



2025 년 혜택 요약

Hawaii

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)

H2491 | 004

믿을 수 있는 의료 보험을 보유하는 것이 얼마나 중요한지 잘 알고 있습니다.

이 문서는 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)에서 2025년 1월 1일부터 2025년 12월 31일까지 보장하는 의약품 및 건강 서비스의 요약본입니다.

이 책자는 당사의 보장 내용과 비용 분담 책임에 대한 요약본을 제공합니다. 일부 서비스, 제한 사항 또는 예외 사항은 여기에 포함되어 있지 않습니다. 전체 서비스 목록은 보장 범위 증명서(EOC)에서 확인할 수 있습니다. 보장 범위 증명서는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에서 확인하실 수 있습니다. 사본을 요청하려면 1-800-225-8017 (TTY 711)번으로 전화하십시오. 운영 시간은 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다.

누가 가입할 수 있습니까?

이 플랜에 가입하시려면 Medicare Part A 자격이 있어야 하고, Medicare Part B에 가입되어 있으며 당사의 서비스 지역에 거주해야 합니다. Hawaii Med-QUEST Division 프로그램 (Medicaid) 또는 다른 제3자가 보험료를 납부하지 않는다면 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속하여 납부해야 합니다. 자격이 되려면 귀하는 미국 시민이거나 미국에서 합법적으로 거주해야 합니다. Medicare 및 Medicaid의 전체 Medicaid 혜택 비용 분담 지원 자격이 있어야 합니다.

당사는 의학적으로 필요한 경우 이 문서 및 보장 범위 증명서에 있는 서비스와 항목을 보장합니다.

당사의 서비스 지역에 포함되는 하와이의 카운티: Hawaii, Honolulu, Kauai 및 Maui.

Original Medicare의 보장 범위와 비용에 대해 자세히 알아보려면 현재 “Medicare와 가입자” (Medicare & You) 안내서를 참조하십시오. 이 안내서는 www.medicare.gov에서 온라인으로 보거나 주 7일, 하루 24시간 이용하실 수 있는 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번에 전화하여 사본을 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번을 이용해 주십시오.

건강 관리 기구(HMO)는 계약된 의료 서비스 제공자 및 시설로 구성된 네트워크를 갖춘 보험 제공자가 제공하는 의료 플랜입니다. 일반적으로 HMO에서 가입자는 진료를 조정할 1차 의료 제공자(PCP)를 선택해야 하며, 전문의가 필요할 경우 PCP는 당사의 네트워크에 소속된 전문의 중 한 명을 선택합니다.

건강 관리 기관 서비스 포인트 (HMO-POS) 플랜은 Point-of-Service (POS) 혜택이 있는 HMO 보험입니다. POS 혜택은 이 문서의 “혜택” 섹션에 설명된 바와 같이 가입자가 네트워크 외부 제공자로부터 정기적인 치과 서비스를 받을 수 있도록 합니다. 네트워크 외부 공급자를 이용하는 경우 본인 부담 비용이 더 높을 수 있습니다. POS 혜택은 네트워크 외 서비스를 이용하기 위한 의뢰서가 필요하지 않습니다. 다만, 네트워크 외부 서비스를 받기 전에

당사가 해당 서비스를 보장하는지 확인하는 것이 좋습니다. 나중에 당사에서 해당 서비스가 보장되지 않는다고 판단하는 경우, 보장이 거부될 수 있으며 비용은 본인이 부담해야 합니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 부담 등 자세한 정보는 가입자 서비스 전화번호로 문의하시거나 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

가입자는 당사의 플랜을 통해 해당 지역에 있는 숙련된 의료 서비스 제공자의 네트워크를 이용할 수 있습니다. 가입자는 자신과 협력하고 진료를 조정할 1차 의료 제공자(PCP)를 선택할 수 있습니다. 현재 서비스 제공자 및 약국 명부를 요청하거나 네트워크 서비스 제공자의 최신 목록을 보려면 www.2025wellcaredirectories.com을 방문하십시오. 적절한 승인 없이 다른 곳을 방문하면 전액을 부담해야 한다는 점에 **유의**하십시오. Medicare나 당사 플랜 모두 비용에 대한 책임을 지지 않습니다. 유일한 예외 사항은 응급 상황, 네트워크를 이용할 수 없을 때 긴급하게 필요한 서비스(즉, 네트워크 내에서 서비스를 받는 것이 불합리하거나 불가능한 상황), 지역 외 투석 서비스 및 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)에서 네트워크 비소속 의료 제공자 사용을 승인하는 경우입니다.

당사의 플랜에는 처방약 보장 및 당사의 대규모 약국 네트워크 이용도 포함됩니다. 당사는 처방규정을 사용합니다. 당사 의약품 플랜은 Medicare 수혜자를 위해 특별히 마련되었으며 저렴한 제네릭(복제약) 및 브랜드 약을 포괄적으로 선택할 수 있습니다.

어떤 의사, 병원, 약국을 이용할 수 있습니까? Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)에는 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자로 구성된 네트워크가 있습니다. 정기 치과 서비스를 위해 네트워크 외부 의료 서비스 제공자를 이용할 수 있습니다. 기타 모든 서비스는 당사 네트워크 내에 있는 서비스 제공자를 이용해야 하며, 그렇지 않으면 플랜에서 서비스 비용을 지불하지 않을 수 있습니다.

당사 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에서 플랜의 서비스 제공자 및 약국 명부를 확인하실 수 있습니다. 당사 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에서 플랜의 의료 제공자 및 약국 명부 그리고 처방약이 보장되는 플랜의 경우, 전체 플랜 처방규정(파트 D 처방약 목록)을 확인하실 수 있습니다.

당사는 가입자에게 적합한 방식(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등)으로 정보를 제공해야 할 의무가 있습니다. 자세히 알아보거나 다른 형식으로 정보를 요청하려면 1-800-225-8017(TTY 사용자는 711로 전화해야 함)번으로 전화하십시오. 운영 시간은 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)입니다.

가입 자격

이 플랜은 주와 Medicare의 의료 지원을 모두 받는 누구나 사용할 수 있습니다

이 플랜에 가입하려면 다음 Medicare 저축 프로그램 자격 요건을 갖추어야 합니다:

H2491004000 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) - FBDE, QMB+, SLMB+

아래의 "Medicare 절약 프로그램(MSP) 수준" 섹션에서 모든 MSP 수준에 대한 설명을 참조하십시오. 보험료, 코페이먼트, 공동보험료, 공제액은 가입자의 Hawaii Med-QUEST Division 프로그램 (Medicaid) 자격 범주 및/또는 받는 추가 지원(Extra Help)의 수준에 따라 다를 수 있습니다.

