2026

लाभहरूको सारांश

Pennsylvania

Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)

H2915 | 018 | 000

H2915_2026_PA_SB_DSNP_4626857NEP_M
©Wellcare 2026
4636843_PA6CNCSOBNEP_M_R167

तपाईंको भरपर्दो स्वास्थ्य योजना हुनु कति महत्त्वपूर्ण छ भन्ने कुरा हामीलाई थाहा छ।

यो जनवरी 1, 2026 देखि डिसेम्बर 31, 2026 सम्म Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP) द्वारा कभर गरिएका औषधि र स्वास्थ्य सेवाहरूको सारांश हो।

यस पुस्तिकामा तपाईंलाई हामीले कभर गर्ने र तपाईंले बेहोर्नुपर्ने रकमहरूको सारांश प्रदान गरिने छ। यसमा हरेक सेवा, सीमा वा अपवादहरू सूचीबद्ध गरिएको छैन। सेवाहरूको पूर्ण सूची योजनाको कभरेजको प्रमाण (EOC) मा पाउन सकिने छ। तपाईंले कभरेजको प्रमाण हाम्रो वेबसाइट go.wellcare.com/PA मा पाउन सक्नुहुन्छ। प्रतिलिपि अनुरोध गर्न, कृपया 1-844-480-0680 (TTY 711) मा कल गर्नुहोस्। कार्यालय खुल्ने समय: आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुकी 8 बजेसम्म।

को-को सामेल हुन सक्छ?

यो योजना Medicare र Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)भएका मानिसहरूका लागि दोहोरो योग्यता आवश्यकता योजना (D-SNP) हो।

यस योजनामा सामेल हुनका लागि, तपाईं Medicare Part A का लागि योग्य, Medicare Part B मा सामेल भएको, हाम्रो सेवा क्षेत्रमा बसोबास गर्ने र संयुक्त राज्य अमेरिकाको नागरिक वा अमेरिकामा कानुनी रूपमा रहिआएको हुनु पर्छ। अन्यथा तपाईंको तर्फबाट Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत वा अर्को तेस्रो पक्षद्वारा भुक्तानी गरिएको अवस्थामा बाहेक तपाईंले निरन्तर आफ्नो Medicare Part B प्रिमियम तिरिराख्नुपर्ने छ। तपाईं Medicare र Medicaid अन्तर्गत केही लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुपर्ने छ।

यस योजनामा नामाङ्कन गर्न तपाईं निम्न Medicare बचत कार्यक्रमहरूका लागि योग्य हुनुपर्ने छ:

H2915018000 Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) - QDWI, QI, QMB, SLMB

सबै MSP स्तरहरूको विवरणका लागि तलको “Medicare बचत कार्यक्रम (MSP) स्तरहरू” खण्ड हेर्नुहोस्।

थप विवरणका लागि कृपया योजनामा सम्पर्क गर्नुहोस्।

योजनाका सेवा क्षेत्रहरू:

हाम्रो सेवा क्षेत्रमा Pennsylvania का निम्न काउन्टीहरू समावेश छन्: Adams, Allegheny, Armstrong, Beaver, Bedford, Berks, Blair, Bradford, Bucks, Butler, Cambria, Cameron, Carbon, Centre, Chester, Clarion, Clearfield, Clinton, Crawford, Cumberland, Dauphin, Delaware, Elk, Erie, Fayette, Forest, Franklin, Fulton, Greene, Huntingdon, Indiana, Jefferson, Juniata, Lackawanna, Lancaster, Lawrence, Lebanon, Lehigh, Luzerne, Lycoming, McKean, Mercer, Mifflin, Monroe, Montgomery, Montour, Northampton, Perry, Philadelphia, Pike, Potter, Schuylkill, Snyder, Somerset, Sullivan, Susquehanna, Tioga, Union, Venango, Warren, Washington, Wayne, Westmoreland, Wyoming र York।

यस योजनाको बारेमा र हेरचाह प्राप्त गर्ने तरिका

स्वास्थ्य हेरचाह सङ्गठनहरू (HMOs) भनेका बिमा प्रदायकद्वारा अनुबन्धित स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र संस्थाहरूको सञ्जाल सहितका स्वास्थ्य सेवा योजनाहरू हुन्। HMOs मा सामान्यतया सदस्यहरूले हेरचाह समन्वय गर्न प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदायक (PCP) छनौट गर्नुपर्ने हुन्छ र तपाईंलाई विशेषज्ञको आवश्यकता परेमा, PCP ले हाम्रो नेटवर्कमा भएको कुनै प्रदायकलाई छनौट गर्ने छन्।

स्वास्थ्य हेरचाह सङ्गठन-पोइन्ट अफ सर्भिस (HMO-POS) योजनाहरू पोइन्ट-अफ-सर्भिस (POS) लाभ सहितका HMOs हुन्। यस कागजातको "लाभ" खण्डमा देखाइएअनुसार POS लाभबाट सदस्यहरूलाई नियमित दन्त सेवाहरूका लागि नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरूबाट सेवा प्राप्त गर्न सकिन्छ। तपाईंले नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरू प्रयोग गर्नुभयो भने, आफ्नो तर्फबाट बेहोर्नुपर्ने लागत बढी हुन सक्छ। तपाईंको POS लाभका लागि नेटवर्कबाहिर सेवा लिन तपाईंलाई रेफरलको आवश्यकता पर्दैन। तथापि, नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरूबाट सेवा प्राप्त गर्नु अघि, तपाईंले सेवाहरू हामीबाट कभर गरिएको छ भन्ने कुरा हामीसँग पुष्टि गर्न सक्नुहुन्छ। यदि हामीले पछि सेवाहरू कभर नगरिएको निर्धारण गर्‍यौँ भने, हामी कभरेज अस्वीकार गर्न सक्छौँ र तपाईंले लागत आफैँ बेहोर्नुपर्ने छ। नेटवर्कबाहिर प्राप्त गरिएका सेवाहरूमा लागू हुने लागत-साझेदारीलगायत थप जानकारीका लागि कृपया हाम्रो सदस्य सेवा नम्बरमा कल गर्नुहोस् वा आफ्नो कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।

हाम्रो योजनाले तपाईंलाई आफ्नो क्षेत्रमा रहेका दक्ष मेडिकल प्रदायकहरूको हाम्रो नेटवर्कमा पहुँच प्रदान गर्दछ। तपाईं आफूसँग सहकार्य गर्न र तपाईंको हेरचाह समन्वय गर्न प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदायक (PCP) छनौट गर्न सक्नुहुन्छ। **कृपया ध्यान दिनुहोस्,** तपाईं उचित अनुमति विना अन्यत्र गई सेवा लिनुभयो भने, तपाईंले पूरा शुल्क तिर्नुपर्ने छ। लागतका लागि न त Medicare जिम्मेवार हुने छ, न त हाम्रो योजना नै जिम्मेवार हुने छ। आपत्कालीन अवस्थाहरू, नेटवर्क उपलब्ध नभएको बेला तत्काल सेवाहरू आवश्यक पर्दा (अर्थात्, नेटवर्कभित्र सेवाहरू प्राप्त गर्न अनुचित हुँदा वा सम्भव नभएको अवस्थामा), क्षेत्रबाहिरका डायलाइसिस सेवाहरू र Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP) ले नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरूको प्रयोगलाई स्वीकृत गर्ने अवस्थाहरूमा मात्र अपवाद लागू हुने छन्।

भाग D प्रेस्क्रिप्सन औषधिहरू कभर गरिएको छ। तपाईंलाई हाम्रा फार्मेसीहरूको ठूलो नेटवर्कमा पहुँच उपलब्ध छ। हाम्रा केही नेटवर्क फार्मेसीहरूले लागत-साझेदारीलाई प्राथमिकतामा राखेका छन्। तपाईंले यी फार्मेसीहरू प्रयोग गर्नुभयो भने अरूमा भन्दा कम रकम तिर्नुपर्ने हुन सक्छ। हाम्रो योजनाले *फर्म्युलरी* प्रयोग गर्दछ। हाम्रा औषधि योजनाहरू विशेष गरी Medicare लाभग्राहीहरूका लागि डिजाइन गरिएको छ र यसमा सर्वसुलभ जेनेरिक र ब्रान्ड नामयुक्त औषधिहरूको विस्तृत सूची समावेश छ।

