Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) *ofrecido por* Health Net Community Solutions, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted:

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
- Considere cuánto pagará en primas, deducibles y costo compartido.

☐ Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que consume siguen teniendo cobertura.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.

☐ Considere si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE**: Conozca otras opciones de planes

☐ Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o consulte la lista en la contraportada del manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*.

- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

   - Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, permanecerá inscrito en Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP).
   - Si desea cambiar a **un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto cancelará su inscripción en el plan Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP).
   - Consulte la Sección 2.2, página 17 para saber más sobre sus opciones.
   - Si recientemente usted se mudó a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de cuidados de largo plazo), vive en una de estas instituciones o se acaba de mudar de alguna de ellas, puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan separado para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con Servicios para los miembros en el teléfono 1-800-431-9007 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son: 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.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, en braille, en audio, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS y PDP que tiene un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP).

H3561_001_2023_CA_ANOC_DSNP_105530S_M

Aviso anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023 5

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo 8

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 8
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 8
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 9
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D 13

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 17

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 17
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan 17

SECCIÓN 3 Cambio de plan 18

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid 18

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 19

SECCIÓN 6 Preguntas 20

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) 20
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 20
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid 21

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y de 2023 para Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	$0	$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: $0 de copago por consulta Consultas con un especialista: $0 de copago por consulta
Hospitalizaciones	Para admisiones cubiertas, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización cubierta.	Para admisiones cubiertas, por admisión: $0 de copago por cada hospitalización cubierta.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: $480 (aplica a medicamentos Nivel 2 (Medicamentos genéricos), de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), de Nivel 4 (medicamentos no preferidos), y de Nivel 5 (nivel de especialidad)) Copago/Coseguro durante la Etapa inicial de cobertura: • Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:	Deducible: $0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga $0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga $11 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga $42 de copago por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga 48% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 5 - Nivel de especialidad: Usted paga 25% del costo total por un suministro de un mes (30 días). • Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos para la atención estándar: Usted paga $0 de copago por un suministro de un mes (30 días).	

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	$3,450 Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.	$8,300 Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid).	$0	$0

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo". Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo **Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de bolsillo.** Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo que se considere para el monto máximo de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Sus costos por medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	$3,450	$8,300 Una vez que haya pagado $8,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de proveedores y/o farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos el directorio por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2023 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2023 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y a las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio que se hace a medio año lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudar.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Remisiones	Ha habido un cambio en los requisitos para las remisiones de los siguientes beneficios dentro de la red.	
	• Audífonos no requiere(n) una remisión. • Exámenes auditivos no requiere(n) una remisión. • Anteojos y lentes de contacto no requiere(n) una remisión. • Exámenes de la vista no requiere(n) una remisión.	• Audífonos puede(n) requerir una remisión. • Exámenes auditivos puede(n) requerir una remisión. • Anteojos y lentes de contacto puede(n) requerir una remisión. • Exámenes de la vista puede(n) requerir una remisión.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios dentales - Servicios dentales integrales	Su plan tiene hasta $1,000 de crédito para todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.	Su plan no tiene un máximo de crédito para los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios de diagnóstico	Usted paga $0 de copago.	Sin cobertura
Servicios dentales - Servicios dentales integrales - Servicios de diagnóstico	Sin límite de servicios de diagnóstico cada año.	Sin cobertura
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga $120 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $95 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.
Tarjeta para alimentos saludables (Healthy Foods Card) **Medicare aprobó a Wellcare para que proporcione estos servicios como parte del programa Value-Based Insurance Design (VBID) program. Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Para obtener más información sobre los beneficios VBID, puede comunicarse con Servicios para los miembros.**	La tarjeta de alimentos saludables (Healthy Foods Card) no está cubierta.	Usted recibe un crédito de $25 cada mes para gastar en productos de alimentación elegibles en tiendas minoristas participantes. Este crédito no se traslada al del mes siguiente.
Servicios de apoyo a domicilio	Los servicios de apoyo a domicilio no están cubiertos.	Usted paga $0 de copago por 12 visitas cada año. Los servicios incluyen limpieza, labores del hogar y preparación de comidas, así como asistencia con las actividades de la vida cotidiana.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficio de artículos sin receta (Over-The-Counter, OTC)	Usted paga $0 de copago. Usted recibe un beneficio de $125 cada tres meses para gastar en artículos de venta sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles a través del pedido por correo o en tiendas minoristas participantes. Este beneficio no se transfiere al siguiente período.	Usted paga $0 de copago. Usted recibe un beneficio de $220 cada tres meses para gastar en artículos de venta sin receta (Over-The-Counter, OTC) elegibles a través del pedido por correo o en tiendas minoristas participantes. Este beneficio no se transfiere al siguiente período.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Para admisión cubierta por Medicare por período de beneficios: Días 1-100: Usted paga $0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.	Para admisión cubierta por Medicare por admisión: Días 1-100: Usted paga $0 de copago por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Más allá del día 100: Usted es responsable de todos los costos.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI) - Tarjeta Utility Flex Card Los beneficios mencionados pueden ser parte de los Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos. No todos los miembros calificarán. Usted debe cumplir con las normas de elegibilidad para los siguientes beneficios del plan.	Tarjeta de servicios Flex Card: Usted paga $0 de copago. Si es elegible, el plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite de $50 al mes para ayudarle a cubrir el costo de los servicios de su hogar. Cualquier monto en dólares que no se haya utilizado del beneficio de la tarjeta de servicios Flex Card vence al final de cada mes. Los servicios aprobados para este beneficio incluyen: - Electricidad, gas, servicios sanitarios y de agua - Servicio telefónico de línea fija - Servicio de televisión por cable - Ciertos gastos de combustible	Tarjeta de servicios Flex Card: Usted paga $0 de copago. Si es elegible, el plan ofrece una tarjeta de débito Visa prepagada con un límite de $75 al mes para ayudarle a cubrir el costo de los servicios de su hogar. Cualquier monto en dólares que no se haya utilizado del beneficio de la tarjeta de servicios Flex Card vence al final de cada mes. Los servicios aprobados para este beneficio incluyen: - Electricidad, gas, servicios sanitarios y de agua - Servicio telefónico de línea fija - Servicio de televisión por cable - Ciertos gastos de combustible
Transporte médico que no sea de emergencia (hacia/desde ubicaciones aprobadas por el plan)	Usted paga $0 de copago para 60 viajes cada año. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartidoa un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan. Los viajes están limitados a 75 millas por tramo. Debe llamar con 72 horas de anticipación para programar un viaje.	Usted paga $0 de copago por 48 viajes cada año. Se considera un viaje traslado de un tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan. Los viajes están limitados a 75 millas por tramo. Debe llamar con 72 horas de anticipación para programar un viaje.
Servicios de urgencia necesarios - Cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo	Usted paga $120 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga $95 de copago por cada servicio cubierto. El copago no se anula si lo ingresan en un hospital.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Autorización previa	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de autorización previa.	
	• Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos podría(n) requerir autorización previa. • Servicios de podiatría no requiere(n) autorización previa.	• Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos no requiere(n) autorización previa. • Servicios de podiatría podría(n) requerir autorización previa.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”.

