		
월 플랜 보험료 Medicaid 또는 다른 제3자가 보험료를 납부하지 않는다면 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속하여 납부하여야 합니다.	\$0	\$0
공제액	공제액 없음	공제액 없음

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
가입자 부담 최대한도액 (처방약은 포함되지 않음)	연간 \$3,000 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다.	연간 \$3,000 이는 해당 연도에 Part A 및 B 서비스에 대해 자기부담금 및 공동보험료로 납부할 수 있는 최대 금액입니다.
입원환자 병원 보장	1~90일: 입원당 \$0의 자기부담금 *	1~90일: 입원당 \$0의 자기부담금 *
외래환자 병원 보장 외래환자 병원 서비스	수술 및 비수술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금 *	수술 및 비수술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금 *
외래환자 병원 관찰 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
외래 수술 센터(ASC)	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
의사 방문		
주치의	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
전문의	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
예방 진료 (예: 연례 건강 검진, 골밀도 측정, 유방암 검사(유방조영상), 심혈관 검사, 자궁경부암과 질암 검사, 대장암 검사, 당뇨 검사, B형 간염 바이러스 검사, 전립선암 검사(PSA), 백신(독감 예방접종, B형 간염 주사, 폐렴구균 주사 포함))	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
응급 진료	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
전 세계 응급 진료 보장	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다. 응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
긴급 진료 서비스	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
전 세계 긴급 진료 보장	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스에는 최대 \$50,000 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스에는 최대 \$50,000 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
진단 서비스/검사실/영상	어디서든 COVID-19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 \$0입니다.	어디서든 COVID-19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 \$0입니다.
검사실 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
진단 검사 및 절차	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
외래환자 엑스레이	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
진단 방사선 서비스(예: MRI, CAT 스캔)	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
치료 방사선	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
청각 진료 서비스		
청력 검사 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
정기 청력 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사
보청기 보청기 피팅/평가 보청기 보조금 모든 유형	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 피팅/평가 보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$3,000의 보조금이 지급됩니다. \$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 피팅/평가 보청기 양쪽 귀를 합하여 매년 최대 \$3,000의 보조금이 지급됩니다. \$0의 자기부담금 * 매년 2개 보청기로 제한됨
추가 청력 정보	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
치과 서비스		
예방 서비스	\$0의 자기부담금 * 매년 2회 스케일링 12~36개월마다 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진	\$0의 자기부담금 * 매년 2회 스케일링 12~36개월마다 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진
불소 처치	\$0의 자기부담금 * 매년 1회	\$0의 자기부담금 * 매년 1회
종합 서비스		
Medicare 보장	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다 *	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다 *
진단 서비스	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 진단 서비스	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 진단 서비스
수복 서비스	\$0의 자기부담금 * 12~84개월마다 1회 수복 서비스	\$0의 자기부담금 * 12~84개월마다 1회 수복 서비스가 적용됩니다.

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
근관/치주학/발치	\$0의 자기부담금* 치아당 1회 근관 치료 서비스 6~36개월마다 1회 치주학 서비스 치아당 1회 발치	\$0의 자기부담금* 치아당 1회 근관 치료 서비스 6~36개월마다 1회 치주학 서비스 치아당 1회 발치
비정기 서비스	\$0의 자기부담금* 60개월까지 매일 1회 비정기 서비스	\$0의 자기부담금* 60개월까지 매일 1회 비정기 서비스
보철술, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스	\$0의 자기부담금* 12~84개월마다 1회 치과보철 시술 12~60개월마다 또는 평생 1회 구강악안면 시술 6~60개월마다 1회 비임플란트 코드, 평생 1회 임플란트, 84개월마다 1회 임플란트 치관	\$0의 자기부담금* 12~84개월마다 1회 치과보철 시술 12~60개월마다 또는 평생 1회 구강악안면 시술 6~60개월마다 1회 기타 서비스
추가 치과 정보		기억해야 할 사항 이 플랜에는 최대 \$3,000의 예방 및 종합 서비스 보장이 포함됩니다.

