

Health Net of California, Inc.에서 제공하는 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)

2023년도 변경 사항 연간 공지

개요

귀하는 현재 당사 플랜의 가입자로 등록되어 있습니다. 내년에는 당사의 혜택, 보장, 규칙 및 비용이 일부 변경될 것입니다. 이 **변경 사항 연간 공지**에는 변경 사항 및 그에 대한 자세한 내용을 어디서 찾을 수 있는지 설명되어 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>에 있는 **가입자 핸드북**을 검토해 주십시오. 주요 용어와 정의는 **가입자 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

목차

A. 면책 고지	3
B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토.....	3
B1. 추가 자원.....	4
B2. 당사 플랜에 관한 정보.....	6
B3. 확인해야 할 중요한 사항	7
C. 당사 플랜의 명칭 변경 사항.....	9
D. 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국 변경 사항.....	9
E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항	9
E1. 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항	9
E2. 처방약 보장 변경 사항.....	15
F. 행정적 변경사항	19
G. 플랜 선택.....	19
G1. 플랜 유지	19

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



G2. 플랜 변경	19
H. 도움 받기	24
H1. 당사 플랜	24
H2. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP).....	24
H3. Ombuds 프로그램.....	24
H4. Medicare	25
H5. California 보건 관리부.....	25

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



A. 면책 고지

- ❖ 본 문서는 완전한 목록이 아닙니다. 이 혜택 정보는 간략한 요약서이며 혜택에 대한 완전한 설명서가 아닙니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 연락하거나 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 가입자 핸드북을 참조해 주십시오.
- ❖ Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 브랜드로, Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며 승인된 Part D 제공자입니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 저희 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- ❖ 언급된 혜택은 만성 질병에 대한 특별 보조 혜택의 일부일 수 있습니다. 모든 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다.

B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토

본 *변경 사항 연간 공지*에 “당사가”, “당사를”, “당사의” 또는 “당사의 플랜”이라고 명시되어 있으면 이는 Medicare Medi-Cal Coordination 플랜을 의미합니다.

내년에도 계속해서 귀하에게 필요한 사항을 충족시킬 수 있도록 지금 보장을 검토하는 것이 중요합니다. 보장이 귀하에게 필요한 사항을 충족하지 않으면 당사 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 E**를 참조해 주십시오.

당사의 플랜을 탈퇴하기로 선택하신 경우, 가입자 자격은 귀하의 요청을 받은 달의 말일에 종료됩니다. Medicare 및 Medi-Cal 프로그램은 귀하의 자격이 되시는 한 계속 가입 상태로 남아있게 됩니다.

당사 플랜을 탈퇴하시면, 다음 정보를 받으실 수 있습니다.

- **섹션 G2**의 표에 있는 Medicare 옵션.
- **섹션 G2**에 있는 Medi-Cal 서비스.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



B1. 추가 자원

- **انتباه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոզ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: 2անգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: 2անգն անվճար է:
- **ចំណាំ:** ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វីលីពីន អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិង ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺ ឥតគិតថ្លៃ។
- **請注意：**我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY : 711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- **توجه:** اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 9007-1 تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 (1-800-431 TTY 711) صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



- 주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
- ATENCIÓN: Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.
- LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

- 무료로 이 **변경 사항 연간 공지**를 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 받으실 수 있습니다. 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 “지속 요청”이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.

아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.

또는

- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 가입자 서비스부에 1-800-431-9007 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

B2. 당사 플랜에 관한 정보

- Wellcare by Health Net은 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램의 혜택을 제공하도록 양 프로그램과 계약을 맺은 건강 플랜입니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



- Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 따른 보장은 “최소 필수 보장”이라고 하는 적격 건강 보장입니다. 이는 환자 보호 및 의료 비용 합리화법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 개인별 공동책임 요건에 대한 자세한 내용은 미국 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 를 참조해 주십시오.