म कुन-कुन चिकित्सक, अस्पताल र फार्मेसीहरू प्रयोग गर्न सक्छु? Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) मा चिकित्सक, अस्पताल, फार्मेसी र अन्य प्रदायकहरूको नेटवर्क छ। तपाईंले नियमित दन्त सेवाहरूका लागि नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरू प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। अन्य सबै सेवाहरूका लागि, तपाईंले हाम्रो नेटवर्कभित्र रहेका प्रदायकहरू प्रयोग गर्नु पर्दछ, नत्र योजनाले सेवाका लागि भुक्तानी नगर्न सक्छ।

हाम्रो रुचाइएको मेल-अर्डर फार्मेसी प्रयोग गरेर र योजनाको नेटवर्कमा रहेका प्रदायकहरू प्रयोग गरेर तपाईंले पैसा बचत गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले हाम्रो योजनाको प्रदायक र फार्मेसी निर्देशिका go.wellcare.com/2026providerdirectories मा हेर्न सक्नुहुन्छ। हाम्रो पूर्ण योजना फर्मुलरी (भाग D प्रेस्क्रिप्सन औषधिहरूको सूची) हाम्रो वेबसाइट go.wellcare.com/druglist-6722 मा उपलब्ध छ।

चिकित्सकीय हिसाबले आवश्यक भएमा हामी यस कागजातमा र कभरेजको प्रमाणमा समेटिएका सेवा र वस्तुहरू कभर गर्दछौँ।

तपाईं Original Medicare को कभरेज र लागतको बारेमा थप जानकारी चाहनुहुन्छ भने, तपाईंको हालको "Medicare र तपाईं" पुस्तिका हेर्नुहोस्। यसलाई अनलाइनमा www.medicare.gov मा हेर्नुहोस् वा दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) मा कल गरेर प्रतिलिपि प्राप्त गर्नुहोस्। TTY प्रयोगकर्ताहरूले 1-877-486-2048 मा कल गर्नु पर्छ।

हामीले तपाईंका लागि उपयुक्त हुने ढङ्गले जानकारी प्रदान गर्नु पर्छ (अङ्ग्रेजी बाहेक अन्य भाषाहरूमा, अडियोमा, ब्रेलमा, ठूलो प्रिन्टमा वा अन्य वैकल्पिक ढाँचाहरूमा, आदि)। थप जानकारीका लागि वा जानकारी वैकल्पिक ढाँचामा अनुरोध गर्न, कृपया हामीलाई 1-844-480-0680 मा कल गर्नुहोस् (TTY प्रयोगकर्ताहरूले 711 मा कल गर्नु पर्छ)। कार्यालय खुल्ने समय: आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुकी 8 बजेसम्म।

दोहोरो योग्यताको बारेमा बुझाइ

दोहोरो योग्यता विशेष आवश्यकता योजनाहरू (DSNPs) विशेष Medicare Advantage योजनाहरू हुन् जसले Medicare र Medicaid दुवै कभरेज भएका लाभग्राहीहरूलाई स्वास्थ्य सेवा लाभ प्रदान गर्दछ।

Medicaid संघीय र प्रान्तीय दुवै सरकारद्वारा संयुक्त रूपमा सञ्चालित कार्यक्रम हो, यसले सीमित आय र स्रोतसाधन भएका निश्चित व्यक्तिहरूको मेडिकल खर्चमा मद्दत गर्दछ। Medicaid लाभहरू मूल्यवान छन् किनभने राज्यले तपाईंको Medicare बचत कार्यक्रम (MSP) स्तरको आधारमा अतिरिक्त स्वास्थ्य सेवा कभरेज र वित्तीय सहायता प्रदान गर्दछ। Medicaid कभरेज राज्य र तपाईंको Medicaid को प्रकारका आधारमा फरक-फरक हुन्छ। तपाईंले कभर गरिएका सेवाहरूका लागि कति भुक्तानी गर्नुहुन्छ भन्ने कुरा तपाईंको Medicaid योग्यताको स्तरमा भर पर्न सक्छ। Medicaid भएका केही व्यक्तिहरूले आफ्नो Medicare प्रिमियम र अन्य लागतहरू भुक्तान गर्न मद्दत प्राप्त गर्दछन्। अरू मानिसहरूले Medicaid अन्तर्गत समेटिएका तर Medicare ले नसमेट्ने अतिरिक्त सेवा र औषधिहरूका लागि पनि कभरेज प्राप्त गर्न सक्छन्।

Medicare बचत कार्यक्रम (MSP) स्तरहरू

- ***पूर्ण-लाभ दोहोरो योग्यता (FBDE):*** Medicaid ले तपाईंको Medicare Part A र B प्रिमियम, कटौतीयोग्य रकम, सह-बिमा र सहभुक्तानीहरूका लागि भुक्तानी गर्न सक्छ। योग्य लाभग्राहीहरूले पूर्ण Medicaid लाभहरू पनि प्राप्त गर्दछन्।

- ***योग्य Medicare लाभग्राही (QMB):*** Medicaid ले तपाईंको Medicare Part A र B प्रिमियम, कटौतीयोग्य रकम, सह-बिमा र सहभुक्तानीका लागि भुक्तानी गर्ने छ। (केही QMB व्यक्तिहरू पूर्ण Medicaid लाभहरूका लागि पनि योग्य हुन्छन् (QMB+))।
- ***निर्दिष्ट न्यून-आय भएका Medicare लाभग्राही (SLMB):*** Medicaid ले तपाईंको Medicare Part B प्रिमियमको लागत बेहोर्ने छ। केही SLMB व्यक्तिहरू पूर्ण Medicaid लाभहरूका लागि पनि योग्य हुन्छन् (SLMB+)।
- ***योग्य व्यक्ति (QI):*** Medicaid ले Medicare Part B सँग सम्बन्धित लागतहरू तिर्ने छ।
- ***योग्य अपाङ्गता भएका कामकाजी व्यक्ति (QDWI):*** Medicaid ले Medicare Part A सँग सम्बन्धित लागतहरू तिर्ने छ।

नोट: केही MSP स्तरहरू स्वचालित रूपमा Medicare प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज सहायताका लागि अतिरिक्त मद्दत (Extra Help) पाउन योग्य हुन्छन्। केही राज्यहरूले भाग A र B लागत साझेदारीलाई कभर गर्दैनन्।

अतिरिक्त मद्दत भनेको के हो?

अतिरिक्त मद्दत पनि भनिने न्यून आय अनुदान (LIS) तपाईंलाई भाग D सँग सम्बन्धित आफ्नो तर्फबाट बेहोर्नुपर्ने खर्चहरू जस्तै प्रिमियम, कटौतीयोग्य, सह-बिमा वा सहभुक्तानीहरूमा मद्दत गर्नका लागि उपलब्ध हुन सक्छ। धेरै मानिसहरू अतिरिक्त मद्दत कार्यक्रमका लागि योग्य हुन्छन् र तिनलाई यो कुरा थाहा पनि हुँदैन। सहायता तपाईंको Medicare बचत कार्यक्रम (MSP) स्तर र तपाईंको दोहोरो योग्यता स्थितिमा पनि निर्भर हुन सक्छ भन्ने कुरा याद राख्नुहोस्।

तपाईंसँग आफ्नो Medicaid योग्यता र तपाईं कुन-कुन लाभहरूका लागि योग्य हुनुहुन्छ भन्ने बारेमा प्रश्नहरू छन् भने, यस कागजातको पछाडिको आवरणमा सूचीबद्ध नम्बरमा कल गर्नुहोस्।

केही सेवाहरू हाम्रो योजनामा समेटिएका छैनन् तर Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)मार्फत उपलब्ध छन्। थप जानकारीका लागि यस कागजातको पछिल्लो भागमा Medicaid ले कभर गर्ने लाभहरूको सारांश खण्ड हेर्नुहोस्।