이중 자격 특별 요구 플랜(DSNP)은 Medicare와 Medicaid 보장을 모두 받는 수혜자에게 의료 혜택을 제공하는 특수 Medicare Advantage 플랜입니다. Medicaid 수혜자는 특정 소득과 재산 요건을 충족해야 합니다. 제공되는 혜택의 자격 조건과 범위는 플랜이 제공되는 주에 따라 결정됩니다.

또한 Hawaii Med-QUEST Division 프로그램(Medicaid) 플랜에 가입되어 있어야 합니다. 파트 B 보험료는 전체 이중 가입자의 경우 Hawaii 주에서 지불합니다. 또한, 'Ohana Health Plan을 통해 퀘스트 통합 프로그램에 등록되어 있어야 합니다. 더 자세한 내용은 해당 플랜 측에 문의하십시오.

이중 자격 이해하기

Medicaid는 연방 정부와 주 정부가 제휴한 프로그램으로서, 소득과 재원이 제한적인 사람들을 위해 의료 비용을 지원해 줍니다. Medicaid 혜택은 주에서 Medicare 절약 프로그램(MSP) 수준에 따라 추가 의료 보험 보장 및 재정 지원을 제공하기 때문에 가입자에게 유용한 혜택입니다. Medicaid 보장은 주와 가입자의 Medicaid 유형에 따라 달라집니다. 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 수준에 따라 결정됩니다. 일부 Medicaid 가입자는 Medicare 보험료 및 기타 비용을 지원받기도 합니다. Medicare에서 보장하지 않지만 Medicaid가 보장하는 기타 서비스 및 의약품에 대해 보장을 받는 가입자도 있습니다.

Medicare 절약 프로그램(MSP) 수준

- **완전한 혜택의 이중 자격 수혜자(FBDE):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 코페이먼트를 지불할 수 있습니다. 적격 수혜자는 완전한 Medicaid 혜택도 받습니다.
- **적격 Medicare 수혜자(QMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part A 및 B 보험료, 공제액, 공동보험료 및 코페이먼트를 지불합니다. (일부 QMB 대상은 완전한 Medicaid 혜택(QMB+)도 받을 수 있음).

- **특정 저소득 Medicare 수혜자(SLMB):** Medicaid는 가입자의 Medicare Part B 보험료를 부담합니다. 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.

참고: 일부 MSP 수준은 Medicare 처방약 보장 지원을 위해 자동으로 “추가 지원”을 받을 자격을 갖습니다. 일부 주에서는 파트 A 및 B 비용 분담을 보장하지 않습니다.

“추가 지원”이란 무엇입니까?

“추가 지원”이라고도 하는 저소득 보조금(LIS)은 보험료, 공제액, 공동보험료 또는 코페이먼트와 같은 파트 D의 가입자 부담액 지출에 도움이 될 수 있습니다. 많은 사람들이 “추가 지원” 프로그램을 받을 자격이 있지만 그 사실조차 모르고 있습니다. 지원은 가입자의 Medicare Savings Program(MSP) 수준과 이중 자격 상태에 따라 달라질 수도 있습니다.

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

당사 플랜에서 보장하지 않지만 **Hawaii Med-QUEST Division** 프로그램(Medicaid)를 통해 이용할 수 있는 서비스가 있습니다. 자세히 알아보려면 이 문서의 뒷부분에 있는 **Medicaid** 보장 혜택 요약 섹션을 참조하십시오.

혜택

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004	
참고: 별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다. 사각형(■) 표시가 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	
월 플랜 보험료 (의료 및 의약품 포함)	\$0 Medicaid 또는 다른 제3자가 보험료를 납부하지 않는다면 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속하여 납부해야 합니다.
공제액	공제액 없음
최대 가입자 부담 책임 (처방약은 포함되지 않음)	연간 \$9,350 이는 해당 연도에 파트 A 및 B 서비스에 대해 코페이와 공동보험료로 납부할 최대 금액입니다.
입원 보장	<ul style="list-style-type: none"> 각 Medicare 보장 입원에 대해 \$0 코페이 *
외래 치료 외래 환자 병원 서비스	외과적 및 비외과적 서비스(Medicare 보장 진단 대장내시경 포함)의 경우 \$0 코페이 *
외래 환자 병원 관찰 서비스	\$0 코페이
통원 수술 센터(ASC) 서비스	Medicare 보장 진단 내시경 검사를 포함 통원 수술 센터의 Medicare 보장 방문의 경우 \$0 코페이 *

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
의사 방문 주치의	\$0의 코페이
전문의	\$0 코페이 *
예방 진료 (예: 연례 웰니스 방문, 골밀도 측정, 유방암 검사(유방조영상), 심혈관 검사, 자궁경부 및 질암 검사, 대장암 검사, 당뇨 검사, B형 간염 바이러스 검사, 전립선암 검사(PSA), 백신(독감/인플루엔자 예방접종, B형 간염 주사, 폐렴구균 주사, COVID 주사 포함))	\$0 코페이
응급 치료	\$0 코페이
전 세계적 응급 상황 보장	\$110의 코페이 전 세계 응급 상황 및 전 세계 긴급하게 필요한 서비스는 플랜에서 최대 \$50,000까지 보장됩니다. 해외에서 받은 응급실 또는 응급 병원 입원 외의 치료는 보장되지 않습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 코페이가 면제되지 <u>않습니다</u> .
긴급하게 필요한 서비스	\$0 코페이

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
전 세계 긴급 진료 보장	<p>\$110의 코페이</p> <p>전 세계적 응급 서비스 및 해외에서 긴급하게 필요한 서비스는 플랜에서 최대 \$50,000까지 보장됩니다. 해외에서 긴급하게 필요한 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 코페이가 면제되지 <u>않습니다</u>.</p>
진단 서비스/검사실/영상 검사실 서비스	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
진단 검사 및 시술	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
외래 환자 x-레이	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
진단 방사선 서비스 (예: MRI, CAT 스캔)	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
치료 방사선	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
청력 진료 서비스 청력 검사 Medicare 보장	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
정기 청력 검사	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p> <p>연간 1회 검사</p>