B3. 확인해야 할 중요한 사항

- **당사의 혜택 및 비용에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오.**
 - 이용하시는 서비스에 영향을 주는 변경 사항이 있습니까?
 - 내년에 혜택 및 비용 변경 사항이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토해 주십시오.
 - 당사 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 내용은 **섹션 E1**을 참조해 주십시오.
- **귀하에게 영향을 줄 수 있는 당사의 처방약 보장에 변경 사항이 있는지 확인해 주십시오.**
 - 귀하의 의약품이 보장됩니까? 귀하의 의약품이 다른 범주에 속합니까? 같은 약국을 이용할 수 있습니까?
 - 내년에 당사의 의약품 보장이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토해 주십시오.
 - 당사의 의약품 보장 변경 사항에 관한 내용은 **섹션 E2**를 참조해 주십시오.
- **내년에 귀하의 의료 제공자 및 약국이 당사 네트워크에 소속되는지 확인해 주십시오.**
 - 전문의를 포함한 담당 의사가 당사 네트워크에 소속되어 있습니까? 귀하가 이용하시는 약국이 당사 네트워크에 소속되어 있습니까? 귀하가 이용하시는 병원이나 기타 의료 제공자가 당사 네트워크에 소속되어 있습니까?
 - *의료 제공자 및 약국 명부*에 대한 정보는 **섹션 D**를 참조해 주십시오.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



- **플랜에서의 전반적인 비용을 고려해 주십시오.**
 - 정기적으로 이용하시는 서비스 및 처방약에 대해 본인부담금(out-of-pocket)을 얼마나 부담하시겠습니까?
 - 총비용이 다른 보장 옵션과 비교해서 어떻게 됩니까?
- **당사 플랜에 만족하고 계신지 고려해 주십시오.**

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)의 가입 상태를 유지하기로 결정한 경우:

내년에도 당사 플랜을 유지하기를 원하시는 경우, 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 변경 사항이 없으면 귀하의 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 가입 상태가 자동으로 유지됩니다.

플랜을 변경하기로 결정한 경우:

다른 보장이 귀하에게 필요한 사항을 더 잘 충족시킬 것으로 판단하시면 플랜을 변경하실 수 있습니다(자세한 내용은 **섹션 G2** 참조). 신규 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 변경하시면 다음 달 1일에 새로운 보장이 시작됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



C. 당사 플랜의 명칭 변경 사항

2023년 1월 1일, 당사 플랜의 명칭이 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)로 변경될 예정입니다.

Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)는 새 가입자 ID 카드를 우편으로 발송할 것입니다. 플랜의 새로운 명칭으로 발송된 우편물을 더 받게 되실 수도 있습니다.

D. 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국 변경 사항

당사의 의료 제공자 및 약국 네트워크가 2023년에 대하여 변경되었습니다.

당사의 현재 의료 공급자 및 약국 명부를 검토하여 귀하의 의료 공급자 또는 약국이 여전히 당사 네트워크에 소속되어 있는지 알아볼 것을 강력히 권장합니다. 업데이트된 **의료 제공자 및 약국 명부**는 당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 에 나와 있습니다. 또한 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 업데이트된 의료 제공자 정보를 요청하거나 저희에게 **의료 제공자 및 약국 명부**를 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

해당 연도 중에 당사 네트워크가 변경될 수도 있음을 인지하시는 것이 중요합니다. 귀하의 의료 제공자가 본 플랜을 떠날 경우, 귀하에게는 일정한 권리와 보호 조치가 주어집니다. 자세한 내용은 **가입자 핸드북 3장**을 참조해 주십시오.