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
नोट: *तारा चिन्ह (*) भएका सेवाहरूलाई पूर्व अनुमति लिनुपर्ने हुन सक्छ।* *वर्ग (▪) अङ्कित सेवाहरूको अर्थ रेफरल आवश्यक पर्न सक्छ।*	
मासिक योजना प्रिमियम (मेडिकल र औषधि दुवै समावेश छन्)	$32.70 तपाईं अतिरिक्त मद्दतका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंको योजनाको प्रिमियम तपाईंको तर्फबाट भुक्तानी गरिने छ। तपाईं अतिरिक्त मद्दतका लागि योग्य हुनुहुन्न भने, तपाईंलाई प्रिमियम तिराउन सकिन्छ। अन्यथा Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)वा अन्य तेस्रो पक्षले भुक्तानी नगरेको खण्डमा, तपाईंले आफ्नो Medicare Part B प्रिमियम तिर्न जारी राख्नु पर्छ।
कटौतीयोग्य रकम	कुनै कटौतीयोग्य रकम नहुने
आफ्नो तर्फबाट बेहोर्नुपर्ने (MOOP) दायित्व (प्रेस्क्रिप्सन औषधिहरू समावेश गरिएको छैन)	$5,400 वार्षिक तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत Medicare लागत-साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुभयो भने, भाग A र भाग B सेवाहरूका लागि आफ्नो तर्फबाट बेहोर्नुपर्ने अधिकतम रकमका लागि कुनै पनि आफ्नो तर्फबाट बेहोर्नु पर्ने लागत तिर्न तपाईं जिम्मेवार हुनुहुन्न।
अन्तरङ अस्पताल कभरेज	प्रत्येक पटक प्रवेश गर्दा, तपाईंले तिर्नुपर्ने रकम: • दिन 1 देखि 6 सम्म प्रति दिन $0 वा $275 सहभुक्तानी • दिन 7 देखि 90 सम्म प्रति दिन $0 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
बहिरङ अस्पताल कभरेज	
बहिरङ अस्पताल सेवाहरू	छालाको बायोप्सीका लागि $0 सहभुक्तानी अरू सबै बहिरङ सेवाहरूका लागि $0 वा $200 सहभुक्तानी। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
बहिरङ अस्पताल अवलोकन सेवाहरू	आकस्मिक कक्ष मार्फत अवलोकन स्थितिमा प्रवेश गर्दा बहिरङ बिरामी अवलोकन सेवाहरूका लागि $0 वा $130 सहभुक्तानी। बहिरङ सेवा केन्द्र मार्फत अवलोकन स्थितिमा प्रवेश गर्दा बहिरङ बिरामी अवलोकन सेवाहरूका लागि $0 वा $200 सहभुक्तानी। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ।
एम्बुलेटरी सर्जिकल सेन्टर (ASC) सेवाहरू	एम्बुलेटरी सर्जिकल सेन्टरमा Medicare द्वारा कभर गरिएको प्रत्येक परामर्शका लागि $0 वा $150 सहभुक्तानी। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
चिकित्सकसँगको परामर्श	
प्राथमिक स्वास्थ्य प्रदायकहरू	$0 सहभुक्तानी

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
विशेषज्ञहरू	$0 वा $15 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
रोकथाममूलक सेवा (जस्तै, वार्षिक स्वास्थ्य परामर्श, हड्डीको मास (घनत्व) मापन, स्तन क्यान्सर स्क्रिनिङ (म्यामोग्राम), कार्डियोभास्कुलर स्क्रिनिङ, पाठेघर र योनि क्यान्सर स्क्रिनिङ, कोलोरेक्टल क्यान्सर स्क्रिनिङ, मधुमेह स्क्रिनिङ, हेपाटाइटिस B भाइरस स्क्रिनिङ, प्रोस्टेट क्यान्सर स्क्रिनिङ (PSA), खोपहरू (फ्लु/इन्फ्लुएन्जा खोप, हेपाटाइटिस B खोप, न्युमोकोकल खोप, COVID खोपलगायत))	$0 सहभुक्तानी
आकस्मिक सेवा	$0 वा $130 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। तपाईंलाई 24 घण्टाभित्र अस्पतालमा भर्ना गरियो भने सहभुक्तानी छुट हुन्छ।

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
विश्वव्यापी आकस्मिक कभरेज	$130 सहभुक्तानी विश्वव्यापी आकस्मिक र विश्वव्यापी रूपमा तत्काल आवश्यक पर्ने सेवाहरूका लागि योजनाबाट अधिकतम $50,000 कभरेज प्राप्त हुन्छ। आकस्मिक कक्ष वा आकस्मिक अस्पताल भर्ना बाहेकका हेरचाहका लागि विश्वव्यापी कभरेज उपलब्ध छैन। विश्वव्यापी आकस्मिक सेवाहरूका लागि अस्पताल भर्ना भएमा सहभुक्तानी छुट पाइने छैन।
तत्काल आवश्यक पर्ने सेवाहरू	$0 वा $40 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। तपाईंलाई 24 घण्टाभित्र अस्पतालमा भर्ना गरियो भने सहभुक्तानी छुट हुन्छ।
विश्वव्यापी तत्काल आवश्यक पर्ने हेरचाह कभरेज	$130 सहभुक्तानी विश्वव्यापी आकस्मिक र विश्वव्यापी रूपमा तत्काल आवश्यक पर्ने सेवाहरूका लागि योजनाबाट अधिकतम $50,000 कभरेज प्राप्त हुन्छ। विश्वव्यापी रूपमा तत्काल आवश्यक पर्ने सेवाहरूका लागि अस्पताल भर्ना भएमा सहभुक्तानी छुट पाइने छैन।

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
नैदानिक सेवाहरू/प्रयोगशाला परीक्षण/इमेजिङ	
प्रयोगशाला परीक्षण सेवाहरू	वंशाणुगत परीक्षणका लागि $0 वा $50 सहभुक्तानी अन्य सबै प्रयोगशाला परीक्षणका लागि $0 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
नैदानिक परीक्षण र प्रक्रियाहरू	$0 सहभुक्तानी *
बहिरङ बिरामीको एक्स-रे	$0 वा $25 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
नैदानिक रेडियोलोजी सेवाहरू (जस्तै MRI, CAT स्क्यान)	नैदानिक म्यामोग्रामका लागि $0 सहभुक्तानी। बहिरङ सेटिङमा प्राप्त अन्य सबै नैदानिक रेडियोलोजी सेवाहरूका लागि $0 वा $200 सहभुक्तानी। अन्य स्थानहरूमा प्राप्त अन्य सबै सेवाहरूका लागि $0 वा $125 सहभुक्तानी। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
थेराप्युटिक रेडियोलोजी	$0 वा 20% सहबिमा तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
श्रवण सेवाहरू	
श्रवण परीक्षण Medicare द्वारा कभर गरिने	$0 वा $15 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
नियमित श्रवण परीक्षण	$0 सहभुक्तानी * प्रत्येक वर्ष 1 परीक्षण
श्रवण यन्त्रहरू	
श्रवणयन्त्र फिटिङ/मूल्याङ्कन(हरू)	$0 सहभुक्तानी * प्रत्येक वर्ष 1 फिटिङ/मूल्याङ्कन(हरू)
श्रवण यन्त्रका अधिकतम रकम	श्रवण यन्त्रका लागि प्रति कान प्रति वर्षको अधिकतम $1,000 सम्म रकम।
सबै प्रकार	$0 सहभुक्तानी * प्रत्येक वर्ष 2 वटासम्म श्रवणयन्त्र(हरू)

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
श्रवणसम्बन्धी अतिरिक्त जानकारी	**तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू** तपाईंका चिकित्सक वा अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले तपाईंलाई मेडिकल उपचार आवश्यक छ कि छैन भनेर हेर्न यी परीक्षणहरू गराउन आदेश दिन्छन् भने, Medicare ले नैदानिक श्रवणशक्ति र सन्तुलन परीक्षणहरू कभर गर्दछ।
दन्त सेवाहरू Medicare द्वारा कभर गरिने	 Medicare द्वारा कभर गरिने हरेक सेवाका लागि $0 वा $15 सहभुक्तानी। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
नियमित नैदानिक तथा रोकथाममूलक सेवाहरू	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा * प्रत्येक वर्ष 2 पटक सरसफाइ सेवाको प्रकारका आधारमा 3 योजना वर्षसम्म प्रत्येक सेवा मितिदेखि दन्त एक्स-रे 1 सेट मुखको परीक्षण प्रत्येक वर्ष 2 पटक

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
फ्लोराइड उपचार	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा * प्रत्येक वर्ष 1 पटक
अन्य नैदानिक दन्त सेवाहरू	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा * सेवाको प्रकारका आधारमा 3 योजना वर्षसम्म प्रत्येक सेवा मितिमा 1 पटक
अन्य रोकथाममूलक दन्त सेवाहरू	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा * सेवाको प्रकारका आधारमा 3 योजना वर्षसम्म प्रत्येक सेवा मितिमा 1 पटक

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
नियमित विस्तृत सेवाहरू	
पुनर्स्थापना सेवाहरू	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा *
एन्डोडोन्टिक्स/ पिरियोडोन्टिक्स	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा *
मुखको/म्याक्सिलोफेसियल शल्यक्रिया	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा *

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
प्रोस्थोडोन्टिक्स, स्थिर	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा *
प्रोस्थोडोन्टिक्स, हटाउन मिल्ने	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा *
सहायक सामान्य सेवाहरू	**नेटवर्कभित्र** $0 सहभुक्तानी * **नेटवर्कबाहिर** 25% सहबिमा * **थप जानकारी, सीमा र अपवादहरूका लागि, कृपया आफ्नो कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्। अतिरिक्त दन्त सेवा सीमा र अपवादहरू लागू हुन्छन्।**

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
अतिरिक्त दन्त विवरण	**तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू:** यस योजनामा सबै नेटवर्कभित्र र नेटवर्कबाहिरका समेटिएका नियमित विस्तृत दन्त सेवाहरूका लागि प्रति योजना वर्ष $4,000 सम्मको कभरेज समावेश छ। तपाईंले नियमित दन्त हेरचाह (Medicare द्वारा कभर नगरिने सेवाहरू) का लागि नेटवर्कभित्र वा नेटवर्कबाहिरका दन्त चिकित्सकहरू प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरू प्रयोग गर्नुभयो भने, आफ्नो तर्फबाट बेहोर्नुपर्ने लागत बढी हुन सक्छ। नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरूसँग योजना भुक्तानीलाई पूर्ण भुक्तानीको रूपमा स्वीकार गर्ने गरी करार गरिएको छैन। तिनले तपाईंलाई योजनाले तिर्नेभन्दा बढी शुल्क लिन सक्छन्।
आँखाको हेरचाह आँखाको परीक्षण Medicare द्वारा कभर गरिने	Medicare द्वारा कभर गरिने हरेक मधुमेही रेटिनोप्याथी स्क्रिनिङ वा मधुमेही आँखा परीक्षणका लागि $0 सहभुक्तानी Medicare द्वारा कभर गरिने अन्य सबै आँखा परीक्षणहरूका लागि $0 वा $15 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
नियमित आँखा परीक्षण (अपवर्तन)	$0 सहभुक्तानी * प्रत्येक वर्ष 1 परीक्षण

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
ग्लकोमा स्क्रिनिङ	Medicare द्वारा कभर गरिने प्रत्येक सेवाका लागि $0 सहभुक्तानी।
चस्मा आदि (आइवेयर) Medicare द्वारा कभर गरिने	$0 सहभुक्तानी
नियमित आइवेयर कन्ट्याक्ट लेन्स/चश्मा (फ्रेम र लेन्स)/चश्मा फ्रेमहरू आइवेयरका अधिकतम रकम	$0 सहभुक्तानी * प्रत्येक वर्ष कन्ट्याक्ट लेन्स र चश्मा (लेन्स र/वा फ्रेम) का लागि संयुक्त रूपमा अधिकतम $300 सम्म।
मानसिक स्वास्थ्य सेवाहरू अन्तरङ बिरामी परामर्श	प्रत्येक पटक प्रवेश गर्दा, तपाईंले तिर्नुपर्ने रकम: • दिन 1 देखि 6 सम्म प्रति दिन $0 वा $275 सहभुक्तानी • दिन 7 देखि 90 सम्म प्रति दिन $0 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
बहिरङ बिरामी व्यक्तिगत थेरापी परामर्श	$0 वा $25 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
बहिरङ बिरामी सामूहिक थेरापी परामर्श	$0 वा $25 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
कुशल नर्सिङ संस्था (SNF)	प्रत्येक पटक प्रवेश गर्दा, तपाईंले तिर्नुपर्ने रकम: • 1 दिनदेखि 20 दिनसम्म प्रति दिन $0 सहभुक्तानी • 21 दिनदेखि 50 दिनसम्म प्रति दिन $0 वा $218 सहभुक्तानी • 51 दिनदेखि 100 दिनसम्म प्रति दिन $0 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
थेरापी तथा पुनर्स्थापना सेवाहरू शारीरिक थेरापी	 $0 वा $25 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
बहिरङ पुनर्स्थापना सेवाहरू व्यावसायिक थेरापिस्टद्वारा प्रदान गरिने	$0 वा $25 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
पल्मोनरी पुनर्स्थापना सेवाहरू	$0 वा $35 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ।
एम्बुलेन्स सडक एम्बुलेन्स	$0 वा $280 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
हवाइ एम्बुलेन्स	$0 वा $280 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
यातायात सेवाहरू (गैर-आकस्मिक मेडिकल यातायात)	योजनाद्वारा स्वीकृत स्वास्थ्य सेवा संस्थाहरूसम्म जान-आउन प्रत्येक वर्ष 12 पटकसम्म सवारी। यसमा चिकित्सक, विशेषज्ञ, फार्मेसी र दन्त वा दृष्टि प्रदायकहरू समावेश छन्। $0 सहभुक्तानी (प्रति एकतर्फी यात्रा) * **तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू:** माइलेज सीमाहरू लागू हुन सक्छन्। आफ्नो अपोइन्टमेन्टका लागि सवारी बुक गर्न 72 घण्टा अगाडि नै आफ्नो सदस्यता ID कोपछाडि रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्। मोबाइल एप मार्फत पनि सवारी बुक गर्न सकिन्छ।

लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
Medicare Part B औषधिहरू	
केमोथेरापी औषधिहरू र अन्य भाग B औषधिहरू	$0 वा 20% सहबिमा तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। * केही भाग B छुटयोग्य औषधिहरूमा माथि दिइएको रकमभन्दा कम सहबिमा लागू हुन सक्छ।
इन्सुलिन	$0 वा $35 सहभुक्तानी (प्रति महिना अधिकतम) तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
एलर्जी एन्टिजेन	0% सहबिमा *

भाग D प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
चरण 1: वार्षिक कटौतीयोग्य चरण	
कुनै योजनामा भाग D औषधि कटौतीयोग्य समावेश छ भने, कभर गरिने इन्सुलिन उत्पादनहरू र दाद, टिटानस र यात्रा गर्नु अघि लगाइने खोपहरूलगायत धेरैजसो वयस्क भाग D खोपहरूमा कटौतीयोग्य रकम लागू हुँदैन।	
कटौतीयोग्य रकम	तपाईंले अतिरिक्त मद्दत पाउनुभयो भने, तपाईंले भाग D औषधिहरूका लागि कटौतीयोग्य रकम तिर्नु पर्दैन। यो भुक्तानी चरण तपाईंमा लागू हुँदैन। यदि तपाईं अतिरिक्त मद्दतका लागि योग्य हुनुहुन्न भने, तपाईंले कभरेजको प्रमाणमा देखाइएअनुसार भाग D कटौतीयोग्य रकम तिर्नुपर्ने छ।
चरण 2: प्रारम्भिक कभरेज चरण (लागू हुने भएमा, तपाईंको कटौतीयोग्य रकम तिरेपछि)	
तपाईंको कुल खर्च $2,100 नपुगुन्जेल तपाईं प्रारम्भिक कभरेज चरणमा रहनुहुने छ। त्यसपछि तपाईं विनाशकारी कभरेज चरणमा प्रवेश गर्नुहुने छ।	
खोपका लागि तपाईंले तिर्नुहुने रकम: तपाईंले आफ्नो कटौतीयोग्य रकम तिर्नुभएको छैन भने पनि (तपाईंको योजनामा कटौतीयोग्य रकम भएमा), धेरैजसो भाग D खोपहरू तपाईंलाई नि:शुल्क हुने गरी हाम्रो योजनाले कभर गर्दछ।	
इन्सुलिनका लागि तपाईंले तिर्नुपर्ने रकम: **टियर 3:** तपाईंले आफ्नो कटौतीयोग्य रकम तिर्नुभएको छैन भने पनि (तपाईंको योजनामा कटौतीयोग्य रकम लागू हुन्छ भने), प्रत्येक कभर गरिएको इन्सुलिन उत्पादनको 1 महिनाको आपूर्तिमा हामीले सम्झौता गरेको मूल्यको 25% वा $35 मध्ये जुन कम छ, बढीमा त्यही रकम, 2 महिनाको आपूर्तिमा हामीले सम्झौता गरेको मूल्यको 25% वा $70 मध्ये जुन कम छ, बढीमा त्यही रकम वा 3 महिनाको आपूर्तिमा हामीले सम्झौता गरेको मूल्यको 25% वा $105 मध्ये जुन कम छ, बढीमा त्यही रकम तिर्नुहुने छ। **टियर 4:** तपाईंले आफ्नो कटौतीयोग्य रकम तिर्नुभएको छैन भने पनि (तपाईंको योजनामा कटौतीयोग्य रकम लागू हुन्छ भने), प्रत्येक कभर गरिएको इन्सुलिन उत्पादनको 1 महिनाको आपूर्तिमा हामीले सम्झौता गरेको मूल्यको 25% वा $35 मध्ये जुन कम छ, बढीमा त्यही रकम, 2 महिनाको आपूर्तिमा हामीले सम्झौता गरेको मूल्यको 25% वा $70 मध्ये जुन कम छ, बढीमा त्यही रकम वा 3 महिनाको आपूर्तिमा हामीले सम्झौता गरेको मूल्यको 25% वा $105 मध्ये जुन कम छ, बढीमा त्यही रकम तिर्नुहुने छ।	
अन्य भाग D औषधिहरूका लागि तपाईंले तिर्नुपर्ने रकम: तपाईंले तिर्नुहुने लागत साझेदारी तपाईंको अतिरिक्त मद्दतको स्तरमा निर्भर गर्दछ। तपाईं अतिरिक्त मद्दतका लागि योग्य हुनुहुन्न भने, यस चरणमा तपाईंको लागत साझेदारीका लागि कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।	

