2026

Краткое описание страхового покрытия

Штат Pennsylvania

План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)

H2915 | 018 | 000

H2915_2026_PA_SB_DSNP_4626857RUS_M
©Wellcare 2026
4636795_PA6CNCSOBRUS_M_R167

Мы знаем, как важно иметь надежный план медицинского страхования.

Здесь приведено краткое описание лекарств и медицинских услуг, покрываемых планом Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) с 1 января 2026 г. по 31 декабря 2026 г.

В этой брошюре кратко изложено, что мы покрываем и что оплачиваете вы. В ней перечислены не все услуги, ограничения и исключения. Полный список услуг приведен в Справочнике участника плана (EOC). Справочник участника плана опубликован на нашем сайте по адресу go.wellcare.com/PA. Чтобы получить его экземпляр, звоните по телефону 1-844-480-0680 (TTY 711). Часы работы: воскресенье — суббота с 8 am до 8 pm.

Кто может стать участником?

Это план для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие как в программе Medicare, так и в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)(D-SNP).

Чтобы участвовать в плане, вы должны иметь право на участие в программе Medicare Part A, быть участником программы Medicare Part B, проживать в нашей зоне обслуживания, быть гражданином США или иметь законное право на пребывание в США. Участники обязаны продолжать выплачивать страховые взносы по программе Medicare Part B, если их не платит за участника программа Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)или иное третье лицо. Вы должны иметь право на участие в программе Medicare и некоторую помощь в рамках участия в оплате по программе Medicaid.

Чтобы зарегистрироваться в плане, вы должны соответствовать критериям участия в следующей программе сокращения расходов в рамках Medicare:

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

См. описание всех уровней MSP в разделе «Уровни программы сокращения расходов в рамках Medicare (MSP)» далее.

За подробностями обращайтесь в план.

Зоны обслуживания плана:

В зоны обслуживания входят следующие округа штата Pennsylvania: 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 и York.

Сведения о плане и получении медицинской помощи

Планы организации медицинского обеспечения (HMO) — это планы медицинского страхования, предлагаемые страховыми компаниями, у которых есть сеть заключивших с ними договоры медицинских учреждений и поставщиков медицинских услуг. Как правило, участники планов HMO должны выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP) для координации обслуживания; и если вам понадобится помощь врача-специалиста, PCP выберет его для вас из тех, кто сотрудничает с планом.

Планы организации медицинского обеспечения с выбором места обслуживания (HMO-POS) — это планы HMO с преимуществом выбора места обслуживания (POS). Выбор POS позволяет участникам плана получать медицинскую помощь у поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом, в рамках плановых стоматологических услуг, как указано далее в разделе «Страховое покрытие». Ваши собственные расходы могут быть выше, когда вы обращаетесь к поставщикам услуг, не сотрудничающим с планом. Для посещения поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом, в рамках преимущества POS направление не требуется. Вместе с тем, прежде чем пользоваться услугами поставщиков, не сотрудничающих с планом, рекомендуется уточнить в плане, что он покрывает соответствующие услуги. Если позднее мы установим, что услуги не покрываются, мы можем отказать в покрытии, и вам придется оплатить расходы. Чтобы получить дополнительную информацию, в том числе об участии в оплате услуг не сотрудничающих с планом поставщиков, звоните в отдел обслуживания участников или изучите Справочник участника плана.

План предоставляет вам доступ к сети квалифицированных поставщиков медицинских услуг в вашем районе. Вы сможете выбрать поставщика первичного медицинского обслуживания (PCP), который будет работать с вами и координировать получаемые вами услуги. **Просьба учитывать**, что если вы обратитесь к поставщику услуг без надлежащего разрешения, вам придется полностью оплатить его услуги. Ни программа Medicare, ни наш план не будут нести ответственности за эти расходы. Единственными исключениями являются экстренные ситуации, неотложно необходимые услуги, когда сотрудничающие с планом поставщики недоступны (например, когда нецелесообразно или невозможно обратиться за услугами к поставщикам, сотрудничающим с планом), проведение диализа за пределами зоны обслуживания, а также случаи, в которых план Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) разрешает воспользоваться услугами не сотрудничающих с ним поставщиков.

Предоставляется страховое покрытие **отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D**. Участники получают доступ к широкой сети аптек. Некоторые аптеки, сотрудничающие с планом, предлагают льготное участие в оплате. При обращении в такие аптеки вы, возможно, будете платить меньше. Наш план использует *перечень покрываемых лекарств*. Планы покрытия

лекарств созданы специально для участников программы Medicare и включают обширный перечень доступных по цене фирменных и непатентованных лекарств.

К каким врачам, в какие больницы и аптеки можно обращаться? У плана Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) есть сеть врачей, больниц, аптек и других поставщиков услуг. Вы можете пользоваться плановыми стоматологическими услугами у поставщиков, не сотрудничающих с планом. Все прочие услуги необходимо получать у поставщиков, сотрудничающих с планом, в противном случае план может не оплатить услуги.