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
<p>보청기</p> <p>보청기 피팅/평가</p> <p>보청기 보조금</p> <p>모든 유형</p>	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p> <p>매년 1회 착용 및 검사</p> <p>보청기에 대해 매년 귀 한 쪽당 최대 \$500 보조금</p> <p>\$0 코페이</p> <p>*</p> <p>매년 보청기 2개로 제한됨</p>
추가 청력 정보	<p>알아 두어야 할 사항</p> <p>Medicare는 의사 또는 기타 건강 의료 제공자가 가입자에게 의료 치료가 필요한지 확인하기 위해 진단 목적의 청력 및 균형 검사를 지시하는 경우 해당 비용을 보장합니다.</p>
<p>치과 서비스</p> <p>Medicare 보장 종합 서비스</p>	<p>각 Medicare 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p> <p>*</p>
일상적 진단 및 예방 서비스	<p>네트워크 소속</p> <p>보장되지 <u>않음</u></p> <p>네트워크 비소속</p> <p>보장되지 <u>않음</u></p>

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
기타 진단 치과 서비스	네트워크 소속 \$0 코페이 * 네트워크 비소속 25% 공동보험료 * 서비스 유형에 따라 1일~1년마다 1회
기타 예방적 치과 서비스	네트워크 소속 \$0 코페이 * 네트워크 비소속 25% 공동보험료 * 서비스 유형에 따라 1일~1년마다 1회
일상적 종합 서비스	
회복 서비스	네트워크 소속 \$0 코페이 * 네트워크 비소속 25% 공동보험료 *

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
근관 치료/치주 치료	네트워크 소속 \$0 코페이 *
	네트워크 비소속 25% 공동보험료 *
구강/악안면 수술	네트워크 소속 \$0 코페이 *
	네트워크 비소속 25% 공동보험료 *
보철 - 고정	네트워크 소속 \$0 코페이 *
	네트워크 비소속 25% 공동보험료 *
보철 - 탈착식	네트워크 소속 \$0 코페이 *
	네트워크 비소속 25% 공동보험료 *

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
부가 일반 서비스	<p>네트워크 소속 \$0 코페이 *</p> <p>네트워크 비소속 25% 공동보험료 *</p> <p>자세한 정보, 제한 사항 및 예외 사항에 대해서는 보장 범위 증명서를 참조하십시오. 추가 초과 제한 사항 및 예외 사항이 적용됩니다.</p>
추가 초과 정보	<p>알아 두어야 할 사항: 이 플랜은 모든 네트워크 내 및 네트워크 외에서 보장하는 정기적인 종합 초과 서비스에 대해 플랜 연도당 최대 \$3,000까지 보장합니다.</p> <p>정기 초과 치료(Medicare 비보장 서비스)를 위해 네트워크 내 또는 네트워크 외 치과를 이용할 수 있습니다. 네트워크 외부 공급자를 이용하는 경우 본인 부담 비용이 더 높을 수 있습니다. 네트워크 외부 공급자는 전액 요금제 결제를 받기로 계약되어 있지 않습니다. 플랜에서 지불하는 금액보다 더 많은 금액을 청구할 수 있습니다.</p>
<p>시력 서비스</p> <p>눈 검사 Medicare 보장</p>	<p>\$0 코페이(Medicare 보장 당뇨병성 망막증 검사) \$0 코페이(기타 모든 Medicare 보장 눈 검사) *</p>
정기 눈 검사	<p>\$0 코페이 *</p> <p>연간 1회 검사</p>

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
녹내장 검사	각 Medicare 보장 서비스에 대해 \$0 코페이
안경류 Medicare 보장	\$0 코페이 *
일상적인 안경류 콘택트렌즈/안경(렌즈 및 안경테)/안경테 안경류 보조금	\$0 코페이 * 콘택트렌즈 및 안경(렌즈 및/또는 안경테)에 대해 매년 합산하여 최대 \$100의 보조금이 제공됩니다.
정신 건강 서비스 입원 환자 방문	• 각 Medicare 보장 입원에 대해 \$0 코페이 *
외래 환자 개별 치료 방문	\$0 코페이 *
외래 환자 그룹 치료 방문	\$0 코페이 *
전문 요양 시설(SNF)	1~100일: 혜택 기간당 \$0 코페이 *
치료 및 재활 서비스 물리 치료	\$0 코페이 *
작업 치료사가 제공하는 외래 환자를 위한 재활 서비스	\$0 코페이 *
폐 재활 서비스	\$0 코페이

혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
구급 이송 지상 구급 이송	\$0 코페이 *
항공 구급 이송	\$0 코페이 *
이송 서비스	보장되지 <u>않음</u>
Medicare 파트 B 의약품 화학요법 의약품 및 기타 파트 B 의약품	\$0 코페이 *
인슐린	\$0 코페이(월 최대) *
알레르기 항원	\$0 코페이 *

파트 D 처방약 보장	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
연간 공제액 단계	\$0
소매 또는 우편 주문 네트워크	약국에서 30일/최대 100일 복용분
모든 보장 약	\$0 코페이 일부 보장 약은 30일 복용분으로 제한됨

추가 혜택

Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004	
참고: 별표(*)가 있는 서비스의 경우 사전 허가가 필요할 수 있습니다. 사각형(■) 표시가 있는 서비스의 경우 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	
카이로프랙틱 서비스 Medicare 보장	\$0 코페이 *
정기 카이로프랙틱 서비스	\$0 코페이 * 연간 12회 방문
침술 Medicare 보장	\$0 코페이 *
정기 침술 서비스	\$0 코페이 * 연간 24회 방문으로 제한
족부 치료 서비스(발 관리) Medicare 보장	\$0 코페이 *

추가 혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
가상 방문	<p>Teladoc을 통한 가상 방문 서비스에 대한 본인 부담금은 \$0입니다.</p> <p>당사 플랜은 Teladoc을 통해 면허가 있는 의사를 주 7일, 하루 24시간 가상 방문할 수 있는 서비스를 제공하여 다양한 건강 관련 우려 사항/질문을 해결하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다.</p> <p>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. 자세한 내용을 알아보거나 예약하려면 주 7일, 하루 24시간 1-800-835-2362(TTY: 711)번으로 Teladoc에 연락하십시오.</p> <p>알아 두어야 할 사항:</p> <p>위의 코페이 \$0는 Teladoc에서 서비스를 받을 때만 적용됩니다. 가상 방문 공급자가 아닌 네트워크 공급자에게서 원격 의료 서비스를 받는 경우, 보장 증명에 명시된 대로 해당 공급자에 대해 명시된 비용 분담금을 지불하게 됩니다(예: 담당 PCP로부터 원격 의료 서비스를 받는 경우, 담당 PCP 비용 분담금을 지불하게 됩니다).</p> <p>*</p>