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
안과 서비스 안과 검사 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 (Medicare에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$0의 자기부담금(기타 모든 기타 모든 안과 검사) *	\$0의 자기부담금 (Medicare에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$0의 자기부담금 (Medicare에서 보장하는 기타 모든 안과 검사) *
정기 안과 검사(굴절)	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사	\$0의 자기부담금 * 매년 1회 검사
녹내장 검사	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다.	Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다.
안경류 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
일상적인 안경류 콘택트 렌즈/안경(렌즈 및 안경테)/안경테	\$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경(렌즈 및/또는 안경테) *	\$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경(렌즈 및/또는 안경테) *
안경류 보조금	매년 최대 \$500의 총보조금.	매년 최대 \$400의 총보조금
정신 건강 서비스 입원환자 방문	1~90일: 입원당 \$0의 자기부담금 *	1~90일: 입원당 \$0의 자기부담금 *
외래환자 개인 치료 방문	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
외래환자 그룹 치료 방문:	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
전문 간호 시설(SNF)	1~100일: 입원당 \$0의 자기부담금 *	1~100일: 입원당 \$0의 자기부담금 *
치료 및 재활 서비스		
물리 치료	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
작업 치료사가 제공하는 외래 재활 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
폐 재활 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
구급차		
지상 구급차	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
항공 구급차	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
교통편 서비스	<p>플랜에서 승인한 건강 관련 위치까지 정기 교통편 무제한</p> <p>\$0의 자기부담금(편도 교통편당) *</p> <p>기억해야 할 사항: 건강을 유지하기 위한 첫 번째 단계는 의사와 연락을 유지하는 것입니다. 그래서 저희는 플랜의 승인된 의료 서비스 제공자를 방문하는 경우, 공유 교통편 이용을 보장하고 있습니다. 가입자가 필요할 때 원하는 치료를 계속해서 받을 수 있도록 지원하겠습니다. 72시간 전에 고객 서비스부에 전화하여 차량을 예약하십시오. 주행 거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p>	<p>플랜이 승인한 건강 관련 지역에 대한 매년 최대 48회의 편도 교통편. 주행거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p> <p>\$0의 자기부담금(편도 교통편당) *</p> <p>기억해야 할 사항: 건강을 유지하기 위한 첫 번째 단계는 의사와 연락을 유지하는 것입니다. 그래서 저희는 플랜의 승인된 의료 서비스 제공자를 방문하는 경우, 공유 교통편 이용을 보장하고 있습니다. 가입자가 필요할 때 원하는 치료를 계속해서 받을 수 있도록 지원하겠습니다. 72시간 전에 고객 서비스부에 전화하여 차량을 예약하십시오. 주행 거리 제한이 적용될 수 있습니다.</p>
Medicare Part B 의약품		
화학요법 의약품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
기타 Part B 의약품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

처방약 보장	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
1단계: 연간 처방 공제액		
공제액	이 플랜에는 Part D 보장 의약품에 대한 공제액이 없으며, 이 지불 단계는 적용되지 않습니다.	이 플랜에는 Part D 보장 의약품에 대한 공제액이 없으며, 이 지불 단계는 적용되지 않습니다.
2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)		
가입자는 총 연간 약 비용이 \$4,430에 도달할 때까지 다음을 지불합니다. 가입자의 비용 분담은 “추가 지원”의 레벨에 따라 다릅니다. 총 연간 약 비용은 가입자 및 당사의 D 플랜이 지불하는 총 약 비용입니다.		
표준 소매 비용 분담(30일/90일분)		
	표준	표준
범주 1 (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
범주 2 (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%
범주 3 (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%
범주 4 (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%