Вы можете экономить деньги, обращаясь в рекомендованную аптеку за доставкой лекарств по почте и к сотрудничающим с планом поставщикам услуг. См. указатель аптек и поставщиков услуг плана по адресу go.wellcare.com/2026providerdirectories. См. полный перечень покрываемых лекарств (список отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D) на сайте по адресу: go.wellcare.com/druglist-6722.

Мы покрываем услуги и товары, перечисленные в настоящем документе и Справочнике участника плана, если они необходимы по медицинским показаниям.

Если вы хотите подробнее узнать о страховом покрытии и расходах в рамках программы Original Medicare, изучите актуальный справочник «Medicare и вы» (Medicare & You). Его можно найти на сайте www.medicare.gov или заказать экземпляр, позвонив по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно без выходных. Пользователям TTY необходимо звонить по номеру 1-877-486-2048.

Мы обязаны предоставлять информацию в удобной для вас форме (на других языках, кроме английского, в виде аудиозаписи, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в других альтернативных форматах и т. д.). Чтобы узнать подробнее или запросить информацию в другой форме, звоните нам по телефону 1-844-480-0680 (пользователям TTY следует звонить на номер 711). Часы работы: воскресенье — суббота с 8 am до 8 pm.

Право на участие в двух программах

Планы для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (DSNP), — это специализированные планы Medicare Advantage, предлагающие страховое покрытие медицинских услуг для людей, которые имеют покрытие по программам Medicare и Medicaid.

Программа **Medicaid** — это совместная программа федерального правительства и правительства штата, помогающая оплачивать медицинские расходы определенным категориям населения с ограниченными доходами и ресурсами. Страховое покрытие Medicaid ценно тем, что штат предоставляет дополнительное покрытие медицинских услуг и финансовую поддержку в соответствии с уровнем помощи от программы сокращения расходов в рамках Medicare (MSP). Покрытие Medicaid зависит от штата и типа имеющегося у вас страхования Medicaid. Расходы на покрываемые услуги могут зависеть от того, на какой уровень покрытия Medicaid вы имеете

право. Некоторые обладатели покрытия Medicaid получают помощь с оплатой своих страховых взносов по программе Medicare и других расходов. Часть людей могут также получить покрытие дополнительных услуг и лекарств, покрываемых в рамках Medicaid, а не программы Medicare.

Уровни программы сокращения расходов в рамках Medicare (MSP)

- ***Лицо, имеющее право на полное страховое покрытие двух программ (FBDE).*** Программа Medicaid может оплачивать ваши страховые взносы, франшизы, доли стоимости и доплаты в рамках Medicare Part A и Part B. Соответствующие критериям получатели покрытия также получают полное страховое покрытие Medicaid.
- ***Соответствующий критериям получатель покрытия Medicare (QMB).*** Программа Medicaid будет оплачивать ваши страховые взносы, франшизы, доли стоимости и доплаты в рамках Medicare Part A и Part B. (Некоторые обладатели статуса QMB также имеют право на полное страховое покрытие Medicaid (QMB+).)
- ***Получатель покрытия Medicare с установленным низким доходом (SLMB).*** Программа Medicaid будет покрывать расходы на ваши страховые взносы в рамках Medicare Part B. Некоторые обладатели статуса SLMB также имеют право на полное страховое покрытие Medicaid (SLMB+).
- ***Соответствующее критериям лицо (QI).*** Программа Medicaid будет оплачивать расходы, связанные с Medicare Part B.
- ***Соответствующее критериям работающее лицо с инвалидностью (QDWI).*** Программа Medicaid будет оплачивать расходы, связанные с Medicare Part A.

Примечание. Некоторые уровни MSP автоматически предоставляют право на участие в программе «Дополнительная помощь» (Extra Help), помогающей оплачивать расходы, связанные с покрытием лекарств по рецепту в рамках Medicare. Участие в оплате в рамках Частей A и B в некоторых штатах не покрывается.

Что такое программа «Дополнительная помощь»?

Вы можете быть вправе получать пособие в связи с низким доходом (LIS), иначе называемое «Дополнительная помощь». Эта программа помогает оплачивать собственные расходы в рамках Части D, например страховые взносы, франшизы, доли стоимости или доплаты. Многие имеют право на участие в программе «Дополнительная помощь», но даже не знают об этом. Примите во внимание, что поддержка также может зависеть от вашего уровня в программе сокращения расходов в рамках Medicare (MSP) и наличия права на участие в двух программах.

По вопросам о соответствии критериям программы Medicaid и страховом покрытии, на которое вы имеете право, звоните по телефону, указанному на задней обложке этого документа.

Некоторые услуги, которые наш план не покрывает, можно получить в рамках программы Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). См. подробнее в разделе «Краткое описание страхового покрытия услуг по программе Medicaid» далее.