추가 혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
사회적 지원 플랫폼	<p>당사 플랜은 가입자의 전반적인 웰빙을 지원하기 위해 온라인 사회적 지원 플랫폼을 제공합니다. 스트레스와 불안 관리에 도움이 되는 지역 사회, 치료 활동 및 플랜에서 후원하는 리소스를 이용하실 수 있습니다. Twill 플랫폼을 이용하면 가입과 참여가 간편하여 건강한 행동 건강 여정을 계속할 수 있습니다. 주 7일 24시간 온라인으로 제공되므로 언제든지 이용하실 수 있습니다.</p> <p>플랫폼에 액세스하는 방법에 대해 자세히 알아보려면 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p> <p>\$0 코페이</p>
가정 건강 기관 진료	<p>\$0의 코페이</p> <p>*</p>
의료 장비/용품 내구성 의료 장비(DME)	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
보철 장치	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
당뇨병 용품	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p> <p>자세한 정보, 제한 사항 및 예외 사항에 대해서는 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>
당뇨병 치료용 신발 또는 깔창	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>
오피오이드 치료 프로그램 서비스	<p>\$0 코페이</p> <p>*</p>

추가 혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
건강 및 웰니스 교육 프로그램 피트니스	<p>제공되는 웰니스 교육 프로그램 혜택의 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p> <p>\$0 코페이</p> <p>알아 두어야 할 사항: 활동적이고 건강한 라이프스타일을 지원하기 위해 당사 플랜에서는 전국 피트니스 시설에 액세스할 수 있는 피트니스 프로그램을 제공합니다.</p> <p>가입자는 오프라인 피트니스 센터, 온디맨드 운동 프로그램, 1:1 웰빙 코칭, 월빙 클럽 및 다양한 홈 피트니스 키트(웨어러블 피트니스 추적기 등)를 이용할 수 있습니다.</p>
24시간 간호사 상담 전화	\$0 코페이
연간 정기 신체검사	<p>\$0 코페이</p> <p>알아 두어야 할 사항: 이 검사에는 상세한 병력/가족력 및 예방 검진/관리에 대한 권장 사항이 포함됩니다.</p>

추가 혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
가치 기반 보험 설계(VBID) 모델	<p>가입자 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하기 때문에 아래 표시된 혜택에 Wellcare Spendables™ 보조금을 사용할 수도 있습니다. 이 보조금은 비처방 (OTC) 혜택과 합산됩니다. Wellcare Spendables™에 관한 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 카드 부분을 참조하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주유비 – 주유소 펌프에서 직접 주유비를 카드로 지불할 수 있습니다. 카드를 사용하여 계산대에서 직접 비용을 지불할 수는 없습니다. 카드는 지원되는 보조금 한도까지만 사용할 수 있습니다. • 건강식품 – 참여 소매점에서 카드를 사용하여 건강식품과 농산물 비용을 지불할 수 있습니다. 즉석 식사는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다. • 주택 개선 및 안전 품목 – 카드를 사용하여 주택 개선 및 안전 품목에 대한 비용을 지불할 수 있습니다. 가입자 포털에 로그인하여 승인된 품목을 구매하십시오. • 임대 보조 – 카드를 사용하여 집세를 낼 수 있습니다. • 공과금 보조 – 카드를 사용하여 가정의 공과금을 낼 수 있습니다. 수도, 난방유 및 천연가스, 전기, 쓰레기, 케이블 TV 서비스(스트리밍 서비스 제외), 일반 전화 또는 휴대전화와 인터넷을 포함한 공공요금을 내는데 카드를 사용할 수 있습니다. <p>자세한 정보, 제한 사항 및 예외 사항에 대해서는 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>

추가 혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
Wellcare Spendables™	<p>매월 \$99가 채워지는 Wellcare Spendables™ 카드를 받게 됩니다. 월간 보조금은 사용하지 않은 경우 다음 달로 이월되며 플랜 연도 말에 만료됩니다.</p> <p>카드 보조금은 다음 항목에 사용할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 비처방(OTC) 용품 – 카드를 참여 소매점에서 또는 모바일 앱을 통해 사용하거나, 가입자 포털에 로그인하여 가정으로 배송하도록 주문할 수 있습니다. 보장되는 품목에는 브랜드 및 제네릭 비처방 약, 비타민, 진통제, 감기약, 알레르기약, 당뇨약이 포함됩니다. <p>가입자 플랜이 가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하기 때문에 아래와 같은 혜택에 Wellcare Spendables™ 보조금을 사용할 수도 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 주유비 결제 • 건강 식품 • 주택 개선 및 안전 품목 • 임대료 보조 • 공과금 보조 <p>이 혜택에 대해 자세히 알아보려면 이 표의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델을 참조하십시오.</p> <p>자세한 정보, 제한 사항 및 예외 사항에 대해서는 보장 범위 증명서를 참조하십시오.</p>

추가 혜택

	Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) H2491, Plan 004
My Wellcare Rewards	<p>My Wellcare Rewards를 사용하여 건강한 활동을 완료하면 포인트를 적립할 수 있습니다.</p> <p>포인트는 Walmart® 등 좋아하는 매장의 기프트 카드로 연간 최대 \$75까지 교환할 수 있습니다. 등록만 해도 포인트 적립을 시작할 수 있습니다. 적격 건강 활동의 몇 가지 예:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 건강 위험 평가 완료 • 피트니스 기기 연결 • 연간 웰니스 방문 • 연간 독감 백신 접종 • 암 선별 검사 • A1C 검사 <p>기프트 카드 제한사항이 적용될 수 있습니다.</p>

예비 가입자를 위한 종합 서면 진술서

혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택은 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP) 플랜에서 보장합니다. 열거된 각 혜택에 대해 플랜의 보장 내용을 확인하실 수 있습니다. 당사의 플랜의 보장 서비스에 대해 가입자가 지불하는 비용은 Medicaid 자격 수준에 따라 결정됩니다. 이 혜택 요약서에 설명된 혜택의 보장 범위는 가입자의 Medicaid 자격 수준에 따라 달라집니다. Medicaid 자격 수준에 관계없이 Wellcare 'Ohana Dual Align (HMO-POS D-SNP)는 혜택 요약서의 보험료 및 혜택 섹션에 설명된 혜택을 보장합니다. Medicaid 자격과 받을 수 있는 혜택에 대한 질문이 있는 경우, Hawaii Med-QUEST Division 프로그램 (Medicaid)에 수신자 부담 전화번호 1-800-316-8005 (TTY: 1-800-603-1201 or 711)번으로 전화하십시오.