처방약 보장	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
	표준	표준
<p>범주 5 (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15% 30일분으로 제한</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15% 30일분으로 제한</p>
<p>범주 6 (선별된 케어 의약품에는 특정 만성 질환을 치료하거나 질병을 예방(백신)하는데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%</p>	<p>복제약: \$0/\$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/\$4.00/\$9.85/15%</p>

처방약 보장	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006		
2단계: 초기 보장(해당되는 경우 공제액을 지불한 후)(계속)				
우편 주문 비용 분담(30일/90일분)				
	우선	표준	우선	표준
범주 1 (우선 복제약에는 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
범주 2 (복제약에는 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%
범주 3 (우선 브랜드 약에는 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약이 포함될 수 있습니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%
범주 4 (비우선 약에는 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%

처방약 보장	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033		Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006	
	우선	표준	우선	표준
범주 5 (특수 범주에는 고비용 브랜드 및 복제약이 포함됩니다. 이 범주의 의약품은 더 낮은 범주에서 지급 예외 대상이 아닙니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15% 30일분으로 제한	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15% 30일분으로 제한	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15% 30일분으로 제한	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15% 30일분으로 제한
범주 6 (선별된 케어 의약품에는 특정 만성 질환을 치료하거나 질병을 예방(백신)하는 데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%	복제약: \$0/ \$1.35/\$3.95/15% 브랜드: \$0/ \$4.00/\$9.85/15%
3단계: 보장 갭				
	총 의약품 비용(플랜에서 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달하면, 귀하의 "추가 지원" 비용 부담분 또는 보장 갭 동안 모든 의약품 단계에서 복제약에 대해 25%의 공동보험료, 브랜드 약에 대해 25%의 공동보험료 이상을 지불하지 않습니다.		총 의약품 비용(플랜에서 지불한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달하면, 귀하의 "추가 지원" 비용 부담분 또는 보장 갭 동안 모든 의약품 단계에서 복제약에 대해 25%의 공동보험료, 브랜드 약에 대해 25%의 공동보험료 이상을 지불하지 않습니다.	
4단계: 재난적 보장				
	연간 약 본인 부담액(플랜이 지급한 금액은 포함되지 않지만 소매 약국 및 우편 주문을 통해 구입한 약 포함)이 \$7,050에 도달한 후에는 가입자의 "추가 지원" 수준에 따라 아무런 비용도 지불하지 않아도 되며, 또는 <ul style="list-style-type: none"> • 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 \$3.95의 자기부담금, 또는 • 다른 모든 의약품에 대해 \$9.85의 자기부담금을 지불합니다. 		연간 약 본인 부담액(플랜이 지급한 금액은 포함되지 않지만 소매 약국 및 우편 주문을 통해 구입한 약 포함)이 \$7,050에 도달한 후에는 가입자의 "추가 지원" 수준에 따라 아무런 비용도 지불하지 않아도 되며, 또는 <ul style="list-style-type: none"> • 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 \$3.95의 자기부담금, 또는 • 다른 모든 의약품에 대해 \$9.85의 자기부담금을 지불합니다.. 	

비용 부담은 Point-of-Service (POS)(우편 주문, 소매, 장기 치료(LTC)), 자가 투여, 약국이 우선적 네트워크에 속하는지 또는 표준 네트워크에 속하는지 또는 처방이 단기(30일분) 또는 장기(90일분)인지 여부에 따라 다를 수 있습니다.

제외 의약품:

본 플랜은 특정 제외 약에 대한 강화된 의약품 보장을 포함합니다. 범주 1의 복제약 Sildenafil 및 Vardenafil만 30일마다 6정으로 수량 제한이 있습니다.

본 의약품은 Medicare의 Part D 보장에서 제외되기 때문에 추가 지원으로 보장되지 않습니다. 또한, 본 의품을 조제할 때 지불한 금액은 재해성 보장 단계의 자격을 얻는 데 합산되지 않습니다.