भाग D प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000	
चरण 2: प्रारम्भिक कभरेज चरण (लागू भएमा, तपाईंको कटौतीयोग्य रकम तिरेपछि) (निरन्तर)		
खुद्रा लागत-साझेदारी (30-दिन / 100-दिनको आपूर्ति) टियर विवरणको बारेमा थप जानकारीका लागि, कृपया कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।		
	प्राथमिकता दिइएको	**सामान्य**
टियर 1 (प्राथमिकता दिइएको जेनेरिक)	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 2 (जेनेरिक)	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 3 (प्राथमिकता प्राप्त ब्रान्ड)	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 4 (प्राथमिकता नदिइएको औषधि)	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 5 (विशेषज्ञता टियर) अधिकतम 30 दिनको आपूर्ति	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 6 (निश्चित हेरचाह औषधिहरू)	$0 सहभुक्तानी	$0 सहभुक्तानी

भाग D प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज	**Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000**	
चरण 2: प्रारम्भिक कभरेज चरण (लागू भएमा, तपाईंको कटौतीयोग्य रकम तिरेपछि) (निरन्तर)		
मेल-अर्डर लागत-साझेदारी (100-दिनको आपूर्ति)		
	प्राथमिकता दिइएको	**सामान्य**
टियर 1 (प्राथमिकता दिइएको जेनेरिक)	$0 सहभुक्तानी	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 2 (जेनेरिक)	$0 सहभुक्तानी	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 3 (प्राथमिकता प्राप्त ब्रान्ड)	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 4 (प्राथमिकता नदिइएको औषधि)	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65	जेनेरिक औषधिहरू: $0 / $1.60 / $5.10 ब्रान्डेड औषधिहरू: $0 / $4.90 / $12.65
टियर 5 (विशेषज्ञता टियर) अधिकतम 30 दिनको आपूर्ति	उपलब्ध नभएको	उपलब्ध नभएको
टियर 6 (निश्चित हेरचाह औषधिहरू)	$0 सहभुक्तानी	$0 सहभुक्तानी
चरण 3: विनाशकारी कभरेज चरणमा प्रवेश गर्नुहुने छ।		
यस भुक्तानी चरणमा, योजनाले तपाईंको कभर गरिएको भाग D औषधिहरूको पूर्ण लागत भुक्तानी गर्दछ। पात्रो वर्षको बाँकी समय तपाईंले केही तिर्नु पर्दैन।		

भाग D प्रेस्क्रिप्सन औषधि कभरेज	**Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000**
	तपाईंले आफ्नो तर्फबाट गर्ने वार्षिक औषधि खर्च (तपाईंको खुद्रा फार्मेसी र मेल अर्डर मार्फत खरिद गरिएको औषधि सहित) $2,100 पुगेपछि तपाईं यो चरणमा प्रवेश गर्नुहुने

जेनेरिक औषधिहरू टियर 1 र टियर 2 बाहेक अन्य टियरहरूमा पनि समावेश हुन सक्छन्। तपाईंका औषधिहरू कुन टियरमा कभर गरिएको छ भनेर प्रमाणित गर्न कृपया यस योजनाको फर्मुलरी अध्ययन गर्नुहोस्।

लागत-साझेदारी पोइन्ट-अफ-सर्भिस (मेल-अर्डर, खुद्रा, दीर्घकालीन हेरचाह (LTC)), घरमा इन्फ्युजन, फार्मेसी हामीले प्राथमिकता दिएको वा सामान्य नेटवर्कमा छ वा आपूर्ति प्राप्त गरेको दिनको आधारमा फरक-फरक हुन सक्छ। मेल अर्डर प्रेस्क्रिप्सनहरू 35 दिन वा सोभन्दा बढी समयको मात्रामा वितरण गर्दछ।

Medicare प्रेस्क्रिप्सन भुक्तानी योजनाका सेवा क्षेत्रहरू

Medicare प्रेस्क्रिप्सन भुक्तानी योजना तपाईंको हालको औषधि कभरेजसँग उपयुक्त हुने भुक्तानी विकल्प हो र यसले तपाईंको औषधि लागतलाई वर्षभरि (जनवरी - डिसेम्बर) फरक-फरक मासिक भुक्तानीहरूमा वितरण गरेर व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्न सक्छ।

यस भुक्तानी विकल्पको बारेमा थप जानकारीका लागि, कृपया हामीलाई 1-833-750-9969 मा सम्पर्क गर्नुहोस्। (TTY मात्र, 1-800-716-3231 मा कल गर्नुहोस्।) हामी हप्ताको 7 दिन, 24 घण्टा फोन कलमा उपलब्ध छौँ वा go.wellcare.com/PA-MPPP मा जानुहोस्।

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
***नोटः** तारा चिन्ह (*) भएका सेवाहरूलाई पूर्व अनुमति लिनुपर्ने हुन सक्छ।* *वर्ग (▪) अङ्कित सेवाहरूको अर्थ रेफरल आवश्यक पर्न सक्छ।*	
काइरोप्र्याक्टिक सेवाहरू Medicare द्वारा कभर गरिने	$0 वा $15 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
अक्युपङ्क्चर Medicare द्वारा कभर गरिने	Medicare द्वारा कभर गरिने अक्युपङ्क्चरका लागि $0 सहभुक्तानी, PCP कार्यालयमा प्रदान गरिने। Medicare द्वारा कभर गरिने अक्युपङ्क्चरका लागि $0 वा $15 सहभुक्तानी, काइरोप्र्याक्टरको कार्यालयमा प्रदान गरिने। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। Medicare द्वारा कभर गरिने अक्युपङ्क्चरका लागि $0 वा $15 सहभुक्तानी, विशेषज्ञको कार्यालयमा प्रदान गरिने। तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
पोडियाट्री सेवाहरू (खुट्टाको हेरचाह) Medicare द्वारा कभर गरिने	$0 वा $15 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
भर्चुअल परामर्शहरू	तपाईंको योजनाको भर्चुअल परामर्श प्रदायक(हरू) मार्फत गरिएको हरेक भर्चुअल परामर्श सेवाहरूवापत $0 सहभुक्तानी। हाम्रो योजनाले विभिन्न स्वास्थ्य सरोकार/प्रश्नहरू सम्बोधन गर्न मद्दत गर्न दिनको 24 घण्टा, हप्ताको 7 दिन बोर्डद्वारा प्रमाणित चिकित्सकहरूसँग भर्चुअल परामर्शमा पहुँच प्रदान गर्दछ। कभर गरिने सेवाहरूमा सामान्य चिकित्सा, व्यवहारजन्य स्वास्थ्य, चर्म विज्ञान र अन्य सेवाहरू पर्दछन्। भर्चुअल परामर्श (जसलाई टेलिहेल्थ वा टेलिमेडिसिन पनि भनिन्छ) भनेको स्मार्ट फोन, ट्याब्लेट वा कम्प्युटर प्रयोग गरेर फोन वा इन्टरनेट मार्फत चिकित्सकसँग गरिने परामर्श हो। निश्चित प्रकारका परामर्शहरूका लागि इन्टरनेट र क्यामेरा प्रयोग गर्न मिल्ने उपकरण आवश्यक पर्न सक्छ। थप जानकारीका लागि, कृपया आफ्नो कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्। **तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू:** माथिको $0 सहभुक्तानी तपाईंको योजनाको भर्चुअल परामर्श प्रदायक(हरू)बाट सेवाहरू प्राप्त गर्दा मात्र लागू हुने छ। यदि तपाईंले आफ्नो योजनाको भर्चुअल परामर्श प्रदायक(हरू)बाट नभई नेटवर्क प्रदायकबाट टेलिमेडिसिन सेवाहरू प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले कभरेजको प्रमाणभित्र उल्लेख गरिएअनुसार ती प्रदायकहरूका लागि सूचीबद्ध लागत शेयरहरू तिर्नुपर्ने छ (*जस्तै, तपाईंले आफ्नो PCP बाट टेलिहेल्थ सेवाहरू प्राप्त गर्नुभयो भने, तपाईंले PCP लागत शेयर तिर्नुपर्ने छ*)।