Medicaid 혜택에 대한 정보 출처는 <https://medquest.hawaii.gov/en.html>입니다. 모든 Medicaid 보장 서비스는 언제든지 변경될 수 있습니다. 최신 Hawaii Medicaid 보장 정보에 대해서는 <https://medquest.hawaii.gov/en.html>를 방문하거나 가입자 서비스에 전화하여 지원을 받으시길 바랍니다. Hawaii Medicaid 혜택에 대한 자세한 설명은 온라인 하와이 서비스 요약(<https://medquest.hawaii.gov/en.html>)에서 확인하실 수 있습니다.

혜택 범주	Hawaii Med-QUEST Division 프로그램 (Medicaid)
의사 방문 여기에는 주치의 및 전문의 방문이 포함됩니다.	서비스에는 다음이 포함됩니다. <ul style="list-style-type: none"> • 초진 및 경과 기록 • 종합 검진(발달 서비스 포함) • 예방 접종 • 가족계획 • 진단 및 선별 검사실 • X-레이 서비스(결핵 검진 포함) • 진료실 • 클리닉 • 개인 주택 • 허가받은 병원 • 허가받은 전문 요양 시설 • 중급 관리 시설 • 허가 또는 인증된 주거 환경 Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이

<p>예방적 치료</p> <p>이러한 서비스는 건강 문제를 검진하고 예방 또는 진단을 하는 데 도움을 주기 위해 제공됩니다.</p>	<p>골밀도 측정 (위험군에 속하는 Medicare 가입자)</p> <p>대장 선별 검사 (50세 이상의 Medicare 가입자) 예방 접종 (독감 백신, B형 간염 백신 - 위험군에 속하는 Medicare 가입자, 폐렴 백신)</p> <p>유방 촬영술(연간 선별 검사) (40세 이상의 Medicare 가입 여성)</p> <p>자궁 경부암 검사 및 골반 검사(Medicare 가입 여성)</p> <p>전립선암 선별 검사 (50세 이상의 남성 Medicare 가입자의 경우)</p> <p>Medicare 가입 안내서 및 연례 건강검진:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 소식지를 포함한 서면 건강 교육 자료 • 영양 교육 • 추가 금연 • 기타 건강 관리 혜택 <p>건강 교육 및 약물 사용 상담(알코올 포함), 식단 및 운동</p> <p>성행위 부상 예방, 치아 건강, 가정 폭력, 우울증</p> <p>위 항목의 검진 결과 및 의미. Medicaid 보장 서비스에 대한 본인 부담금 \$0.</p>
--	---

<p>청력 진료 서비스</p> <p>여기에는 청력 검사 및 보청기 보장에 대한 정보가 포함됩니다.</p>	<p>청각/청력학 서비스 - Medicaid 보장 서비스의 경우 방문당 \$0의 공동 부담금.</p> <p>청력 평가 - 연간 1회(보청기 공급업체는 청력 평가에 대한 비용을 지불하지 않습니다)</p> <p>청각 서비스 - 귀마개(중이염이 재발하는 개인에 한해 이비인후과 전문의가 맞춤 제작된 귀마개를 처방할 수 있음)</p> <p>보청기 - 이비인후과 전문의가 처방한 품목당 \$0 보청기 검사 및 선택, 단이 보청 - 3년당 1회.</p> <p>보청기 검사 및 선택, 양이 보청 - 3년당 1회.</p> <p>보청기 검사; 전기음향 평가 포함, 단이 보청 12개월당 2회 보청기 검사; 전기음향 평가 포함, 양이 보청 12개월당 4회 3세 이하 어린이 4세 이상 어린이 12개월당 2회 보청기</p> <p>피팅/방향 설정/점검(초기 보청기 검사 및 선택에 따른 것)</p> <p>성인의 경우 3년당 1회</p> <p>21세 미만 어린이의 경우 3년당 2회</p> <p>*보청기 액세서리 및 수리는 보증 대상이 아닌 경우에만 보장됩니다.</p>
<p>치과 서비스</p>	<p>21세 미만에게만 보장: 의학적으로 필요한 경우 의료 질환과 관련된 치과 서비스는 플랜에서 보장합니다. 의학적으로 관련된 Medicaid 보장 서비스에 대한 공동 부담금 \$0.</p> <p>치과 서비스는 지역 사례 관리 기관(CCMC)를 통해 조정됩니다. CCMC는 다음과 같이 가입자를 도와드립니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치과의사 찾기 • 진료 예약 • 교통편 및 통역 서비스 제공. Oahu에서 1-808-792-1070 또는 수신자 부담 1-888-792-1070으로 전화하세요. <p>플랜은 개인 치과 진료소, 정부 지원 또는 보조금을 받는 치과 진료소 및 병원 기반 외래 치과 진료소에서 제공하는 서비스에 대한 책임을 지지 않습니다.</p>

<p>시력 서비스</p> <p>여기에는 시력 검사와 안경 보장에 대한 정보가 포함됩니다.</p>	<p>이 플랜은 가입자를 위해 다음과 같이 안과 및 시력 서비스를 제공합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21세 미만 - 연 1회 안과 검사 • 21세 이상 - 2년에 1회 안과 검사 <p>증상이나 건강 상태에 따라 더 많은 방문이 허용될 수 있습니다.</p> <p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시력 검사 • 렌즈 처방 • 백내장 제거 • 의안 • 굴절 검사를 포함한 안과 검사 • 시력 보조 장비(안경) • 콘택트렌즈 및 기타 시력 보조 용품(의학적으로 필요한 경우) <p>여기에는 렌즈, 안경테 또는 안경의 기타 부품에 대한 비용이 포함됩니다. 피팅 및 조정 비용도 보장됩니다.</p> <p>응급 안과 치료(사전 승인 필요 없음)</p> <p>새 렌즈:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21세 미만 - 연 1회 • 21세 이상 - 2년에 1회 <p>성인과 어린이 모두 보험 혜택 기간 내에 안경 교체 또는 처방에 큰 변화가 있는 새 안경에 대해 보장됩니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
--	---