E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항

E1. 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항

당사는 특정 의료 서비스에 대한 보장과 이러한 보장 의료 서비스에 대해 귀하가 지불하시는 비용을 내년에 변경할 것입니다. 아래 표에는 이러한 변경 사항이 설명되어 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
치과 서비스 - 정기 치과 서비스	Medi-Cal이 보장하는 치과 혜택 외에도 플랜에서 보장하는 치과 서비스 및 시술에 대해 최대 \$1,000의 플랜 혜택 보조금이 있습니다.	<p>Medicare 플랜은 가입자의 Medi-Cal 보장 치과 혜택 외에도 추가적인 치과 서비스 및 시술을 보장합니다. 플랜 혜택 최대 보조금이 없습니다. 이러한 서비스에는 다음 사항이 포함되며 이에 국한하지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 크라운 - 귀금속 - 달력 연도 기준 5년에 한 번 - 보철술(의치) - 아치당 달력 연도 기준 2년마다 - 브리지 - 치아당 달력 연도 기준 5년마다 <p>제한 및 예외사항이 적용됩니다.</p> <p>Medi-Cal 치과 혜택에 대한 자세한 내용은 https://smilecalifornia.org/를 참조하실 수 있습니다</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
<p>건강 식품 카드(Healthy Foods Card)</p> <p>Medicare는 Wellcare by Health Net이 Value-Based Insurance Design 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.</p>	<p>건강 식품 카드는 보장되지 않습니다.</p>	<p>귀하는 매달 보조금을 \$50 받아 참여 소매점에서 적격 식료품 제품을 구매하실 수 있습니다.</p> <p>이 보조금은 다음 달로 이월되지 않습니다.</p>
<p>청력 관리 서비스</p>	<p>진료 의뢰는 필요하지 않습니다.</p>	<p>진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.</p>
<p>가정 내 지원 서비스</p>	<p>가정 내 지원 서비스는 보장되지 않습니다.</p>	<p>귀하의 플랜은 Medi-Cal을 통해 제공되는 서비스 외에도 다음과 같은 가정 내 지원 서비스를 제공합니다.</p> <p>가입자는 매년 12회 방문에 대해 코페이먼트 \$0를 납부합니다.</p> <p>서비스에는 일상생활 활동의 보조뿐만 아니라 청소, 가사 및 식사 준비가 포함됩니다. 서비스는 계약된 공급업체에서 제공됩니다. 한도 및 제한 사항이 적용됩니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
외래 혈액 서비스	사전 승인이 필요할 수 있습니다.	사전 승인이 필요하지 않습니다 .
비처방(OTC) 품목	가입자는 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 가입자는 우편 주문 또는 참여 소매 약국을 통해 적격 비처방(OTC)으로 지출한 금액에 대해 매분기 \$155의 혜택을 받습니다. 이 혜택은 다음 기간으로 이월되지 않습니다	가입자는 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 가입자는 우편 주문 또는 참여 소매 약국을 통해 적격한 비처방(OTC) 제품에 지출한 금액에 대해 분기마다 \$260를 수령합니다. 이 혜택은 다음 기간으로 이월되지 않습니다
족부 치료 서비스	사전 승인이 필요하지 않습니다 .	사전 승인이 필요할 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
<p>만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)</p> <p>(계속)</p>	<p>가입자는 다음 플랜 혜택에 대한 자격 지침을 충족해야 합니다. 또한 당사의 플랜과 함께 치료 관리 프로그램에 참여해야 할 수도 있습니다.</p> <p>식료품 배달:</p> <p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 자격을 갖춘 경우 플랜에 계약된 식료품 배달 서비스 공급업체에 대한 선불 멤버십과 플랜에 허가된 식료품 품목에 사용할 수 있는 월 최대 \$50를 받을 수 있습니다. 배송당 최소 주문 한도는 \$35입니다. 월말까지 사용하지 않은 혜택 금액은 이월되지 않습니다.</p>	<p>가입자는 다음 플랜 혜택에 대한 자격 지침을 충족해야 합니다. 또한 당사의 플랜과 함께 치료 관리 프로그램에 참여해야 할 수도 있습니다.</p> <p>식료품 배달은 보장되지 않습니다.</p> <p>동물 서비스 지원은 보장되지 않습니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
만성 질병에 대한 특별 보조 혜택(SSBCI)	<p>동물 서비스 지원:</p> <p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 자격을 갖춘 경우, ADA 승인된 동물 서비스의 특정 품목 비용을 보장하기 위해 매월 \$50를 받을 수 있습니다. 이 혜택은 동물 병원 또는 장난감 비용을 보장하는 데 사용할 수 없으며, 사용하지 않는 모든 혜택 비용은 매월 말 만료됩니다.</p> <p>도우미 로봇 펫:</p> <p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 자격을 갖춘 경우 플랜에 계약된 공급업체에서 반려 고양이 또는 개를 받을 수 있습니다. 반려 동물 유형은 이용 가능 여부에 따라 달라질 수 있습니다. 혜택은 매년 가입자 1인당 반려 동물 1마리로 제한됩니다.</p>	<p>가입자는 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 자격을 갖춘 경우, 플랜은 가입자 가정의 유틸리티 이용 요금을 보장하기 위해 매월 \$75의 한도로 선불 Visa 직불 카드를 제공합니다. 사용하지 않는 모든 유틸리티 Flex Card 혜택 비용은 매월 말 만료됩니다. 이 혜택에 대해 승인된 유틸리티 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> -전기, 가스, 위생 및 수도 시설 -유선전화 서비스 -케이블 TV 서비스 -특정 석유 비용 <p>도우미 로봇 펫은 보장되지 않습니다.</p>
안과 서비스	진료 의뢰는 필요하지 않습니다	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
전 세계 응급 진료 보장	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$120를 납부합니다.</p> <p>미국 이외 지역에서 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000까지 보장됩니다.</p>	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$95를 납부합니다.</p> <p>미국 이외 지역에서 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000까지 보장됩니다.</p>
전 세계 긴급 진료 보장	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$120를 납부합니다.</p> <p>미국 이외 지역에서 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000까지 보장됩니다.</p>	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$95를 납부합니다.</p> <p>미국 이외 지역에서 응급 및 긴급하게 필요한 서비스를 받는 경우, 매년 최대 \$50,000까지 보장됩니다.</p>