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Примечание. *Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение. Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может требоваться направление.*	
Ежемесячный страховой взнос в рамках плана (включая медицинские услуги и лекарства)	$32.70 Если вы имеете право на участие в программе «Дополнительная помощь», она будет платить за вас страховые взносы по плану. Если вы не имеете права на участие в программе «Дополнительная помощь», с вам могут взимать страховой взнос. Участники обязаны продолжать выплачивать страховые взносы по программе Medicare Part B, если их не платит за участника программа Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)или иное третье лицо.
Франшиза	Франшизы нет
Максимальная сумма собственных расходов (MOOP) (не включая лекарства по рецепту)	$5,400 в год Если вы имеете право на помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), вы не оплачиваете собственные расходы до достижения максимальной суммы собственных расходов за покрываемые услуги по программам Части A и Части B.
Покрытие стационарного лечения в больнице	При каждой госпитализации вы платите: • доплату $0 или $275 в сутки за дни 1–6 • доплату $0 в сутки за дни 7–90 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Покрытие амбулаторного лечения в больнице Амбулаторные услуги больницы	Доплата $0 за биопсию кожи. Доплата $0 или $200 за все прочие амбулаторные услуги. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Услуги амбулаторного наблюдения в больнице	Доплата $0 или $130 за услуги амбулаторного наблюдения, когда пациента переводят на наблюдение из отделения экстренной помощи. Доплата $0 или $200 за услуги амбулаторного наблюдения, когда пациента переводят на наблюдение из амбулаторного учреждения. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0.
Услуги амбулаторного хирургического центра (ASC)	Доплата $0 или $150 за каждое посещение амбулаторного хирургического центра, покрываемое программой Medicare. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Приемы врача Поставщики первичного медицинского обслуживания	Доплата $0

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Специалисты	Доплата $0 или $15 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Профилактические услуги (например, ежегодный оздоровительный прием, измерение плотности костной ткани, обследование на рак молочной железы (маммограмма), шейки матки, влагалища, прямой кишки, простаты (анализ на простатспецифический антиген (PSA)), обследование на наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, диабета, гепатита B, вакцинация (включая прививки от гриппа, гепатита B, пневмококковой инфекции, COVID))	Доплата $0
Экстренная медицинская помощь	Доплата $0 или $130 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. Доплата не взимается, если пациента госпитализируют в больницу в течение 24 часов.

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Покрытие экстренной медицинской помощи в других странах	Доплата $130 Размер страхового покрытия для экстренной и неотложной медицинской помощи в других странах ограничен максимальной суммой $50,000. Покрытие медицинских услуг в других странах, помимо предоставляемых в отделении экстренной помощи или в рамках экстренной госпитализации, не предоставляется. При госпитализации для получения экстренной медицинской помощи в других странах доплата не отменяется.
Неотложные услуги	Доплата $0 или $40 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. Доплата не взимается, если пациента госпитализируют в больницу в течение 24 часов.
Покрытие услуг неотложной медицинской помощи в других странах	Доплата $130 Размер страхового покрытия для экстренной и неотложной медицинской помощи в других странах ограничен максимальной суммой $50,000. При госпитализации для получения неотложных услуг в других странах доплата не отменяется.

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Диагностические и лабораторные услуги, диагностическая визуализация	
Лабораторные услуги	Доплата $0 или $50 за генетическое тестирование. Доплата $0 за все прочие лабораторные услуги. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Диагностические обследования и процедуры	Доплата $0 *
Амбулаторная рентгенография	Доплата $0 или $25 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Диагностическая радиология (например, магнитно-резонансная томография (MRI), компьютерная томография (CAT))	Доплата $0 за диагностическую маммограмму. Доплата $0 или $200 за все прочие услуги диагностической радиологии, полученные в амбулаторных условиях. Доплата $0 или $125 за все прочие услуги, полученные в других учреждениях. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Терапевтическая радиология	Доля стоимости $0 или 20% Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Услуги, связанные со слухом	
Проверка слуха, покрываемая программой Medicare	Доплата $0 или $15 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Плановая проверка слуха	Доплата $0 * 1 проверка в год
Слуховые аппараты	
Подбор и оценка работы слухового аппарата	Доплата $0 * 1 подбор и оценка работы в год
Субсидия на слуховые аппараты	Выделенная сумма до $1,000 на слуховые аппараты на одно ухо в год.
Все типы	Доплата $0 * Не более 2 слуховых аппаратов в год

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Дополнительная информация об услугах, связанных со слухом	**Важная информация** Программа Medicare покрывает диагностические проверки слуха и вестибулярного аппарата, если ваш врач или поставщик медицинских услуг назначит их вам, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в лечении.
Стоматологические услуги Покрываемые Medicare	Доплата $0 или $15 за каждую услугу, покрываемую Medicare. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Плановые диагностические и профилактические услуги	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% * 2 профессиональных чистки зубов в год 1 набор рентгеновских снимков ротовой полости с частотой от каждого приема до 1 раза в 3 страховых года в зависимости от типа услуги 2 осмотра полости рта в год

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Фторирование зубов	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% * 1 процедура в год
Другие диагностические стоматологические услуги	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% * От 1 на каждом приеме до 1 в 3 страховых года в зависимости от типа услуги
Другие профилактические стоматологические услуги	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% * От 1 на каждом приеме до 1 в 3 страховых года в зависимости от типа услуги