<p>정신 건강 서비스 포함된 서비스: 입원 환자 방문</p> <ul style="list-style-type: none"> • 외래 그룹 또는 개별 치료 방문 	<p>보장되는 서비스에는 QUEST 통합 성인 및 아동 가입자에게 의학적으로 필요한 모든 행동 건강 서비스가 포함됩니다. 포함된 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 연중무휴 24시간 위기 대응을 포함한 응급 서비스 제공 • 급성 정신 질환에 대한 24시간 치료. <p>포함된 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 숙식 제공 • 간호 서비스 • 의료 용품 및 장비 • 진단 서비스 • 의사 서비스 • 필요에 따른 기타 전문의 서비스 • 기타 의학적으로 필요한 서비스 <p>*더 많은 행동 건강 서비스는 CCS와 보건부에서 제공할 수 있습니다. Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>이송 서비스</p>	<p>이 플랜은 다음과 같은 가입자에게 의학적으로 필요한 진료 예약을 위해 응급 및 비응급 지상 및 항공 서비스를 모두 제공합니다:</p> <p>교통 수단이 없는 경우; 대중교통이 제공되지 않는 지역에 거주하는 경우; 건강 상태로 인해 대중교통을 이용할 수 없는 경우</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>웰니스 프로그램 여기에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 피트니스 • 개인 비상 대응 시스템(PERS)); 추가 정기 연례 신체 검사 • 간호사 상담 전화 - 24시간 운영 	<p>이중 적격 가입자의 경우, Medicare가 보장하지 않거나 Medicare 혜택이 소진되었을 때 Medicaid이 다음 서비스의 비용을 지불합니다.</p>

처방약	<p>플랜의 우선 약품 목록(PDL)에 등록된 약품을 보장합니다.</p> <p>이 목록은 사전 승인, 수량 제한, 단계별 요법, 연령 제한 또는 성별 제한 등의 제한이 있을 수 있는 약품도 포함합니다. 사전 허가를 받으면 대체 약품이 보장될 수 있습니다.</p> <p>Medicare Part D 코페이는 Medicaid에서 보장되지 않습니다.</p> <p>일반의약품은 의사가 처방하고 의학적으로 필요한 경우 플랜에서 \$0의 공동 부담금으로 보장될 수 있습니다.</p>
OTC	<p>Hawaii OTC 처방전 목록의 의약품:</p> <p>http://www.himed-questffs.org</p>
기타 전문의 서비스	<p>다음 서비스를 포함하되 이에 국한되지 않습니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 공인 간호 조산사 서비스 • 면허를 소지한 전문간호사 서비스(가족, 소아, 노인, 정신 건강 전문가 포함) <p>면허 또는 인증된 의료 서비스 제공자가 제공하는 기타 의학적으로 필요한 전문의 서비스</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
각막 이식 및 뼈 이식 서비스	<p>각막 이식(각막 성형술) 및 뼈 이식</p> <p>기타 이식은 QUEST 통합 프로그램이 아닌 Hawaii 주 장기 및 조직 이식 프로그램에 따라 보장됩니다(Medicare가 보장하는 신장 이식은 적용되지 않음).</p>
외래 환자 재활 서비스	<p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 물리 치료 및 작업 치료 • 청각학 및 언어 병리학 • 안과 서비스(정기 서비스 제외) • 이러한 서비스와 관련된 장비 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

<p>개인 응급 대응 서비스(PERS)</p>	<p>PERS는 병원에 가야 할 위험이 높은 가입자를 돕기 위한 장치입니다. 응급 상황 시 도움을 받을 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERS 품목에는 응급 지원을 위해 설계된 전자 기기 또는 서비스가 포함됩니다. PERS 서비스는 다음과 같은 개인으로 제한됩니다: • 독거 중인 사람 • 하루 중 상당 시간 동안 혼자 있는 사람 • 장기간 정규 간병인이 없는 사람 • 광범위한 일상적인 관리가 필요한 사람 <p>PERS 서비스는 개인적인 거주 환경에 거주하는 회원에게만 제공됩니다. Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>메타돈 유지 치료 프로그램 (MMTP)</p>	<p>약물 관리, 처방약, 의료 용품, 진단 검사, 치료 서비스(개인, 가족, 그룹 및 사후 관리) 및 기타 의학적으로 필요한 서비스. 메타돈 또는 적절한 대체 약물 제공과 외래 환자 상담 서비스 포함 Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>타주 및 도서 지역 보장 범위</p>	<p>이 플랜은 가입자의 거주 섬이나 하와이에서 이용할 수 없는 경우 의학적으로 필요한 보장 서비스를 미리 예약하여 제공합니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 타주 또는 도서 지역 전문의 또는 시설에 대한 진료 의뢰 • 의뢰 목적지까지 왕복 교통비 • 숙박 및 식사 <p>보호자(승인된 경우) Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

당뇨병 용품 및 서비스	<p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 혈당 모니터 보험 적용 범위 • 테스트 스트립 • 란셋 • 선별 검사 • 관리 교육 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
장기 관리 - 가정 및 지역 사회 기반 서비스	<p>복지부에서 결정한 의학적 필요성에 따라 이러한 추가 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다.</p>
성인 주간 돌봄	<p>성인 주간 돌봄은 4명 이상의 장애인 성인 참가자에게 제공되는 정기적인 지원 관리를 의미합니다.</p> <p>서비스에는 다음이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 센터 직원의 관찰 및 감독 • 행동, 의료 및 사회적 계획의 조정 및 참여자의 케어 플랜에 기재된 지침 이행 • 치료, 사회, 교육, 레크리에이션 활동 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
보조 생활 서비스	<p>보조 생활 서비스 항목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 개인 위생 관리 용품 • 보조 간호 서비스(가사 도우미, 집안일, 도우미 서비스 및 식사 준비) <p>건강보험은 숙식 비용에 대한 지불 책임을 지지 않습니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
커뮤니티 케어 관리 기관(CCMA)	<p>필요에 따라 커뮤니티 케어 위탁 가정, 확장형 성인 주거 케어 홈, 원호 생활 시설 및 기타 커뮤니티 환경에 거주하는 가입자에게 보장됩니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

<p>커뮤니티 케어 위탁 가정(CCFFH) 서비스</p>	<p>보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 개인 위생 관리 용품 • 돌봄 서비스 • 가사 도우미 서비스 • 간병인 서비스 • 동반자 서비스 • 지역 교통편 • 주간 프로그램 • 약물 관리 감독(주법에 따라 허용되는 한도 내) <p>모든 서비스는 인증받은 개인 주택에서 거주하고 있는 담당 케어 제공자가 제공해야 합니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>상담 및 교육</p>	<p>상담 및 교육에 포함되는 활동:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 회원 대상 가입자 돌봄 교육 • 질병의 특성 및 질병 과정에 관한 가족 및 간병인 교육 • 전염 경로 및 감염 통제 조치 방법 • 생물학적, 심리적 치료 및 특수 치료 필요/요법 • 서비스 계획에 명시된 장비 사용 • 자택에서 개인의 안전을 유지하는 데 필요한 직원 교육 업데이트 • 위기 상황 개입 • 지원 상담 • 가족 치료 • 자살 위험 평가 및 개입 • 죽음 및 임종 상담 • 약물 남용 상담 • 영양 평가 및 상담 <p>상담 및 교육 서비스 대상자:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가입자 • 가입자를 대신하는 가족/간병인 • 회원을 대신하는 전문 간병인 및 준전문 간병인 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