E2. 처방약 보장 변경 사항

당사 의약품 목록 변경 사항

업데이트된 **보장 의약품 목록**은 당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 에 나와 있습니다. 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 업데이트된 의약품 정보를 요청하거나 저희에게 **보장 의약품 목록**을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

보장 의약품 목록은 “의약품 목록”이라고도 합니다.

보장되는 의약품의 변경 및 특정 의약품 보장에 적용되는 제한 사항의 변경을 포함하여, 의약품 목록을 변경했습니다.

의약품 목록을 검토하셔서 **내년에 귀하의 의약품이 보장되는지 확인하시고** 제한 사항이 있는지 확인해 주십시오.

의약품 보장 변경으로 영향을 받는 경우, 다음을 권장해 드립니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



- 보장되는 다른 의약품 찾기 위해 담당 의사(또는 기타 처방의)와 상의해 주십시오.
 - 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 동일한 질환을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다.
 - 이 목록은 귀하의 의료 제공자가 귀하에게 적합한 보장 의약품 찾는 데 도움이 될 수 있습니다.
- 당사에 해당 의약품의 임시 공급분을 보장해 줄 것을 요청해 주십시오.
 - 어떤 상황의 경우 당사는 해당 달력 연도의 첫 90일 동안 해당 의약품의 **임시** 공급분을 보장해 드립니다.
 - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30일, 장기 관리 약국의 경우 최대 31일 분량입니다 (임시 공급분을 받을 수 있는 시기와 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 **가입자 핸드북 5장**을 참조해 주십시오).
 - 의약품의 임시 공급분을 받으시면, 임시 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 담당 의사와 상의해 주십시오. 플랜에서 보장하는 다른 의약품으로 전환할 수도 있고, 아니면 현재 복용 중인 의약품을 예외적으로 보장해 달라고 플랜 측에 요구할 수도 있습니다. 예외 적용을 요청하는 방법을 알아보려면 2023년 가입자 핸드북의 9장 섹션 F를 참조하거나 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
 - 본 플랜에 가입하신 지 90일이 지났고 장기요양 시설에 거주하시는 경우에는 31일 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다. 이것은 장기요양 전환 공급분에 추가하여 보장됩니다.
 - 장기요양 시설이나 병원에서 가정으로 거주지를 옮기는 경우에는 30일 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다(이 경우 여러 번의 조제로 최대 총 30일 공급분의 의약품이 허용됩니다).
 - 가정이나 병원에서 장기요양 시설로 거주지를 옮기는 경우에는 31일 공급분을 1회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다(이 경우 여러 번의 조제로 최대 총 31일 공급분의 의약품이

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



허용됩니다). 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.

- 일부 의약품 목록 예외 적용의 경우 내년에도 계속 보장됩니다. 받은 승인 서신을 참조해 주십시오. 승인 서신에는 귀하의 특정 의약품 승인 한도 및 의약품 보장이 종료되는 날짜에 대한 정보가 포함되어 있습니다. 당사가 승인을 갱신하지 않기로 결정하는 경우, 해당 연도가 끝나기 최소 60일 전에 새 서신을 보내 드립니다. 이 서신에는 특정 의약품 예외 승인의 종료 시점 및 예외 요청 방법이 기재되어 있을 것입니다. 예외 적용을 요청하는 방법을 알아보려면 2023년 가입자 핸드북의 9장 섹션 F를 참조하거나 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

처방약 비용 변경 사항

의약품 목록에 있는 일부 의약품이 더 낮거나 더 높은 의약품 범주로 변경되었습니다. 의약품의 범주가 변경되면 가입자 코페이먼트에 영향을 줄 수 있습니다. 귀하의 의약품이 다른 범주에 속해 있는지 확인하시려면 의약품 목록을 참조해 주십시오.