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Плановые комплексные услуги	
Реставрация зубов	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% *
Эндодонтия, пародонтология	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% *
Челюстно-лицевая хирургия	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% *
Протезирование зубов — фиксированные протезы	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Протезирование зубов — съемные протезы	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% *
Дополнительные услуги общего характера	**Сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доплата $0 * **Не сотрудничающие с планом поставщики услуг** Доля стоимости 25% * **См. дополнительную информацию, сведения об ограничениях и исключениях в Справочнике участника плана. К стоматологическим услугам применяются дополнительные ограничения и исключения.**

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Дополнительная информация о стоматологическом обслуживании	**Важная информация** План предоставляет покрытие всех покрываемых плановых комплексных стоматологических услуг у поставщиков, сотрудничающих и не сотрудничающих с планом, на сумму до $4,000 за страховой год. Вы можете получать плановую стоматологическую помощь (услуги, не покрываемые программой Medicare) как у сотрудничающих, так и у не сотрудничающих с планом стоматологов. Ваши собственные расходы могут быть выше, когда вы обращаетесь к поставщикам услуг, не сотрудничающим с планом. Поставщики услуг, не сотрудничающие с планом, не заключали соглашение о том, чтобы принимать оплату, производимую планом, в качестве полной оплаты услуг. Они могут взимать с вас больше, чем платит план.
Зрение Обследования глаз Покрываемые Medicare	Доплата $0 за каждое обследование на диабетическую ретинопатию или осмотр глаз при диабете, покрываемые Medicare Доплата $0 или $15 за все прочие обследования глаз, покрываемые Medicare Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Плановое обследование глаз (проверка рефракции)	Доплата $0 * 1 проверка в год
Обследование на глаукому	Доплата $0 за каждую услугу, покрываемую Medicare.
Очки и контактные линзы Покрываемые Medicare	Доплата $0
Плановые очки и контактные линзы Контактные линзы/очки (линзы и оправы)/оправы для очков Субсидия на очки и контактные линзы	 Доплата $0 * Выделенная общая сумма до $300 на контактные линзы и очки (линзы и/или оправы) в год.
Психиатрическая и психологическая помощь Стационарное лечение	 При каждой госпитализации вы платите: • доплату $0 или $275 в сутки за дни 1–6 • доплату $0 в сутки за дни 7–90 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Амбулаторный прием — индивидуальная терапия	Доплата $0 или $25 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Амбулаторный прием — групповая терапия	Доплата $0 или $25 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Услуги центра квалифицированного сестринского ухода (SNF)	При каждой госпитализации вы платите: • доплату $0 в сутки за дни 1–20 • доплату $0 или $218 в сутки за дни 21–50 • доплату $0 в сутки за дни 51–100 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Терапия и реабилитация Физиотерапия	Доплата $0 или $25 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Амбулаторные услуги реабилитации, предоставляемые эрготерапевтом	Доплата $0 или $25 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Легочная реабилитация	Доплата $0 или $35 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0.
Скорая помощь Наземный транспорт скорой помощи	Доплата $0 или $280 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Воздушный транспорт скорой помощи	Доплата $0 или $280 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Транспортные услуги (неэкстренная перевозка медицинским транспортом)	До 12 поездок в год в одобренные планом места медицинского обслуживания, включая прием у врачей, специалистов, поставщиков стоматологических и офтальмологических услуг, а также аптеки. Доплата $0 (за одну поездку в одну сторону) * **Важная информация** Могут действовать ограничения по расстоянию. Чтобы заказать поездку на прием, звоните на номер, указанный на обороте идентификационной (ID) карты участника, за 72 часа. Кроме того, поездки можно заказывать через мобильное приложение.
Лекарства в рамках Medicare Part B Лекарства для химиотерапии и другие лекарства в рамках Части B	Доля стоимости $0 или 20% Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. * За некоторые лекарства в рамках Части B, к которым применяются скидки, может взиматься меньшая доля стоимости, чем указано выше.

Страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Инсулин	Доплата $0 или $35 (максимум в месяц) Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Антигены для аллерген-специфической иммунотерапии	Доля стоимости 0% *

Покрытие отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Этап 1. Этап ежегодной франшизы	
Если в плане предусмотрена франшиза для лекарств в рамках Части D, франшиза не применяется к покрываемым препаратам инсулина и большинству вакцин для взрослых в рамках Части D, включая вакцины от опоясывающего лишая, столбняка и вакцины для путешественников.	
Франшиза	Если вы участвуете в программе «Дополнительная помощь», вы не платите франшизу в отношении лекарств в рамках Части D. Этот платежный этап не применяется. Если вы не имеете права на участие в программе «Дополнительная помощь», вы платите франшизу за Часть D, как указано в Справочнике участника плана.
Этап 2. Этап начального покрытия (после оплаты франшизы, если применимо)	
Этап начального покрытия длится до тех пор, пока общая сумма ваших собственных расходов не достигнет $2,100. Затем наступает этап катастрофического покрытия.	
Сколько вы платите за вакцины: Наш план покрывает большинство вакцин в рамках Части D без расходов с вашей стороны, даже если вы еще не выплатили франшизу (если ваш план ее предусматривает).	
Сколько вы платите за инсулин: **Уровень 3.** Вы будете платить меньшее из 25% нашей договорной цены за лекарство или $35 за запас на срок до 1 месяца, меньшее из 25% нашей договорной цены за лекарство или $70 за запас на срок до 2 месяцев либо меньшее из 25% нашей договорной цены за лекарство или $105 за запас на срок до 3 месяцев каждого покрываемого препарата инсулина, даже если вы не выплатили франшизу (если план предусматривает франшизу). **Уровень 4.** Вы будете платить меньшее из 25% нашей договорной цены за лекарство или $35 за запас на срок до 1 месяца, меньшее из 25% нашей договорной цены за лекарство или $70 за запас на срок до 2 месяцев либо меньшее из 25% нашей договорной цены за лекарство или $105 за запас на срок до 3 месяцев каждого покрываемого препарата инсулина, даже если вы не выплатили франшизу (если план предусматривает франшизу).	
Сколько вы платите за другие лекарства в рамках Части D: Сумма вашего участия в оплате зависит от уровня помощи по программе «Дополнительная помощь». Если вы не имеете права на участие в программе «Дополнительная помощь», см. подробнее о вашей доле участия на этом этапе в Справочнике участия плана.	