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
सामाजिक सहायता प्लेटफर्म	हाम्रो योजनाले तपाईंको समग्र कल्याणका लागि अनलाइन र एपमा आधारित सहायता प्लेटफर्म प्रदान गर्दछ। यस प्लेटफर्मले तनाव, चिन्ता व्यवस्थापन गर्न र तपाईंको भावनात्मक तथा मानसिक स्वास्थ्यमा सहायता प्रदान गर्न व्यक्तीकृत थेराप्युटिक स्व-निर्देशित क्रियाकलाप र कार्यक्रमहरू प्रदान गर्दछ। आफ्नो आवश्यकताअनुसार बनाइएका अन्तरक्रियात्मक क्रियाकलाप, ध्यान र खेलहरूमा संलग्न हुनुहोस्। प्लेटफर्ममा सामाजिक समुदायहरूमा सामेल हुने सुविधा पनि उपलब्ध छ। अनलाइनमा 24/7 उपलब्ध छ - तपाईंले जुनसुकै बेला यसको प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। सामाजिक सहायता प्लेटफर्ममा कसरी पहुँच राख्ने भन्ने विषयमा थप जानकारीका लागि, कृपया आफ्नो कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्। $0 सहभुक्तानी
गृह स्वास्थ्य एजेन्सी हेरचाह	$0 सहभुक्तानी *
खानाहरू तीव्र बिमारीपछिको खाना	 $0 सहभुक्तानी ▪ **तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू:** तपाईं योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले अस्पतालमा भर्ना भएको 45 दिनसम्म स्वास्थ्यलाभमा सघाउ पु- यउन घरमा डेलिभर गरिएको खानाका लागि कुनै पनि रकम तिर्नु पर्दैन, जसमा 14 दिनसम्म प्रति दिन अधिकतम 3 छाक खाना र प्रति वर्ष असीमित पटकसम्म र प्रत्येक पटक अधिकतम 42 छाक खाना प्राप्त गर्न सकिने छ।

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
मेडिकल उपकरण/सामग्रीहरू	
टिकाउयोग्य मेडिकल उपकरण (DME)	$0 वा 20% सहबिमा तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
प्रोस्थेटिक्स (नक्कली अङ्ग)	$0 वा 20% सहबिमा तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
मधुमेहसम्बन्धी सामग्रीहरू	$0 सहभुक्तानी * थप जानकारी, सीमा र अपवादहरूका लागि, कृपया आफ्नो कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।
मधुमेही थेराप्युटिक जुत्ता वा इन्सर्टहरू	$0 वा 20% सहबिमा तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *
ओपिओइड उपचार कार्यक्रम सेवाहरू	$0 वा $15 सहभुक्तानी तपाईं Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)अन्तर्गत पूर्ण Medicare लागत साझेदारी सहायताका लागि योग्य हुनुहुन्छ भने, तपाईंले $0 सहभुक्तानी रकम तिर्नुहुने छ। *

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
स्वास्थ्य र कल्याणकारी शिक्षा कार्यक्रमहरू तन्दुरुस्ती	प्रदान गरिने कल्याणकारी शिक्षा कार्यक्रमका लाभहरूको विस्तृत सूचीका लागि, कृपया कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्। $0 सहभुक्तानी **तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू:** सक्रिय र स्वस्थ जीवनशैलीलाई टेवा प्रदान गर्न, तपाईंको योजनाले देशभरका फिटनेस स्थानहरूमा पहुँच प्रदान गर्ने फिटनेस कार्यक्रम प्रदान गर्दछ। तपाईं फिटनेस नेटवर्कभित्र एक वा बढी व्यायामशालाहरूमा पहुँच राख्न सक्नुहुन्छ। सदस्यहरूलाई व्यक्तिगत फिटनेस सेन्टरहरू, मागअनुसारका व्यायाम कार्यक्रमहरू र विभिन्न प्रकारका होम फिटनेस सामग्रीहरूमा पहुँच उपलब्ध छ।
व्यक्तिगत आपत्कालीन प्रतिक्रिया प्रणाली (PERS)	$0 सहभुक्तानी
24-घण्टे नर्स परामर्श लाइन	$0 सहभुक्तानी
वार्षिक नियमित शारीरिक परीक्षा	$0 सहभुक्तानी **तपाईंले थाहा पाउनुपर्ने कुराहरू:** परीक्षामा विस्तृत मेडिकल/पारिवारिक इतिहास र रोकथाममूलक जाँच/हेरचाहका लागि सिफारिसहरू समावेश हुन्छन्।

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
दीर्घरोगीहरूका लागि विशेष पूरक लाभहरू (SSBCI) उल्लेख गरिएका लाभहरू दीर्घरोगीहरूका लागि विशेष पूरक लाभहरूको एक भाग हुन्। सबै सदस्यहरू योग्य हुने छैनन्। उच्च जोखिममा हुनुको साथै, तपाईंमा निम्नमध्ये एक वा बढी दीर्घकालीन अवस्थाहरू हुनु पर्छ: क्यान्सर, मुटुसम्बन्धी विकारहरू, दीर्घकालीन र अशक्त बनाउने मानसिक स्वास्थ्य अवस्थाहरू, फोक्सोका दीर्घकालीन विकारहरू, मधुमेह। सूचीबद्ध नगरिएका अन्य योग्य अवस्थाहरू पनि छन्। तपाईंको अवस्थाको आधारमा मात्र यस लाभका लागि योग्यताको ग्यारेन्टी गर्न सकिँदैन। लाभ प्रदान गर्नु अघि सबै प्रचलित योग्यता मापदण्डहरू पूरा गर्नुपर्दछ। विस्तृत विवरणका लागि, कृपया हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस् वा योजनाको कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।	**योग्य हुनुभएमा**, तपाईंले तल दिइएका थप लाभहरूका लागि आफ्नो Wellcare Spendables® भत्ता प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। योग्य ठहरिएपछि यी विस्तारित लाभहरू 7-10 कार्य दिनमा उपलब्ध हुने छन्। Wellcare Spendables® कार्डको बारेमा थप जानकारीका लागि यस चार्टमा रहेको Wellcare Spendables® खण्ड हेर्नुहोस्। तपाईंको कार्ड भत्ता निम्न कार्यहरूमा प्रयोग गर्न सकिन्छ: • **पम्पमा ग्यासको भुक्तानी** - तपाईंले आफ्नो कार्ड सिधै पम्पमा ग्यासको भुक्तानी गर्न प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। नगद रजिस्टरमा व्यक्तिगत रूपमा भुक्तानी गर्न कार्ड प्रयोग गर्न मिल्दैन। तपाईंको कार्ड उपलब्ध अधिकतम रकमसम्म मात्र प्रयोग गर्न सकिन्छ। • **स्वस्थ खाना** - तपाईंले आफ्नो कार्ड सहभागी खुद्रा विक्रेताहरूमा स्वस्थ खाना र उत्पादनहरूका लागि भुक्तानी गर्न प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। योग्य किराना सामानहरूको डेलिभरी विकल्पहरू उपलब्ध हुन सक्छन्। तयार पारिएको खाना र उत्पादन बाकसहरू अनलाइन पोर्टल मार्फत अर्डरका लागि उपलब्ध छन्। • **गृह सहायता र सुरक्षा सामग्रीहरू** - तपाईंले आफ्नो कार्ड प्रयोग गरेर गृह सहायता र सुरक्षा सामग्रीहरूको खरिद, जडान गर्नका लागि प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईं आफ्नो कार्ड किरा र किट नियन्त्रण गर्न पनि प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। स्वीकृत सामानहरू खरिद गर्न र योग्य सेवाहरू हेर्न आफ्नो सदस्य पोर्टलमा लग इन गर्नुहोस्। • **भाडा सहायता** - तपाईंले आफ्नो कार्ड आफ्नो घरको भाडा/किस्ता तिर्न प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। • **युटिलिटी सहायता** - तपाईंले आफ्नो कार्ड आफ्नो घरका बिजुली/पानी आदिको बिल तिर्न प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंको कार्ड पानी, हिटिङ तेल र प्राकृतिक ग्यास, बिजुली, फोहोर व्यवस्थापन, केबल टिभी सेवा (स्ट्रिमिङ सेवाहरू बाहेक), ल्यान्डलाइन वा मोबाइल फोन र इन्टरनेटलगायतका युटिलिटी खर्चहरू तिर्नका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ।