다음 표는 보장되는 모든 Part D 의약품에 대한 비용을 보여줍니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
<p>보장되는 모든 Part D 의약품</p> <p>네트워크 소속 약국에서 조제되는 보장 대상 Part D 의약품의 1개월 공급분 비용</p> <p>Medicare는 WellCare by Health Net이 Value-Based Insurance Design 프로그램의 일환으로 더 낮은 코페이먼트/공동보험료를 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.</p>	<p>범주 1 의약품 - 우대 제네릭 약: 1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$0입니다.</p> <p>범주 2 의약품 - 제네릭 약: 1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$20입니다.</p> <p>범주 3 의약품 - 우대 브랜드 약: 1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$47입니다.</p> <p>범주 4 의약품 - 비우대 약: 1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 총 비용의 44%입니다.</p> <p>범주 5 의약품 - 특수 범주: 1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 총 비용의 25%입니다.</p> <p>범주 6 의약품 - 선별된 케어 의약품:</p>	<p>1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$0입니다.</p>

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



	2022년(올해)	2023년(내년)
	1개월(30일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$0 입니다.	

F. 행정적 변경사항

	2022년(올해)	2023년(내년)
귀하의 플랜이 변경됩니다	귀하는 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)의 가입자이며 Health Net 또는 다른 회사를 통해 제공되는 별도의 Medi-Cal 플랜을 선택하셨습니다.	귀하는 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)의 가입자이며 Health Net Medi-Cal 플랜에 자동으로 배정됩니다.

G. 플랜 선택

G1. 플랜 유지

저희는 귀하가 가입자로 남아있으시기를 바랍니다. 저희 플랜을 유지하실 경우 아무런 조치를 취하지 않으셔도 됩니다. 다른 Medicare 플랜 또는 Original Medicare로 변경하지 **않는** 경우, 귀하는 2023년 저희 플랜의 가입자로 가입 상태가 자동 유지됩니다.

G2. 플랜 변경

대부분의 Medicare 가입자는 연중 특정 기간에 탈퇴할 수 있습니다. 귀하는 Medi-Cal에 가입되어 있으므로, 다음의 각 **특별 등록 기간**에 저희 플랜에서 탈퇴하거나 다른 플랜으로 전환할 수 있습니다.

- 1월~3월
- 4월~6월
- 7월~9월

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



이러한 세 번의 특별 등록 기간 외에도 다음 기간 동안 저희 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다.

- **연례 등록 기간**은 10월 15일부터 12월 7일까지입니다. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 12월 31일에 가입 상태가 종료되고 1월 1일에 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.
- **Medicare Advantage 공개 가입 기간**은 1월 1일부터 3월 31일까지입니다. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 다음 달 첫 날부터 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.

가입 상태를 변경할 수 있는 또 다른 상황이 있을 수 있습니다. 예:

- 서비스 지역 밖으로 이사하는 경우,
- Medi-Cal 또는 Extra Help 자격이 변경되는 경우, 또는
- 요양원 또는 장기요양 병원으로 최근에 입원했거나 그곳에서 현재 진료 중이거나 막 퇴원한 상태인 경우.

Medicare 서비스

Medicare 서비스를 받을 수 있는 세 가지 옵션이 있습니다. 이 중 하나의 옵션을 선택하시면 가입자는 자동으로 당사 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



<p>1. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>다른 Medicare 건강 플랜</p>	<p>아래와 같이 하시면 됩니다.</p> <p>연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.</p> <p>PACE에 관한 질문에 대해서는 1-855-921-PACE(7223)로 문의해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/을 참조해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입해 주십시오.</p> <p>새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 Medicare 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경되는 경우도 있습니다.</p>
--	--

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



<p>2. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare</p>	<p>아래와 같이 하시면 됩니다.</p> <p>연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 문의하시면 됩니다.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입해 주십시오.</p> <p>Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않을 것입니다.</p>
---	---

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



<p>3. 다음 프로그램으로 변경하실 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare</p> <p>유의 사항: Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare 측에 등록을 원치 않는다고 알리지 않는 한, Medicare에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>가입자가 고용주나 조합 등 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우, 처방약 보장만 제외하셔야 합니다. 의약품 보장에 관한 질문이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 참조해 주십시오.</p>	<p>아래와 같이 하시면 됩니다.</p> <p>연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번으로 문의하시면 됩니다.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시 사이에 1-800-434-0222번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 문의해 주십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ 을 참조해 주십시오. <p>Original Medicare의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않을 것입니다.</p>
--	---

Medi-Cal 서비스

저희 플랜에서 탈퇴한 후 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 6시 사이에 1-844-580-7272번으로 Health Care Options에 연락해 주십시오. TTY 사용자들은 1-800-430-7077번으로 문의하시면 됩니다. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Medi-Cal 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의해 주십시오.