Покрытие отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D	**План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)** **H2915, план 018, 000**	
Этап 2. Этап начального покрытия (после оплаты франшизы, если применимо) (продолжение)		
Участие в оплате лекарств при приобретении в розничных аптеках (запас на 30 или 100 дней) См. подробное описание уровней в Справочнике участника плана.		
	Льготное участие в оплате	**Стандартное участие в оплате**
Уровень 1 (предпочтительные непатентованные лекарства)	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 2 (непатентованные)	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 3 (предпочтительные фирменные лекарства)	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 4 (непредпочтительные лекарства)	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 5 (специализированные лекарства) Ограничивается 30-дневным запасом	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 6 (льготные лекарства для хронических заболеваний)	Доплата $0	Доплата $0

Покрытие отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D	**План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP)** **H2915, план 018, 000**	
Этап 2. Этап начального покрытия (после оплаты франшизы, если применимо) (продолжение)		
Участие в оплате лекарств при заказе по почте (запас на 100 дней)		
	Льготное участие в оплате	**Стандартное участие в оплате**
Уровень 1 (предпочтительные непатентованные лекарства)	Доплата $0	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 2 (непатентованные)	Доплата $0	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 3 (предпочтительные фирменные лекарства)	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 4 (непредпочтительные лекарства)	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65	Непатентованные: $0 / $1.60 / $5.10 Фирменные: $0 / $4.90 / $12.65
Уровень 5 (специализированные лекарства) Ограничивается 30-дневным запасом	Нет	Нет
Уровень 6 (льготные лекарства для хронических заболеваний)	Доплата $0	Доплата $0

Покрытие отпускаемых по рецепту лекарств в рамках Части D	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000	
	Льготное участие в оплате	**Стандартное участие в оплате**
Этап 3. Этап катастрофического покрытия		
На этом платежном этапе план оплачивает полную стоимость покрываемых лекарств в рамках Части D. Вы не платите ничего до конца календарного года.		
	Вы переходите на этот этап, когда годовая сумма собственных расходов на лекарства (включая приобретенные в розничной аптеке и заказанные с доставкой по почте) достигнет $2,100.	

Непатентованные лекарства могут быть отнесены не только к уровням 1 и 2. См. перечень покрываемых лекарств плана, чтобы узнать уровень покрытия ваших лекарств.

Участие в оплате может различаться в зависимости от места обслуживания (заказ по почте, розничная аптека, учреждение долгосрочного ухода (LTC)), использования лекарства для инфузии на дому, выбора рекомендованной или обычной аптеки, объема отпускаемого лекарства. При заказе почтой лекарства отпускают на срок от 35 дней и более.

План оплаты лекарств по рецепту в рамках Medicare

План оплаты лекарств по рецепту в рамках Medicare — это вариант оплаты, который дополняет ваше действующее покрытие лекарств и помогает контролировать расходы на лекарства, разделяя их на месячные платежи, сумма которых меняется на протяжении года (с января по декабрь).

Чтобы узнать подробнее об этом варианте оплаты, звоните нам по телефону 1-833-750-9969. (Пользователям TTY следует звонить по телефону 1-800-716-3231.) Мы работаем круглосуточно без выходных. Вы также можете посетить go.wellcare.com/PA-MPPP.