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es de $480. Durante esta etapa, usted paga $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos y $0 de costo compartido por los medicamentos de Nivel 6: Medicamentos selectos para la atención estándar y el costo total de los medicamentos de Nivel 2: Medicamentos genéricos, Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Nivel de especialidad hasta que alcance el deducible anual. El monto de su deducible es de $0 o $99, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, el “LIS Rider,” para su monto de deducible.)	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga la parte que le corresponde del costo.**	Su costo por un surtido de un mes en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:	Su costo por un surtido de un mes en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:
	Medicamentos de Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	Usted paga $0 de copago por medicamento por todos los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.
	Medicamentos de Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga $11 de copago por medicamento con receta.	
	Medicamentos de Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga $42 de copago por medicamento con receta.	
	Medicamentos de Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga 48% del costo total.	
	Medicamentos de Nivel 5 - Nivel de especialidad: Usted paga 25% del costo total.	
	Medicamentos de Nivel 6 - Medicamentos selectos para la atención estándar: Usted paga $0 de copago por medicamento con receta.	

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener más información acerca de los costos por un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta a través del pedido por correo, consulte el Capitulo 6 de su *Evidencia de cobertura*. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estan en un nivel diferente, consulte la Lista de medicamentos. _____	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura)	_____ Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios a su beneficio VBID de la Parte D

Medicare aprobó que Wellcare proporcione copagos/coseguro menores como parte del programa de Diseño de seguro con base en el valor (Value-Based Insurance Design). Este programa permite que Medicare intente de diversas maneras mejorar los planes de Medicare Advantage.

Descripción	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Eliminación de costos compartidos de la Parte D	No se ofrece la eliminación de costos compartidos de la Parte D.	Debido a que usted califica para la eliminación de costos compartidos de la Parte D, usted no paga por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo pero si desea cambiar en 2023, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN,* puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en www.medicare.gov/plan-compare; consulte el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*, llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP).

- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
  - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.** El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023**.**

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede modificar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores

del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), visite su sitio web (https://www.aging.ca.gov/hicap/).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de California Medi-Cal (Medicaid) puede contactarse con California Medi-Cal (Medicaid), 1-800-541-5555 (TTY: 1-800-896-2512) de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes. Puede consultar cómo se vería afectada la forma en que recibe su cobertura de California Medi-Cal (Medicaid) si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en "Ayuda adicional", que se denomina también "Subsidio por bajos ingresos" (Low Income Subsidy, LIS). Esta ayuda adicional paga algunas primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Al reunir los requisitos, usted no tiene interrupción de la cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta con respecto a la "Ayuda adicional", llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automáticos disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY, deben llamar al 1-800-325-0778; o bien,
  - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado California Prescription Drug Discount Program for Medicare Recipients que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA**. El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP

califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta mediante The California AIDS Drug Assistance Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con The California AIDS Drug Assistance Program (ADAP), al 1-916-558-1784 (TTY 711) de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas. 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2023,* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2023 para Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la

cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*

Usted puede leer el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) de 2023*. Cada otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-896-2512 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes.

Aviso de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare by Health Net cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare by Health Net no discrimina ilegalmente, y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Wellcare by Health Net proporciona los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades a fin de ayudarlos a que se comuniquen mejor, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Wellcare by Health Net llamando al **1-800-431-9007**. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajería fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Previa solicitud, este documento puede ponerse a su disposición en formato Braille, letra grande, audiocassette o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a la siguiente dirección:
Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare by Health Net no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Wellcare by Health Net llamando al **1-866-458-2208**. De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **En persona**: Acuda al consultorio de su médico o a Wellcare by Health Net e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de Wellcare by Health Net en **www.wellcare.com/healthnetCA**.

Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Servicios de Salud de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  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

  Los formularios de queja están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de queja están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Electrónicamente**: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007.** (TTY:**711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم**1-800-431-9007.** (TTY:**711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian). ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY` **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են` բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431- 9007** (TTY` **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian)៖ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431- 9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese)：注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務為免費服務。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره (TTY: **711**) **1-800-431-9007** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره (TTY **711**) **1-800-431-9007** تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007**（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。**1-800-431-9007**（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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท 1-800-431-9007 (TTY: **711**) **เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ 1-800-431-9007** (TTY: **711**) **บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

Українська (Ukrainian). УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (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 **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.