약 보장에 관한 자세한 내용은 처방집 및 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

추가 혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
지압요법 서비스 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
정기 지압요법 서비스	\$0의 자기부담금 * 매년 12회 방문	\$0의 자기부담금 * 매년 12회 방문
침술 Medicare 보장	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
정기 침술 서비스	\$0의 자기부담금 매년 12회 방문으로 제한됨.	\$0의 자기부담금 매년 12회 방문으로 제한됨.
족부 치료 서비스(발 진료) Medicare 보장	\$0의 자기부담금 * 기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.	\$0의 자기부담금 * 기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사와 치료가 가능합니다.
가상 방문	당사 플랜은 Teladoc를 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 줍니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 가상 방문(원격 진료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화나 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 지원 장치가 필요할 수 있습니다.	
가정 건강 기관의 진료	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

추가 혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
식사		
급성 질환 치료 후 식사	<p>급성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <p>기억해야 할 사항:</p> <p>입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 급성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.</p>	<p>급성 질환 치료 후 식사마다 \$0의 자기부담금</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <p>기억해야 할 사항:</p> <p>입원환자 입원 직후 최대 14일까지 일일 최대 3회의 식사를 제공하여 회복을 돕는 급성 질환 치료 후 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다.</p>
만성 질환 치료 후 식사	<p>만성 질환 식사마다 \$0의 자기부담금</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <p>기억해야 할 사항:</p> <p>만성 질환을 가진 가입자가 생활 습관 전환을 할 수 있게 돕는 관리 프로그램의 일환으로 배달되는 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다. 가입자는 하루 3회의 식사를, 최대 28일간, 한 달에 최대 84회까지 제공받습니다. 본 혜택은 최대 3개월까지 받을 수 있습니다.</p>	<p>만성 질환 식사마다 \$0의 자기부담금</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <p>기억해야 할 사항:</p> <p>만성 질환을 가진 가입자가 생활 습관 전환을 할 수 있게 돕는 관리 프로그램의 일환으로 배달되는 식사에 대해 가입자는 비용을 지불하지 않습니다. 가입자는 하루 3회의 식사를, 최대 28일간, 한 달에 최대 84회까지 제공받습니다. 본 혜택은 최대 3개월까지 받을 수 있습니다.</p>
의료 장비/용품		
내구성 의료 장비(DME)	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
보철	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

추가 혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
당뇨병 용품	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
당뇨병 치료용 신발 또는 인서트	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
Opioid Treatment 프로그램 서비스	\$0의 자기부담금 *	\$0의 자기부담금 *
일반의약품(OTC) 품목	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$485임 기억해야 할 사항: 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달시킬 수 있습니다.	\$0의 자기부담금 최대 총 혜택은 3개월마다 \$420임 기억해야 할 사항: 가입자는 참가 지역이나 플랜의 카탈로그를 통해 적격 품목을 구매하여 가정으로 배달시킬 수 있습니다.
웰니스 프로그램	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.
피트니스	\$0의 자기부담금 보장에는 활동 추적기 및 신체 단련이 포함됨	\$0의 자기부담금 보장에는 활동 추적기 및 신체 단련이 포함됨

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(▪)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