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Примечание. *Для услуг, отмеченных звездочкой (*), может требоваться предварительное разрешение. Для услуг, отмеченных квадратом (▪), может требоваться направление.*	
Мануальная терапия Покрываемые Medicare	Доплата $0 или $15 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Иглоукалывание Покрываемые Medicare	Доплата $0 за покрываемые Medicare услуги иглоукалывания в кабинете PCP. Доплата $0 или $15 за покрываемые Medicare услуги иглоукалывания в кабинете мануального терапевта. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. Доплата $0 или $15 за покрываемые Medicare услуги иглоукалывания в кабинете специалиста. Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Подиатрия (уход за стопами) Покрываемые Medicare	Доплата $0 или $15 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Виртуальные консультации	Доплата $0 за виртуальные консультации, проводимые поставщиком виртуальных консультаций вашего плана. План предоставляет возможность круглосуточно и без выходных получать виртуальные консультации у сертифицированных врачей по широкому ряду медицинских проблем и вопросов. Покрываются консультации по вопросам общего медицинского характера, психологической, психиатрической и наркологической помощи, дерматологии и другим темам. Виртуальная консультация (или консультация посредством телемедицины) — это консультация врача, которая проводится по телефону или Интернету с использованием смартфона, планшета или компьютера. Для определенных типов консультаций может требоваться устройство с камерой и выходом в Интернет. См. подробнее в Справочнике участника плана. **Важная информация** Доплата $0 применяется, если услуги предоставляет поставщик виртуальных консультаций вашего плана. Если вы получаете услуги телемедицины у сотрудничающего с планом поставщика услуг, а не поставщика виртуальных консультаций вашего плана, вам придется оплачивать свою долю стоимости услуг таких поставщиков, как указано в Справочнике участника плана (*например, при получении услуг телемедицины у PCP, вы оплачиваете долю стоимости приема PCP*).

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Платформа социальной поддержки	План предоставляет платформу поддержки, которая работает онлайн и в виде приложения и предназначена для обеспечения здорового самочувствия. На платформе предлагаются персонализированные терапевтические занятия для самостоятельного прохождения и программы, которые помогут справиться со стрессом и тревожностью и поддержать эмоциональное и психическое здоровье. Участвуйте в интерактивных занятиях, медитациях и играх, ориентированных на ваши потребности. На платформе также можно присоединиться к сообществам. Доступно онлайн круглосуточно и ежедневно — пользуйтесь, когда удобно. См. подробнее о том, как получить доступ к платформе социальной поддержки, в Справочнике участника плана. Доплата $0
Агентства, предоставляющие медицинские услуги на дому	Доплата $0 *
Питание Питание после выписки из больницы	Доплата $0 ▪ **Важная информация** Если вы соответствуете критериям, на срок до 45 суток после стационарного лечения в больнице вы бесплатно получаете питание с доставкой на дом для поддержки восстановления. Режим питания: не более 3 приемов пищи в сутки в течение 14 дней, не превышая 42 приема пищи за каждый случай; количество случаев в год не ограничено.

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Медицинское оборудование и принадлежности	
Медицинское оборудование длительного пользования (DME)	Доля стоимости $0 или 20% Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Протезы	Доля стоимости $0 или 20% Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Медицинские принадлежности для диабетиков	Доплата $0 * См. дополнительную информацию, сведения об ограничениях и исключениях в Справочнике участника плана.
Терапевтическая обувь или стельки для диабетиков	Доля стоимости $0 или 20% Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Программа по лечению расстройств, связанных с употреблением опиоидов	Доплата $0 или $15 Если вы имеете право на полную помощь с платежами по программе Medicare в рамках участия в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), сумма вашей доплаты составляет $0. *
Образовательные программы по вопросам здоровья и оздоровления	См. подробный перечень покрываемых просветительских и оздоровительных программ в Справочнике участника плана.
Фитнес	Доплата $0 **Важная информация** Для поддержки активного и здорового образа жизни план предлагает программу фитнеса, предоставляющую доступ к фитнес-центрам по всей стране. Вы можете посещать один или несколько спортивных залов в рамках фитнес-сети. Участники могут заниматься непосредственно в фитнес-центрах, пользоваться доступными по запросу программами тренировок и разнообразными комплектами для фитнеса на дому.
Персональная система связи со службой экстренной помощи (PERS)	Доплата $0
Круглосуточная линия сестринских консультаций	Доплата $0

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
Ежегодный плановый медицинский осмотр	Доплата $0 **Важная информация** Осмотр включает подробное изучение медицинского и семейного анамнеза, а также рекомендации по профилактическим обследованиям и услугам.
Специальное дополнительное страховое покрытие для участников с хроническими заболеваниями (SSBCI) Указанные льготы входят в специальное дополнительное страховое покрытие для лиц с хроническими заболеваниями. Не все участники имеют право на такое покрытие. Помимо принадлежности к группе высокого риска у участника должно быть одно или несколько из следующих хронических заболеваний: рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические и инвалидизирующие психические заболевания, хронические болезни легких, диабет. Это не исчерпывающий перечень заболеваний. Право на получение данного страхового покрытия не гарантируется на основе исключительно состояния участника. Участник должен соответствовать всем действующим критериям, прежде чем будет предоставлено страховое покрытие. См.	**Если вы соответствуете критериям,** вы можете расходовать средства на карте Wellcare Spendables® на перечисленные далее льготы. После подтверждения соответствия критериям расширенное страховое покрытие предоставляется в течение 7-10 рабочих дней. См. подробнее о карте Wellcare Spendables® в таблице в разделе Wellcare Spendables®. Средства на карте можно использовать для следующих расходов: • **Оплата топлива у колонки.** Вы можете использовать карту для оплаты топлива прямо у колонки. Вы не можете платить этой картой на кассе. Карту можно использовать для платежей в пределах доступной на ней суммы. • **Здоровое питание.** Вы можете использовать карту для покупки здорового питания, свежих овощей и фруктов в участвующих торговых точках. Возможны варианты доставки соответствующих критериям продуктов питания. Готовые блюда, овощные и фруктовые наборы можно заказать на интернет-портале. • **Товары для дома и безопасности.** Вы можете использовать карту для оплаты расходов на товары для адаптации жилья и обеспечения безопасности, включая монтаж. Кроме того, картой можно оплачивать средства и услуги по борьбе с вредителями и насекомыми. Заходите на портал для участников, чтобы приобретать одобренные товары и просматривать доступные услуги.