<p>환경 접근성 적응</p>	<p>가입자의 서비스 플랜에 따라 요구되는 가입자의 주택에 대한 물리적 변경. 보장 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 경사로 및 손잡이 설치 • 출입구 넓히기 • 화장실 시설 개조 • 특수 전기 및 배관 시스템 설치(개인의 복지를 위해 필요한 의료 장비 및 물품을 수용하기 위해 필요한 경우여야 함) • 창문 에어컨(회원의 건강과 안전을 위해 필요한 경우) <p>모든 서비스는 주 또는 지역 건축법을 준수해야 합니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>주택 유지 관리</p>	<p>주택 유지보수 서비스는 개인 지원의 일부로 제공되지 않는 다음과 같은 서비스를 말합니다:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가입자에 대한 서비스를 시작할 때 주택을 허용 가능한 청결 수준으로 끌어올리기 위한 대청소 서비스 • 가스레인지, 냉장고 및 온수기에 국한된 필수 가전제품의 가벼운 수리 • 해충 방역 또는 박멸 서비스 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

<p>이사 지원</p>	<p>서비스 코디네이터가 가입자의 건강 악화를 방지하기 위해 새 집으로 이사해야 한다고 판단할 경우 이사 지원이 제공됩니다. 여기에는 다음 항목이 포함됩니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 노후화로 인해 안전하지 않은 주택 • 휠체어를 사용해야 하고, 엘리베이터가 없는 건물, 엘리베이터가 없는 다층 건물 또는 1층 이상에 거주하고 있는 경우 • 주택이 가입자의 추가 장비 필요 사항을 충족할 수 없는 경우 • 가입자가 현재 살고 있는 집에서 쫓겨난 경우 • 임대료 인상으로 인해 가입자가 더 이상 주택을 감당할 수 없는 경우 <p>이사 비용에는 소지품 포장 및 이사가 포함됩니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>비의료 교통편</p>	<p>이 서비스는 가입자 관리 플랜에 명시된 대로 가입자가 이동할 수 있도록 도와줍니다. 이 서비스는 가입자가 커뮤니티 서비스, 활동 및 자원을 이용할 수 있도록 도와줍니다. 가능한 경우 이러한 서비스를 무료로 제공할 수 있는 사람을 이용합니다. 여기에는 가족, 이웃, 친구 또는 지역 사회 기관이 포함됩니다.</p> <p>예외사항:</p> <p>거주형 돌봄 환경 또는 CCFFH에 거주하는 가입자는 이 서비스를 이용할 수 없습니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

<p>개인 보조 서비스-1 등급</p>	<p>가족과 함께 살지 않고 건강 상태 저하를 예방하고 집에서 건강을 유지하기 위해 주요 일상 활동에 도움이 필요한 가입자를 위한 케어 플랜의 일부로 서비스 코디네이터의 승인을 받은 경우 주당 최대 10시간 동안 보장될 수 있습니다.</p> <p>의학적으로 필요한 경우 서비스 시간을 주당 10시간을 초과하여 배정할 수 있습니다.</p> <p>포함되는 서비스:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 음식 준비 • 세탁 • 쇼핑 • 심부름 • 집안일(청소, 걸레질, 먼지 털기, 침구 정리, 화장실, 샤워실 또는 욕조 청소, 쓰레기 버리기) • 잔디 깎기 등 가벼운 정원 작업 • 전구 교체와 같은 간단한 집 수리 • 건강 관련 진료 예약에 대한 에스코트 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
------------------------------	--

<p>개인 보조 서비스-2 등급</p>	<p>적당한 일상 활동과 건강 유지에 도움이 필요한 분들을 위한 서비스입니다. 이 등급의 서비스는 필요한 기술을 갖춘 가정 간호 보조원(HHA), 개인 간호 보조원(PCA), 공인 간호 보조원(CNA) 또는 간호 보조원(NA)이 제공합니다. 지원하는 서비스 항목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 목욕, 피부 관리, 구강 위생, 모발 관리, 옷 입기 등 개인 위생 및 몸단장 • 대소변 관리 • 거동 • 이동 • 약물 복용 • 개인 간호 서비스 제공자의 일상적인 또는 유지 관리형 건강 서비스 • 식사, 영양, 식사 준비 및 기타 식이 활동 • 운동, 자세 및 가동 범위 • 혈압을 포함한 바이탈 사인 측정 및 기록 • 요청 시 섭취량 및 배출량 측정 및 기록 • 지시에 따라 검체 채취 및 테스트 수행 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>허가된 재택 돌봄</p>	<p>재택 돌봄 서비스는 허가된 개인 가정에서 거주하는 담당 돌봄 제공자가 제공합니다 돌봄 서비스 항목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 개인 간병 서비스 • 가사, 집안일, 간병 및 동반자 서비스 • 약물 관리 감독(법이 허용하는 한도 내) • 진료 예약 교통편 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

<p>임시 간병</p>	<p>임시 간병은 단기간 간병 서비스입니다. 이는 돌봄 제공자에게 휴식을 줍니다. 시간별, 일별, 밤새 제공될 수 있습니다.</p> <p>임시 간병 서비스 장소:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가입자의 자택 또는 거주지 • 위탁 가정 또는 확장 케어 성인 거주형 요양시설 • Medicaid 인증 요양 시설 • 인가된 임시 간호 시설 • 플랜에서 승인한 기타 커뮤니티 케어 거주 시설 <p>임시 간병 서비스는 가입자의 케어 플랜의 일부로 가입자의 담당 의사(PCP)가 승인합니다. 임시 간병 서비스는 자기 주도적으로 이용할 수 있습니다.</p> <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>
<p>전문 의료 장비 보증 및 용품</p>	<p>케어 플랜에 명시된 장비, 제어 장치 또는 가전제품의 구매, 대여, 리스, 보증 및 소모품 비용, 설치, 수리 및 철거를 의미합니다.</p> <p>여기에 포함된 기타 품목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 생명 유지에 필요한 품목 • 이러한 품목의 적절한 기능에 필요한 소모품 및 장비 • Medicaid 주 플랜에서 제공되지 않는 내구성 및 비내구성 의료 장비 <p>서비스 예시:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 특수 유아용 카시트 • 부모 소유의 자동차를 아동이 이용할 수 있도록 개조(예: 휠체어 리프트) • 자녀의 방을 모니터링하기 위한 인터콤 • 샤워 시트 • 휴대용 가습기 • 전기 생명 유지 장치(인공호흡기, 산소 농축기) 관련 전기 요금 • 의료용품 <p>Medicaid 보장 서비스에 대해 \$0 코페이</p>

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-888-846-4262 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-888-846-4262 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-888-846-4262(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-888-846-4262 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-888-846-4262 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-888-846-4262 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-888-846-4262 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante ouwa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-888-846-4262 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-888-846-4262 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-888-846-4262（TTY：711）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Chuukese: Mi kawor chon affou ese kame ika mei wor om kapas eis fan iten am kewe kokkotun tumwunun inis ika pekin safei. Ika ka mochen emon chon affou, kokori ei nampa 1-888-846-4262 (TTY: 711). Emon mi sine fosun chuuk a tongeni alisuk. Ei angang ese kame.