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, योजना 018, 000
Wellcare Spendables®	तपाईंले OTC सामानहरू, दन्त, दृष्टि र श्रवण सेवाहरूमा खर्च गर्न आफ्नो Wellcare Spendables® कार्डमा प्रिलोड गरिएको **मासिक $83** प्राप्त गर्नुहुने छ। **प्रयोग नगरिएको खण्डमा तपाईंको मासिक रकम अर्को महिनामा थप हुने छ र योजना वर्षको अन्त्यमा यसको म्याद समाप्त हुने छ।** तपाईंको कार्ड भत्ता निम्न कार्यहरूमा प्रयोग गर्न सकिन्छ: **ओभर-द-काउन्टर सामानहरू (OTC)** - तपाईंको कार्ड सहभागी खुद्रा स्थानहरूमा, मोबाइल एप मार्फत वा तपाईंको सदस्य पोर्टल मार्फत अनलाइन होम डेलिभरीका लागि अर्डर गर्न प्रयोग गर्न सकिन्छ। कभर गरिएका सामानका उदाहरणहरूमा ब्रान्डेड र जेनेरिक ओभर-द-काउन्टर औषधि, भिटामिन, दुखाइ निवारक औषधि, चिसो र एलर्जीसम्बन्धी औषधि र मधुमेहसम्बन्धी औषधिहरू पर्दछन्। **दन्त, दृष्टि र श्रवण** - तपाईंले योग्य दन्त, दृष्टि र श्रवण सेवाहरूका लागि आफ्नो खल्ती बेहोर्नुपर्ने खर्च घटाउन आफ्नो कार्ड प्रयोग गर्न सक्नुहुन्छ। **तल उल्लेख गरिएका लाभहरू SSBCI का अंश हुन्। सबै सदस्यहरू योग्य हुने छैनन्। तपाईंले निम्न योजना लाभहरूका लागि योग्यता मापदण्ड पूरा गर्नुपर्ने छ।** <u>**तपाईं योग्य हुनुभयो भने**, तपाईंको कार्डको रकम निम्न कार्यहरूमा पनि प्रयोग गर्न सकिन्छ:</u> • पम्पमा ग्यासको भुक्तानी • स्वस्थकर खाना • गृह सहायता र सुरक्षा सामग्रीहरू • किट नियन्त्रण सामग्री र सेवाहरू

अतिरिक्त लाभहरू

	Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) **H2915, योजना 018, 000**
	• भाडा सहायता • युटिलिटी सहायता यी लाभहरूको बारेमा थप जानकारीका लागि यस चार्टमा रहेको दीर्घरोगीहरूका लागि विशेष पूरक लाभहरू (SSBCI) हेर्नुहोस्। थप जानकारी, सीमा र अपवादहरूका लागि, कृपया तपाईंको कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।
My Wellcare Rewards	**My Wellcare Rewards** मार्फत, तपाईंले आफ्नो सदस्य पोर्टल मार्फत योग्य स्वास्थ्य क्रियाकलाप र पोर्टल गतिविधिहरू पूरा गरेर $100 सम्म कमाउन सक्नुहुन्छ। पुरस्कारहरू तपाईंको Wellcare Spendables® कार्डमा लोड गरिने छ।

सम्भावित सदस्यहरूका लागि विस्तृत लिखित कथन

लाभहरूको यस सारांशमा पहिले वर्णन गरिएका लाभहरू हाम्रो Wellcare Dual Access (HMO-POS D-SNP) योजनाद्वारा कभर गरिने छ। प्रत्येक सूचीबद्ध लाभका लागि, तपाईं हाम्रो योजनाले के-के कभर गर्दछ भनेर हेर्न सक्नुहुन्छ। हाम्रो योजना अन्तर्गत कभर गरिने सेवाहरूका लागि तपाईंले कति रकम तिर्नुहुने छ भन्ने कुरा तपाईंको Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)योग्यताको स्तरमा निर्भर हुन सक्छ।

Medicaid द्वारा कभर गरिने लाभहरूको सारांश

निम्न जानकारी Medicare र Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)भएका व्यक्तिहरूका लागि हो। कुनै लाभ हाम्रो योजना र Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)दुवैले कभर गरेका छन् भने, Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)ले कभर गर्नु अघि तपाईंले हाम्रो योजनाको लाभ कभरेज पूर्ण रूपमा प्रयोग गर्नुपर्ने छ।

लाभहरूको कभरेज तपाईंको Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)योग्यताको स्तरमा निर्भर हुन सक्छ।

तपाईंसँग आफ्नो Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)योग्यता, तपाईं कुन-कुन लाभका लागि योग्य हुनुहुन्छ वा Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)को बारेमा सबैभन्दा पछिल्लो जानकारीका बारेमा प्रश्नहरू छन् भने, आफ्नो Medicaid सदस्य पुस्तिका हेर्नुहोस्। तपाईं https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx मा पनि जान वा 1-800-692-7462 डायल गरी Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)लाई कल गनुहोर्स्; TTY: 1-800-451-5886। कायालर्य खुल्नेसमय: बिहान 8 बजे - साँझ 5 बजे ET, सोमबार - शुक्रबार।

Pennsylvania मेडिकल सहायता (Medicaid)
• चिकित्सकका सेवाहरू
• अन्तरङ/बहिरङ बिरामी
• पोडियाट्रिस्ट सेवाहरू
• काइरोप्र्याक्टरका सेवाहरू
• अप्टोमेट्रिस्टका सेवाहरू
• धर्मशाला हेरचाह

• रेडियोलोजी (एक्स-रे, MRIs र CTs)
• दन्त चिकित्सा सेवाहरू
• बहिरङ एम्बुलेटरी सर्जिकल सेन्टर (ASC)
• गैर-आकस्मिक मेडिकल यातायात
• परिवार नियोजन
• मिर्गौलाको डायलाइसिस
• आकस्मिक कक्ष ER
• एम्बुलेन्स
• अन्तरङ बिरामी तीव्र/पुनर्स्थापना/मानसिक स्वास्थ्य/औषधिहरू
• मातृत्व
• मानसिक स्वास्थ्य र लागूपदार्थ दुर्व्यसन (व्यवहारजन्य स्वास्थ्य)
• प्रेस्क्रिप्सन औषधिहरू PDP
• पोषण पूरकहरू
• नर्सिङ संस्था SNF
• गृह स्वास्थ्य हेरचाह
• टिकाउयोग्य मेडिकल उपकरण DME
• प्रोस्थेटिक्स र अर्थोटिक्स
• दृष्टि सेवाहरू (चश्माको लेन्स, चश्माको फ्रेम, कन्ट्याक्ट लेन्स)

• मेडिकल सामग्रीहरू
• थेरापी (PT, OT, ST)
• प्रयोगशाला
• सुर्तीको लत त्याग्ने

pa health & wellness

Statement of Non-Discrimination

PA Health & Wellness complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation. PA Health & Wellness does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex, gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

PA Health & Wellness:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages
  - If you need these services, contact PA Health & Wellness at 1-844-626-6813 (TTY 711).

If you believe that PA Health & Wellness has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, creed, sex, religion, age, national origin, ancestry, marital status, sexual orientation, gender identity, language, MA status, income, status, program participation, health status, disease or pre-existing condition, anticipated need for healthcare or physical or mental handicap, you can file a grievance with:

1557 Coordinator
PA Health & Wellness
1700 Bent Creek Blvd. Ste. 200
Mechanicsburg, PA 17050
(833) 236-9679 (TTY 711)
Fax: 866-388-1769
PHWComplaintsandGrievances@PaHealthWellness.com

The Bureau of Equal Opportunity
Room 223, Health and Welfare Building
P.O. Box 2675
Harrisburg, PA 17105-2675
Phone: (717) 787-1127, TTY/PA Relay 711
Fax: (717) 772-4366
Email: RA-PWBEOAO@pa.gov

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, our 1557 Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, or by mail, phone, or email at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW.
Room 509F, HHH Building,
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
OCRMail@hhs.gov

Complaint forms are available at *https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html*.