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
подробнее в Справочнике участника плана или звоните нам.	• **Помощь с оплатой аренды.** Вы можете использовать карту для оплаты аренды или ипотеки своего жилья. • **Оплата коммунальных услуг.** Вы можете использовать карту для оплаты коммунальных услуг в своем жилье. Карта может использоваться для оплаты коммунальных услуг, включая воду, топочный мазут и природный газ, электричество, вывоз мусора, кабельное телевидение (TV) (за исключением стриминговых служб), стационарный или мобильный телефон и Интернет.
Карта Wellcare Spendables®	Вы будете получать **$83 ежемесячно** на карту Wellcare Spendables® для расходов на товары, отпускаемые без рецепта (OTC), стоматологические услуги, услуги, связанные со зрением и слухом. Не использованная в течение месяца сумма **переносится на следующий месяц и сгорает в конце страхового года.** Средства на карте можно использовать для следующих расходов: **Товары, отпускаемые без рецепта (OTC).** Вы можете использовать карту в участвующих торговых точках, через мобильное приложение или войти в свою учетную запись на портале для участников, чтобы разместить заказ с доставкой на дом. Примеры покрываемых товаров: фирменные и непатентованные товары, отпускаемые без рецепта, витамины, обезболивающие, средства от простуды и аллергии, а также товары для диабетиков. **Стоматологические услуги, услуги, связанные со зрением и слухом.** Вы можете использовать карту для сокращения собственных расходов на соответствующие критериям услуги, связанные со зрением, слухом и стоматологией.

Дополнительное страховое покрытие

	План Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP) H2915, план 018, 000
	Перечисленные далее льготы входят в страховое покрытие SSBCI. Не все участники имеют право на такое покрытие. Вы должны соответствовать критериям для получения следующих льгот плана. **Если вы соответствуете критериям**, средствами на карте можно оплачивать следующие расходы: • Оплата топлива у колонки • Здоровое питание • Товары для дома и безопасности • Средства и услуги по борьбе с вредителями • Помощь с оплатой аренды • Помощь с оплатой коммунальных услуг См. подробнее об этих льготах в разделе таблицы, посвященном специальному дополнительному страховому покрытию для участников с хроническим заболеваниями (SSBCI). См. дополнительную информацию, сведения об ограничениях и исключениях в Справочнике участника плана.
Программа My Wellcare Rewards	Участники программы **My Wellcare Rewards** могут заработать до $100 за выполнение определенных оздоровительных мероприятий и онлайн-занятий на портале для участников. Бонусы зачисляются на карту Wellcare Spendables®.

Подробное письменное заявление для потенциальных участников

Страховое покрытие, описанное ранее в данном кратком описании страхового покрытия, предоставляет план Wellcare Dual Select (HMO-POS D-SNP). Для всех перечисленных услуг указано, что покрывает план. Расходы на покрываемые услуги в рамках нашего плана могут зависеть от того, на какой уровень покрытия по программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)вы имеете право.

Краткое описание страхового покрытия услуг по программе Medicaid

Далее приведена информация для участников программ Medicare и Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid). Если страховое покрытие предоставляет и план, и программа Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), вы должны полностью использовать страховое покрытие плана, прежде чем начнет применяться страховое покрытие по программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid).

Страховое покрытие может зависеть от того, на какой уровень покрытия по программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)вы имеете право.

Если у вас возникли вопросы о вашем праве на участие в программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), о том, на какое страховое покрытие вы имеете право, или вам нужна самая актуальная информация о программе Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid), см. Справочник участника программы Medicaid. Кроме того, вы можете посетить веб-сайт https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/Medical-Assistance.aspx или позвонить в программу Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)по телефону 1-800-692-7462;
TTY: 1-800-451-5886. Часы работы: понедельник — пятница с 8 a.m. до 5 p.m. по восточному времени (ET).

Программа Pennsylvania Medical Assistance (Medicaid)
• Услуги врача
• Стационарные/амбулаторные
• Подиатрия (лечение стоп)
• Услуги мануального терапевта
• Услуги оптометриста
• Хосписный уход

• Радиология (рентгенография, MRI и CT)
• Стоматологические услуги
• Амбулаторный хирургический центр (ASC)
• Неэкстренная перевозка для медицинских целей
• Планирование семьи
• Гемодиализ
• Отделение экстренной помощи (ER)
• Скорая помощь
• Стационарное лечение острых состояний, реабилитация, сихиатрическая, психологическая и наркологическая помощь
• Материнство
• Психическое здоровье и наркологическая помощь (психиатрическая и психологическая помощь)
• Лекарства по рецепту (PDP)
• Биологически активные добавки
• Центр сестринского ухода (SNF)
• Медицинское обслуживание на дому
• Медицинское оборудование длительного пользования (DME)
• Протезы и ортопедические изделия
• Офтальмологические услуги (очки, оправы, контактные линзы)
• Медицинские принадлежности

• Терапия (физиотерапия (PT), эрготерапия (OT), логопедия (ST))
• Лабораторные услуги
• Отказ от табака

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*.

pa health & wellness

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 निःशुल्क 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* សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ 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.