문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.

H. 도움 받기

H1. 당사 플랜

질문이 있으시면 언제든지 도와 드리겠습니다. 기재된 운영일 및 운영 시간에 페이지 하단에 있는 번호로 가입자 서비스부에 문의해 주시면 저희가 도와드리겠습니다. 통화는 수신자 부담입니다.

가입자 핸드북 확인하기

귀하의 **가입자 핸드북**은 당사의 플랜 혜택이 상세히 설명되어 있는 법적 문서입니다. 가입자 핸드북은 2023년도 혜택과 비용에 대한 자세한 내용을 제공하고 저희가 보장하는 서비스와 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 할 규칙과 가입자의 권리에 관해 설명합니다.

2023년도 **가입자 핸드북**은 10월 15일부터 이용하실 수 있습니다. **가입자 핸드북**의 최신 사본은 당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>에서 확인하실 수 있습니다. 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 연락하여 저희에게 2023년도 **가입자 핸드북**을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

당사 웹사이트

당사 웹사이트 <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>를 방문하실 수 있습니다. 참고로 당사 웹사이트에는 의료 제공자 및 약국 네트워크(**의료 제공자 및 약국 명부**), 그리고 당사 의약품 목록(**보장 의약품 목록**)에 대한 최신 정보가 나와 있습니다.

H2. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)

State Health Insurance Assistance 프로그램(SHIP)에 문의하실 수도 있습니다. California에서는 SHIP를 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)이라고 합니다. HICAP 상담사는 가입자가 플랜의 선택 사항을 이해하도록 돕고 플랜 전환에 관한 질문에 답변을 드릴 수 있습니다. HICAP는 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. HICAP는 모든 카운티에 훈련받은 상담사를 두고 있으며, 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222입니다. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 참조해 주십시오.

H3. Ombuds 프로그램

저희 플랜과 문제가 있으신 경우, Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램에서 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료이며 모든 언어로 이용하실 수 있습니다. Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램:

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



- 가입자를 대변하는 역할을 수행합니다. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다.
- 가입자의 권리 및 보호와 관련된 정보 및 우려 사항을 해결하는 방법을 확인해 드립니다.
- 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. Health Consumer Alliance Ombuds 프로그램 전화번호는 1-888-804-3536번입니다.

H4. Medicare

Medicare에서 직접 정보를 받으시려면, 연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 참조하실 수 있습니다. 저희 플랜에서 탈퇴하고 다른 Medicare 플랜에 등록하기로 결정하신 경우, Medicare 웹사이트에는 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 및 품질 등급에 대한 정보가 있습니다.

Medicare 웹사이트의 Medicare 플랜 찾기를 이용하시면 가입자가 거주하는 지역에서 이용 가능한 Medicare 플랜에 관한 정보를 찾으실 수 있습니다(플랜에 대한 정보를 보시려면, www.medicare.gov에서 “플랜 찾기”를 클릭해 주십시오).

2023년도 Medicare & You

2023년도 Medicare & You 핸드북을 확인하실 수 있습니다. 매년 가을 이 책자를 Medicare 가입자에게 우편으로 보내 드립니다. 이 책자는 Medicare 혜택, 권리 및 보호, Medicare에 관해 가장 자주 묻는 질문에 대한 답변이 실린 요약서입니다. 핸드북은 스페인어, 중국어 및 베트남어도 제공됩니다.

이 책자의 사본이 없으시면 Medicare 웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 찾으시거나 연중무휴 24시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.