This notice is available at PA Health & Wellness website: *https://www.pahealthwellness.com/non-discrimination-notice.html*.

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 1-844-626-6813 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-626-6813 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chinese; Mandarin

注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-844-626-6813（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-844-626-6813 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-844-626-6813 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-844-626-6813 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-844-626-6813 (TTY: 711) founisè w la.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-844-626-6813 (Người khuyết tật: (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-844-626-6813 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Chinese; Cantonese

注意：如果您說 中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-844-626-6813 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-844-626-6813 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-844-626-6813 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

French

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-626-6813 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Cambodian

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ *ភាសាខ្មែរ* សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-844-626-6813 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Korean

주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-626-6813 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-844-626-6813 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

पूर्व-नामाङ्कन जाँचसूची

नामाङ्कन निर्णय गर्नु अघि, तपाईंले हाम्रा लाभ र नियमहरू पूर्ण रूपमा बुझ्नु महत्त्वपूर्ण छ। तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू भएमा, तपाईं 1-844-480-0680 (TTY: 711) डायल गरी ग्राहक सेवा प्रतिनिधिलाई कल गरेर कुरा गर्न सक्नुहुन्छ। कार्यालय खुल्ने समय: आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुकी 8 बजेसम्म।

लाभहरूको बुझाइ

- ☐ कभरेजको प्रमाण (EOC) मा सबै कभरेज र सेवाहरूको पूर्ण सूची प्रदान गरिएको छ। तपाईं समावेश हुनुभन्दा पहिले योजना कभरेज, लागत र लाभहरूको समीक्षा गर्नु महत्त्वपूर्ण हुन्छ। EOC को प्रतिलिपि हेर्न go.wellcare.com/PA मा जानुहोस् वा 1-844-480-0680 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस्। कार्यालय खुल्ने समय: आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुकी 8 बजेसम्म।
- ☐ तपाईंले हाल भेट्नुहुने चिकित्सक नेटवर्कभित्र रहेको सुनिश्चित गर्न प्रदायक डाइरेक्ट्री हेर्नुहोस् (वा आफ्ना चिकित्सकलाई सोध्नुहोस्)। यदि ती सूचीबद्ध छैनन् भने, यसको अर्थ तपाईंले नयाँ चिकित्सक छनौट गर्नुपर्ने छ।
- ☐ तपाईंले प्रेस्क्रिप्सन औषधिका लागि प्रयोग गर्ने फार्मेसी नेटवर्कभित्र रहेको कुरा सुनिश्चित गर्न फार्मेसी डाइरेक्ट्री समीक्षा गर्नुहोस्। फार्मेसी सूचीबद्ध छैन भने, तपाईंले आफ्नो प्रेस्क्रिप्सनका लागि नयाँ फार्मेसी छनौट गर्नुपर्ने हुन सक्छ।
- ☐ तपाईंका औषधिहरू कभर गरिएको कुरा सुनिश्चित गर्न फर्मुलरीको समीक्षा गर्नुहोस्।

महत्त्वपूर्ण नियमहरू बुझ्ने

- ☐ तपाईंको मासिक योजना प्रिमियमको अतिरिक्त, तपाईंले आफ्नो Medicare Part B प्रिमियम तिर्न जारी राख्नु पर्दछ। यो प्रिमियम सामान्यतया प्रत्येक महिना तपाईंको सामाजिक सुरक्षा चेकबाट निकालिन्छ।
- ☐ जनवरी 1, 2027 देखि लाभ, प्रिमियम र/वा सहभुक्तानी/सहबीमामा परिवर्तन हुन सक्छ।
- ☐ **हालको कभरेजमा प्रभाव।** तपाईं हाल Medicare Advantage योजनामा सामेल हुनुभएको छ भने, तपाईंको नयाँ Medicare Advantage कभरेज सुरु भएपछि तपाईंको हालको Medicare Advantage स्वास्थ्य सेवा कभरेज समाप्त हुने छ। तपाईंसँग Tricare छ भने, तपाईंको नयाँ Medicare Advantage कभरेज सुरु भएपछि तपाईंको कभरेजमा प्रभाव पर्न सक्छ। थप जानकारीका लागि कृपया Tricare लाई सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंसँग Medigap योजना छ भने, तपाईंको Medicare Advantage कभरेज सुरु भएपछि, तपाईं आफ्नो Medigap पोलिसी त्याग्न सक्नुहुन्छ, किनकि तपाईंले प्रयोग गर्न नसक्ने कभरेजका लागि भुक्तानी गर्नुपर्ने हुन्छ। तपाईंसँग मार्केटप्लेस योजना छ भने, योजना रद्द गर्न तपाईंले मार्केटप्लेसमा सम्पर्क गर्नुपर्ने छ। तपाईंले आफ्नो मार्केटप्लेस योजना रद्द गर्नुभएन भने, तपाईंले प्रयोग गर्न नसक्ने कभरेजका लागि भुक्तानी गरिरहनुभएको हुन सक्छ र तपाईंको अर्को वर्षको कर दाखिलामा जरिवाना लाग्न सक्छ।

- ☐ हाम्रो योजनाले तपाईंलाई निश्चित सेवाहरूका लागि हाम्रो नेटवर्कबाहिरका प्रदायकहरू (अनुबन्ध नगरिएका प्रदायकहरू) हेर्न अनुमति दिन्छ। यद्यपि, हामीले कभर गरिने केही सेवाहरूका लागि भुक्तानी गर्ने छौँ, तर तपाईंको उपचार गर्न प्रदायक सहमत हुनुपर्ने छ। आकस्मिक वा आपत्कालीन अवस्थामा बाहेक, अनुबन्ध नगरिएका प्रदायकहरूले हेरचाह गर्न इन्कार गर्न सक्छन्। यसको अतिरिक्त, तपाईंले अनुबन्ध नगरिएका प्रदायकहरूबाट प्राप्त गरेका सेवाहरूका लागि बढी सहभुक्तानी तिर्नुहुने छ।
- ☐ यो योजना दोहोरो योग्य विशेष आवश्यकता योजना (D-SNP) हो। तपाईंको सामेल हुने क्षमता तपाईं Medicaid अन्तर्गत प्रान्तीय योजनाबाट मेडिकल सहायता र Medicare दुवैका लागि योग्य हुनुहुन्छ भन्ने प्रमाणीकरणमा निर्भर हुने छ।

Wellcare Centene Corporation को Medicare ब्रान्ड हो, यो Medicare सम्झौता भएको HMO, PPO, PFFS, PDP योजना हो र एक स्वीकृत भाग D प्रायोजक हो। हाम्रा D-SNP योजनाहरूको प्रान्तीय Medicaid कार्यक्रमसँग सम्झौता भएको छ। हाम्रा योजनाहरूमा नामाङ्कन सम्झौता नवीकरणमा निर्भर गर्दछ।

नेटवर्कबाहिरका/अनुबन्ध नगरिएका प्रदायकहरूलाई आपत्कालीन परिस्थितिहरूमा बाहेक योजना सदस्यहरूको उपचार गर्नै पर्छ भन्ने कुनै बाध्यता हुँदैन। नेटवर्कबाहिरका सेवाहरूमा लागू हुने लागत-साझेदारीलगायत थप जानकारीका लागि कृपया हाम्रो ग्राहक सेवा नम्बरमा कल गर्नुहोस् वा आफ्नो कभरेजको प्रमाण हेर्नुहोस्।

यो पेज जानाजानी खाली छोडिएको हो।

हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्

थप जानकारीका लागि, कृपया हामीलाई सम्पर्क गर्नुहोस्:

फोनबाट

टोल-फ्री नम्बर: 1-844-480-0680 (TTY: 711)। तपाईंको कलको जवाफ इजाजतपत्र प्राप्त एजेन्टले दिन सक्छन्।

सञ्चालन हुने समय

आइतबार-शनिबार, बिहान 8 बजेदेखि बेलुकी 8 बजेसम्म

अनलाइन

go.wellcare.com/PA