Контрольный список перед регистрацией

Прежде чем принять решение о регистрации, важно полностью понимать наши правила, а также объем и условия предоставления страхового покрытия. Если у вас есть вопросы, вы можете поговорить с сотрудником отдела обслуживания клиентов по телефону 1-844-480-0680 (TTY: 711). Часы работы: воскресенье — суббота с 8 am до 8 pm.

Понимание страхового покрытия

- ☐ В Справочнике участника плана (EOC) приводится полный список всех покрываемых услуг. Очень важно изучить покрытие, расходы и услуги в рамках плана до регистрации. Чтобы ознакомиться со справочником EOC, посетите сайт go.wellcare.com/PA или звоните по телефону 1-844-480-0680 (TTY: 711). Часы работы: воскресенье — суббота с 8 am до 8 pm.
- ☐ Изучите указатель поставщиков услуг (или спросите своего врача) и убедитесь, что врачи, к которым вы обращаетесь, сотрудничают с планом. Если их нет в списке, вам, вероятно, понадобится выбрать нового врача.
- ☐ Изучите указатель аптек и убедитесь, что аптека, в которую вы обращаетесь за лекарствами по рецепту, сотрудничает с планом. Если ее нет в списке, вам, вероятно, понадобится выбрать новую аптеку для получения лекарств по рецепту.
- ☐ Изучите перечень покрываемых лекарств и убедитесь, что ваши препараты покрываются.

Понимание важных правил

- ☐ Помимо ежемесячных страховых взносов в рамках плана, вам нужно продолжать платить страховые взносы по программе Medicare Part B. Обычно этот страховой взнос ежемесячно вычитается из вашего социального пособия.
- ☐ Льготы, страховые взносы, доплаты и доли стоимости могут измениться с 1 января 2027 г.
- ☐ **Влияние на действующее покрытие.** Если вы в настоящее время являетесь участником плана Medicare Advantage, ваше текущее страховое покрытие медицинского обслуживания Medicare Advantage закончится, как только начнет действовать новое покрытие Medicare Advantage. Если вы участвуете в программе Tricare, ваше страховое покрытие может измениться после начала действия нового страхового покрытия Medicare Advantage. Обратитесь в программу Tricare для получения дополнительной информации. Если у вас есть план Medigap, то после начала действия страхового покрытия Medicare Advantage вам стоит отказаться от полиса Medigap, поскольку вы будете платить за покрытие, которым не сможете пользоваться. Если у вас есть план, приобретенный на бирже, вам необходимо связаться с биржей и отказаться от участия в нем. Если вы не откажетесь от участия в плане, приобретенном на бирже, возможно, вам придется платить за страховое покрытие, которым вы не сможете воспользоваться. Кроме того, после подачи налоговой декларации в следующем году вы можете получить штрафы.

- ☐ Наш план позволяет вам посещать поставщиков услуг, не сотрудничающих с планом (не заключивших с нами договор), для получения ряда услуг. Мы будем оплачивать их услуги, но необходимо их согласие вас лечить. Не заключившие с нами договор поставщики услуг могут отказать в обслуживании, за исключением экстренных и неотложных случаев. Кроме того, за услуги, получаемые у поставщиков, не заключивших с нами договор, вы будете платить больше.
- ☐ Этот план является планом для лиц с особыми потребностями, имеющих право на участие в двух программах (D-SNP). Ваша возможность зарегистрироваться будет зависеть от подтверждения вашего права на участие в программе Medicare и на помощь плана штата в рамках Medicaid.

Wellcare — это товарный знак компании Centene Corporation для Medicare, план обеспечения медицинского обслуживания (HMO), план использования предпочтительных обслуживающих организаций (PPO), частный план со сдельной оплатой услуг (PFFS), план покрытия лекарств по рецепту (PDP), заключивший договор с программой Medicare, а также утвержденный спонсор Части D. Наши планы D-SNP заключили договоры с программой Medicaid штата. Регистрация в наших планах зависит от продления договора.

Поставщики услуг, не сотрудничающие и не заключившие договор с планом, не обязаны обслуживать участников плана, за исключением экстренных случаев. Чтобы получить более подробную информацию, в том числе об участии в оплате услуг, поставщики которых не сотрудничают с нами, звоните в отдел обслуживания участников или изучите Справочник участника плана.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Контактные данные

За подробной информацией обращайтесь к нам:

По телефону

Бесплатно 1-844-480-0680 (TTY: 711). На ваш звонок может ответить лицензированный агент.

Часы работы

С воскресенья по субботу с 8 am до 8 pm

Сайт

go.wellcare.com/PA