추가 혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
	<p>기억해야 할 사항: 이 혜택은 참여하는 헬스클럽이나 피트니스 센터에서의 연간 멤버십에 적용됩니다. 참여하는 피트니스 센터 부근에 살지 않고/않거나 가정에서 운동하는 것을 선호하는 가입자는 이용 가능한 운동 프로그램을 선택하면 무료로 집으로 배송해 드립니다. Fitbit 또는 Garmin 피트니스 추적기는 홈 피트니스 키트의 일부로 선택할 수 있습니다.</p>	<p>기억해야 할 사항: 이 혜택은 참여하는 헬스클럽이나 피트니스 센터에서의 연간 멤버십에 적용됩니다. 참여하는 피트니스 센터 부근에 살지 않고/않거나 가정에서 운동하는 것을 선호하는 가입자는 이용 가능한 운동 프로그램을 선택하면 무료로 집으로 배송해 드립니다. Fitbit 또는 Garmin 피트니스 추적기는 홈 피트니스 키트의 일부로 선택할 수 있습니다.</p>
추가 흡연 및 금연 상담 세션	\$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨	\$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨
24시간 간호사 상담 라인	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
개인 응급 의료 대응 장치(PERS)	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금
<p>만성 질환에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI) 이러한 혜택을 받을 자격을 갖추려면 적격한 만성 질환이 있고 고위험 치료 관리에 적합하다고 판단되는 등 구체적인 기준을 충족시켜야 합니다. 자격 기준의 전체 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>	<p>식료품 배송: \$0의 자기부담금 지불 플랜은 플랜이 승인한 식료품에 사용할 수 있도록 매월 최대 \$50까지 보장합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>도우미 로봇: \$0의 자기부담금 계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다.</p>	<p>식료품 배송: \$0의 자기부담금 지불 플랜은 플랜이 승인한 식료품에 사용할 수 있도록 매월 최대 \$50까지 보장합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>도우미 로봇: \$0의 자기부담금 계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다.</p>

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

추가 혜택

	Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP) H1112, 플랜 033	Wellcare Dual Access(HMO D-SNP) H1112, 플랜 006
	<p>제한이 적용됩니다.</p> <p>유틸리티 플렉스 카드: \$0의 자기부담금 지불 플랜은 가정의 공공요금을 충당하기 위해 매월 최대 \$50까지 보장합니다. 제한이 적용됩니다.</p> <p>진료소견서가 필요할 수 있습니다. *</p>	<p>제한이 적용됩니다.</p> <p>진료소견서가 필요할 수 있습니다. *</p>
Flex 카드	<p>연간 \$1,500의 혜택</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>Flex Card 혜택은 카드 소지자를 받는 치과, 안과 또는 청력 서비스 제공자에 내야 하는 가입자 부담액을 감면하기 위해 사용할 수 있는 직불 카드입니다.</p>	<p>연간 \$1,000의 혜택</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>Flex Card 혜택은 카드 소지자를 받는 치과, 안과 또는 청력 서비스 제공자에 내야 하는 가입자 부담액을 감면하기 위해 사용할 수 있는 직불 카드입니다.</p>
가정 지원 서비스	<p>가정 지원 서비스 방문당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 매년 최대 24회 방문</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>임상학적 특정 기준에 부합할 경우, 집안일 서비스를 받을 수 있습니다. 면허를 가진 임상의 또는 플랜 서비스 제공자가 서비스를 권장하거나 요청해야 합니다. 서비스는 2시간 단위로 제공됩니다.</p>	<p>가정 지원 서비스 방문당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 매년 최대 12회 방문</p> <p>기억해야 할 사항:</p> <p>임상학적 특정 기준에 부합할 경우, 집안일 서비스를 받을 수 있습니다. 면허를 가진 임상의 또는 플랜 서비스 제공자가 서비스를 권장하거나 요청해야 합니다. 서비스는 2시간 단위로 제공됩니다.</p>

별표(*)가 있는 서비스는 사전 승인이 필요할 수 있습니다.
 사각형(■)으로 표시된 서비스는 진료소견서가 필요할 수 있음을 의미합니다.

예비 가입자를 위한 종합 서면 진술서

혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택은 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)에서 보장합니다. 열거된 각 혜택에서 플랜이 보장하는 내용을 확인하실 수 있습니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 레벨에 따라 결정됩니다. 이 혜택 요약서에 설명된 혜택의 보장은 가입자의 Medicaid 자격 수준에 따라 달라집니다. Medicaid 자격 수준에 관계없이 Wellcare Dual Liberty(HMO D-SNP)는 혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택을 보장합니다. Medicaid 자격과 받을 수 있는 혜택에 대해 질문이 있으시면, 수신자 부담 전화 1-404-657-5468(TTY: 711)로 Georgia Medicaid에 문의하십시오.