H5. California 보건 관리부

California 보건 관리부가 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. DMHC 지원 센터에서는 Medi-Cal 서비스에 관련된 이의 신청과 불만사항 접수를 도와 드릴 수 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충이 있으시면 우선 건강 플랜에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하시고, 보건 관리부로 연락하시기 전에 건강 플랜의 고충 처리 절차를 이용해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 이러한 고충 처리 절차를 활용해도 가입자에게 적용되는 잠재적 법적 권리나 구제책이 금지되지는 않습니다. 응급조치와 관련된 고충, 가입자의 건강 보험에서 만족스럽게 해결되지 않은 고충 또는 30일 이상 해결되지 않은 고충의 경우, 보건 관리부에 연락하여 도움을 청할 수 있습니다. 가입자는 독립 의료 검토(IMR)를 요청할 자격을 보유할 수 있습니다. IMR 요청 자격을 보유할 경우, IMR 절차를 통해 제안된 서비스 또는 치료에 대한 의학적 필요성에 관해 건강 플랜이 내린 의료적 결정, 실험적 또는 연구적 성격을 띠는 치료에 대한 보장 결정, 응급 또는 긴급 의료 서비스에 대한 지불 분쟁 등에 대해 공정한 검토가 이루어질 것입니다. 또한 보건 관리부는 수신자 부담 전화번호(**1-888-466-2219**) 및 청각 및 언어 장애인을 위한 TDD 회선(**1-877-688-9891**)을 운영합니다. 불만사항 제기 양식, IMR 신청서 및 온라인 지침은 보건 관리부의 인터넷 웹사이트 www.dmhc.ca.gov에서 찾아보실 수 있습니다.

문의 사항은 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://wellcare.healthnetcalifornia.com> 를 참조해 주십시오.



차별 금지 공지

차별은 위법 행위입니다. Wellcare by Health Net은 주 및 연방 시민법을 준수합니다. Wellcare by Health Net은 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 취향을 이유로 사람을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나, 다르게 대우하지 않습니다.

Wellcare by Health Net은 다음을 제공합니다.

- 다음과 같은 장애인의 더 나은 의사소통에 도움이 되는 무료 지원과 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 기타 형식의 서면 정보(대형 활자본, 오디오, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare by Health Net에 **1-800-431-9007**번으로 연락하십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 주 7일 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 메시징 시스템은 업무 시간 이후, 주말 및 연방 휴일에 이용하실 수 있습니다. 듣지 못하거나, 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711**번으로 전화해 주십시오. 요청 시 이 문서를 점자, 대형 활자본, 오디오 카세트 또는 전자 양식으로 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 다음 번호로 전화를 하거나 서신을 보내 주십시오.

Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367 1-
800-431-9007
TTY: 711

I. 고충 접수 방법

Wellcare by Health Net이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 인종 집단 식별, 연령, 정신 장애, 신체적 장애, 의학적 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성, 또는 성적 취향에 따라 차별한다고 생각되는 경우 가입자 서비스부에 고충을 접수할 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 직접 또는 전자 방식으로 고충을 접수할 수 있습니다.

- 전화: **1-866-458-2208**번으로 전화하여 Wellcare by Health Net의 시민권리 코디네이터에게 문의하십시오. 오전 8시~오후 5시, 월요일~금요일. 또는, 들을 수 없거나 잘 말할 수 없는 경우 **TTY 711**번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만 양식을 작성하거나 서신을 작성하여 다음 주소로 보내십시오.
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- 직접: 담당 의사의 진료실 또는 Wellcare by Health Net을 방문하여 고충을 접수하고 싶다고 말씀하십시오.
- 전자: Wellcare by Health Net 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

시민권리 사무국 – California 보건복지부

또한 California 보건복지부 시민권리 사무국에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만을 접수할 수 있습니다.

- **전화: 1-916-440-7370**번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 **TTY 711 (통신 릴레이 서비스)**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care
Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
불만 접수 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자: CivilRights@dhcs.ca.gov**로 이메일을 보내십시오.

J. 시민권리 사무국 – 미국 보건복지부

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별로 인해 차별을 당했다고 생각되는 경우, 미국 보건복지부 시민권리 사무국에 서면 또는 전자적으로 시민권리 불만도 접수할 수 있습니다.

- **전화: 1-800-368-1019**번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, **TTY/TDD 1-800-537-7697**번으로 전화해 주십시오.
- **서면:** 불만 양식을 작성하거나 다음 주소로 서신을 보내십시오.
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
불만 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.
- **전자:** 시민권리 사무국 불만 포털 웹페이지

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 를 방문하십시오.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY` **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY` **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمکها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): **หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท1-888-431-9007** (TTY: **711**) เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.