Hawaiian: Loa‘a iā mākou nā lawelawe unuhi ‘ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au paha. No ka loa‘a ‘ana o ka unuhi ‘ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-888-846-4262 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka ‘ōlelo Hawai‘i ke kōkua iā ‘oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-888-846-4262 (TTY: 711). Mabalín nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Marshallese: Ewōr ad jerbal in ukok ñān uak jabdewōt kajitok emaroñ in wōr am kin būlaan in ejmour ak uno ko rekajur. Ñān am kabbok riukok kall tok ilo 1-888-846-4262 (TTY: 711). Juon armej eo ej Kajin Majol emaroñ jibañ eok. Ejelok onean jerbal in.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Tongan: 'Oku 'i ai 'emau sēvesi fakatonulea ta'etotongi ke tali ha fa'ahinga fehu'i pē te mou ma'u fekau'aki mo 'emau palani mo'ui lelei pe fo'i'akaú. Ke ma'u ha fakatonulea, tā mai pē ki he **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. 'E lava ke tokoni atu ha tokotaha lea Fakatonga. Ko ha sēvesi ta'etotongi 'eni.

Visayan: Duna mi'y libreng serbisyo sa interpreter aron motubag sa bisan unsa nimong mga pangutana bahin sa among health o drug plan. Aron mokuha og interpreter tawagi lang mi sa **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ang usa ka tawo nga nagsulti og Bisaya makatabang nimo. Libre kini nga serbisyo.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາພຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຖືກແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການພຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែប្រែមាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ **1-888-846-4262 (TTY: 711)**។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm **1-888-846-4262 (TTY: 711)**. Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข **1-888-846-4262 (TTY: 711)** คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

사전 가입 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규칙을 완전히 이해하는 것이 중요합니다. 질문이 있으시면 1-800-225-8017(TTY: 711)번으로 고객 서비스 담당자에게 전화하여 문의하실 수 있습니다. 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)에 통화하실 수 있습니다.

혜택 이해하기

- 보장 범위 증명서(EOC)는 모든 보장과 서비스의 전체 목록을 제공합니다. 가입하기 전에 플랜 보장, 비용 및 혜택을 검토하는 것이 중요합니다. EOC의 사본을 보려면 www.wellcare.com/ohana를 방문하거나 1-800-225-8017(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)에 통화하실 수 있습니다.
- 현재 진료 중인 의사가 네트워크 소속인지 확인하시려면 의료 제공자 명부를 검토하십시오(또는 의사에게 문의). 해당 의사가 명부에 없는 경우, 새로운 의사를 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- 처방약을 위해 이용하고 있는 약국이 네트워크 소속인지 확인하시려면 약국 명부를 검토하십시오. 해당 약국이 명부에 없는 경우, 처방약을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 가능성이 높습니다.
- 약이 보장되는지 확인하시려면 처방규정을 검토하십시오.

중요 규칙 이해하기

- 가입자는 Medicare 파트 B 보험료를 계속하여 납부해야 합니다. 이 보험료는 일반적으로 매월 사회 보장 수표에서 차감됩니다.
- 혜택, 보험료 또는 코페이먼트/공동보험료는 2026년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- **현재 보장에 대한 영향.** 현재 Medicare Advantage 플랜에 가입되어 있는 경우 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 현재 Medicare Advantage 의료 보험 보장이 종료됩니다. Tricare에 가입되어 있는 경우 새로운 Medicare Advantage 보장이 시작되면 영향을 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Tricare에 문의해 주십시오. Medigap 플랜에 가입되어 있는 경우 Medicare Advantage 보장이 시작되면 사용할 수 없는 보장에 대해 비용을 지불하게 되므로 Medigap 플랜을 해지하는 것이 좋습니다. Marketplace 플랜이 있는 경우 플랜을 취소하기 위해 Marketplace에 문의해야 합니다. Marketplace 플랜을 취소하지 않는 경우 사용할 수 없는 보장에 대한 요금을 지불하고 다음 해 세금 신고 시 벌금이 부과될 수 있습니다.
- 특정 서비스에 대하여 당사 플랜에서는 네트워크 비소속 의료 제공자(비계약 제공자)를 방문할 수 있습니다. 단, 당사가 특정 보장 서비스에 대해 비용을 지불하지만 의료 서비스 제공자가 가입자를 치료하는 데 동의해야 합니다. 응급 또는 위급한 상황을 제외하고는 비계약 의료 서비스 제공자는 치료를 거절할 수 있습니다. 추가로 비계약 의료 서비스 제공자로부터 받은 서비스에 대해서는 더 높은 코페이를 지불해야 합니다.
- 이 플랜은 이중 적격 특별 요구 플랜(D-SNP)입니다. 가입자의 가입 자격은 가입자가 Medicare와 Medicaid에 따른 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있다는 확인을 기반으로 합니다.

‘Ohana Health Plan은 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.에서 제공하는 플랜입니다.

Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 상표로서 Medicare와 계약이 되어 있는 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며, 파트 D 스폰서 승인을 받았습니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜 등록은 계약 갱신에 따라 다릅니다.

네트워크 비소속/비계약 의료 제공자는 응급 상황을 제외하고는 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 부담 등 자세한 정보는 고객 서비스 전화번호로 문의하시거나 보장 범위 증명서를 참조하십시오.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.

이 페이지는 의도적으로 비워 두었습니다.

연락처

자세한 내용은 당사에 문의하십시오.



전화

수신자 부담 1-800-225-8017(TTY 711). 공인 상담원과 상담할 수 있습니다.



운영 시간

월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시(모든 시간대)



온라인

www.wellcare.com/ohana