Medicaid 혜택에 대한 정보 출처는 <https://medicaid.georgia.gov/> 입니다. 모든 Medicaid 보장 서비스는 언제든지 변경될 수 있습니다. 최신 Georgia Medicaid 보장 정보에 대해서는 <https://medicaid.georgia.gov/> 를 방문하거나 가입자 서비스부에 전화하여 지원을 받으시길 바랍니다. Georgia Medicaid 혜택에 대한 자세한 설명은 <https://medicaid.georgia.gov/> 의 Georgia 서비스 요약서에서 온라인으로 확인하실 수 있습니다.

Georgia Medicaid 혜택 요약*	
*이 혜택 요약서는 2020년 6월 30일 현재 적용 중이며 DHC에서 변경될 수 있습니다.	참고: 자기부담금 열의 숫자는 이 표 다음 섹션을 참조하십시오.
혜택	자기부담금¹
의사 및 간호사 진료실 방문(건강 검진, 검사실 검사, 검사 또는 치료 목적으로 의사 또는 간호사 방문 시)	\$0의 자기부담금
출산 후 간호사의 가정 방문	\$0의 자기부담금
간호 시설(요양원)	\$0의 자기부담금
소아 대상 치아 예방진료, 치과 충전 및 구강 수술	\$0의 자기부담금
성인 대상 치과 특정 응급 진료	\$0의 자기부담금
비용급 수송 차량(병원 진료일 방문 및 귀가)	\$0의 자기부담금
검사. 예방접종(주사) 및 아동을 위한 치료	\$0의 자기부담금

혜택	자기부담금 ¹
소아 대상 청각 진료 서비스	\$0의 자기부담금
정신 건강 임상 서비스	\$0의 자기부담금
간호-조산원 및 개업 간호사 서비스	\$0의 자기부담금
심리 상담 서비스(21세 미만 대상)	\$0의 자기부담금
출산 과정 교육	\$0의 자기부담금
분만 센터 서비스	\$0의 자기부담금
말기 신장(콩팥) 질환에 대한 투석 및 서비스	\$0의 자기부담금
안과 서비스	\$0의 자기부담금 ²
의사가 가정용으로 처방한 내구성 의료 장비, 의료장비 및 기구(예: 휠체어, 목발 또는 보행 보조기)	\$0의 자기부담금 ³
의사의 지시로 가정에서 받는 가정 건강 서비스(예: 시간제 간호, 물리 치료 또는 가정 건강 도우미)	\$0의 자기부담금 ⁴
밤새 병원 입원하지 않더라도 병원에서 받는 외래환자 병원 서비스	\$0의 자기부담금 ⁵

혜택 카테고리	자기부담금 ¹
입원환자 병원 서비스(숙식 제공, 의약품, 검사실 검사 및 병원에 입원해야 하는 경우의 기타 서비스)	\$0의 자기부담금 ⁶
처방약	\$0의 자기부담금 ⁷
교정 및 보철(인공수족 및 대체 장치)	\$0의 자기부담금 ⁸

자기부담금 적용대상

1. 다음 서비스에는 자기부담금이 적용되지 않습니다.

- 신장 투석
- 응급 서비스,
- 가족 계획 서비스(의학적 진단과 함께 청구해야 함)
- 2018년 7월 1일 의사 서비스 매뉴얼 Q-2
- 면제 서비스

2. 안과 서비스:

의료 지원 부서는 42 C.F.R. §447.54에 설명된 바와 같이 의사 또는 의사의 보조자가 사용하는 안과 서비스 절차 코드(92002-92014)를 포함한 모든 평가 및 관리 절차 코드(99201-99499)에 대하여 단계별 가입자 자기부담금 범위를 구현했습니다.

당사자 자기부담금 표는 다음과 같습니다:

주정부 지급 서비스	수급자에 부과되는 최대 자기부담금
\$10.00 이하	\$0.50
\$10.01 ~ \$25.00	\$1.00
\$25.01 ~ \$50.00	\$2.00
\$50.01 이상	\$3.00

3. 내구성 의료 장비 (“DME”)

21세 이상 가입자 대상이며, DME 공급 절차 코드(“A” 코드)를 제외한 NU 개조변경이 있는 모든 DME 서비스에 \$3.00의 자기부담금이 적용됩니다.

절차 코드, E0441 및 E0442는 자기부담금이 면제됩니다. \$3.00의 자기부담금이 다음의 대어절차 코드에 적용됩니다. E1390 RR, E1391 RR, E0424 RR, E0431 RR, E0434 RR, E0439 RR, E0439 QE, E0439 QF, E0465 RR, E0466 RR, E0470 RR 및 E0784 RR. \$1.00의 자기부담금이 RR 개조변경이 있는 모든 기타 절차 코드에 적용됩니다.

4. 가정 건강 서비스

\$3의 자기부담금이 각 가정 건강 방문당 적용됩니다. 다음 가입자에게는 자기부담금이 적용되지 않습니다:

- 임산부
- 21세 미만 가입자
- 호스피스 서비스 가입자
- 유방암 또는 자궁경부암 진단을 받고 여성 건강 Medicaid 프로그램, 보조 단계 245 및 800에 따라 Medicaid를 받고 있는 여성. 본 사항은 시행된 모든 서비스에 적용됩니다.

5. 병원 외래환자 서비스

\$3의 가입자 자기부담금이 모든 비응급 외래환자 병원 방문에 적용됩니다. 다음 가입자에게는 자기부담금이 적용되지 않습니다.

- 임산부
- 21세 미만 가입자
- 간호 시설 가입자
- 유방암 및 자궁경부암 진단을 받고 유방암 및 자궁경부암(BCC) 프로그램 또는 추정 적격성 보조 단계 245 및 800에 따라 Medicaid를 받고 여성은 자기부담금 대상이 아닙니다.
- 호스피스 간호 참여자

Medicare와 Medicaid 보장을 모두 수급받는 사람은 자기부담금 적용 대상이 아닙니다.

6. 병원 입원환자 서비스.

\$12.50의 자기부담금이 비응급 입원환자 병원 입원 시 적용됩니다.

7. 약국 서비스

\$0.50의 자기부담금이 다음과 같이 약국에서 사의 조제하는 우선 복제약 또는 우선 브랜드 약 각각에 대해 적용됩니다.

분류	자기부담금
우선 복제약	\$0.50
우선 브랜드 약	\$0.50
비우선 브랜드 약 또는 비우선 복제약	Under \$10.00 = \$0.50 \$10.01-\$25.00 = \$1.00 \$25.01-\$50.00 = \$2.00 \$50.01 or more = \$3.00

다음 가입자에는 이러한 자기부담금이 적용되지 않습니다:

- 임산부
- 21세 미만의 가입자
- 자활능력 결여자
- 호스피스 서비스 가입자
- 유방암 및 자궁경부암 적격성 그룹에 가입된 가입자

응급 서비스와 가족 계획 서비스 또한 본 자기부담금이 면제됩니다.

8. 의료보장구 서비스.

\$3.00의 자기부담금이 교정 및 보철 서비스(주요 부품 코드 또는 “기본” 코드)에 적용됩니다.

다음 가입자에게는 자기부담금이 적용되지 않습니다:

- 임산부
- 21세 미만 가입자
- 간호 시설 거주자
- 호스피스 서비스 가입자
- 유방암 또는 자궁경부암 진단을 받고 BCC 면제 또는 추정 적격성(보조 단계 245 및 800만 해당)에 따라 Medicaid를 받고 있는 여성

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711).

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 1-877-374-4056 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagan ti 1-877-374-4056 (TTY: 711).

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Sāmoa, gagana 'au'aunaga fesoasoani, fai fua leai se totogi, o lo'o avanoa ia te 'oe. Vala'au le 1-877-374-4056 (TTY: 711).

Maliu: Inā 'ōlelo Hawai'i 'oe, he lawelawe māhele 'ōlelo, manuahi, i lako iā 'oe. E kelepona iā 1-877-374-4056 (TTY: 711).

가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규칙을 충분히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있는 경우 1-844-917-0175(TTY: 711)로 전화하여 고객 서비스부 담당자에게 문의할 수 있습니다. 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.

혜택 이해

- 보장 범위 증명서(EOC)에서 혜택의 전체 목록을 검토해 주십시오. 정기적으로 의사의 진찰을 받는 경우라면 특히 해당 서비스를 자세히 검토하시는 것이 좋습니다. EOC 사본을 보려면 www.wellcare.com/medicare 를 방문하거나 1-844-917-0175(TTY: 711)번으로 전화하십시오.
- 서비스 제공자 명부를 검토하여(또는 의사에게 문의) 현재 진찰을 받고 있는 의사가 네트워크 소속인지 확인하십시오. 해당 의사가 명부에 없으면 새로운 의사를 선택해야 할 수 있습니다.
- 처방약 조제를 위해 이용하는 약국이 네트워크 소속인지 확인하려면 약국 명부를 검토해 주십시오. 해당 약국이 명부에 없으면 처방을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 수 있습니다.

중요한 규칙 이해

- **플랜 보험료가 있는 플랜의 경우(플랜 보험료가 없는 플랜에는 적용되지 않음):** 월 플랜 보험료와 함께 계속해서 Medicare Part B 보험료를 납부해야 합니다. 이 보험료는 보통 매달 사회보장국 수표에서 지불됩니다.
- 혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험료는 2023년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- **HMO 플랜에만 해당:** 응급 또는 긴급 상황을 제외하고 당사는 네트워크 비소속 서비스 제공자(서비스 제공자 명부에 나와 있지 않은 의사)의 서비스는 보장하지 않습니다.
- **PPO 및 PFFS 플랜에만 해당:** 당사의 플랜을 사용하면 네트워크 비소속 서비스 제공자(비계약 서비스 제공자)를 볼 수 있습니다. 비계약 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대해 당사가 비용을 지불하지만, 서비스 제공자가 귀하의 치료에 동의해야 합니다. 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고, 비계약 서비스 제공자는 치료를 거부할 수 있습니다. 또한 비계약 서비스 제공자로부터 받은 서비스에 대해 귀하는 더 높은 자기부담금을 지불하게 됩니다.
- **C-SNP 플랜에만 해당:** 이 플랜은 Chronic Condition Special Needs 플랜(C-SNP)입니다. 자격에 해당하는 특정 중증 또는 만성 질환을 갖고 있는 것이 확인되면 가입할 수 있습니다.
- **D-SNP 플랜에만 해당:** 이 플랜은 Dual-Eligible Special Needs 플랜(D-SNP)입니다. Medicare 및 Medicaid 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있다는 것이 확인되면 가입할 수 있습니다. D-SNP는 특정 Medicaid 자격 카테고리에 대한 제한을 가하는 경우 추가 정보를 제공할 수 있습니다.

연락 정보

자세한 내용은 다음 연락처로 문의해 주십시오:

전화

수신자 부담 전화 1-844-917-0175(TTY 711) 면허를 가진 에이전트가 전화에 응대합니다.

영업 시간

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.

온라인 www.wellcare.com/medicare

당사는 모든 단계에서 가입자 여러분을 지원해 드립니다.

Centene, Inc.는 Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이자 승인된 Part D 후원기관입니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.

Medicare_{Rx}
Prescription Drug Coverage