

Health Net Community Solutions, Inc.에서 제공하는 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

2024년 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 www.wellcare.com/healthnetCA에 있는 **가입자 핸드북**을 검토해 주십시오. 주요 용어와 정의는 **가입자 핸드북**의 마지막 장에 알파벳 순서로 나와 있습니다.

기타 정보 자료

- 이 문서는 스페인어, 중국어, 베트남어, 한국어, 타갈로그어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 페르시아어 및 러시아어로 무료로 이용하실 수 있습니다.
- 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 전화하십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 담당자와 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- 저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 오디오, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.
- 지속 요청을 하거나, 지속 요청을 변경하거나, 영어 이외의 언어 또는 다른 형식의 자료를 일회 요청하시려면, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 담당자와 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 통화하실 수 있습니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 통화하실 수 있습니다. 하지만 4 월 1일부터 9 월 30 일까지 주말 및 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다.

자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 1 일 이내에 다시 전화드리겠습니다.
통화는 무료입니다.

- We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday-Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday-Friday, 8 a.m. to 8 p.m. Someone that speaks Spanish, Chinese, Vietnamese, Korean, Tagalog, Arabic, Armenian, Cambodian, Farsi, Russian and Hmong can help you. This is a free service.

• نوفر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (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. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

- Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:
- យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។
- 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-800-431-9007 (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

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

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。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

- برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.
- Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.
- हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।
- Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711). Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

- Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.
- Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.
- 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007 (TTY : 711) にお電話ください。担当者の対応時間は、10月1日から3月31日までは、月曜～日曜日、午前8時～午後8時です。4月1日から9月30日までは、月曜日～金曜日、午前8時～午後8時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。
- 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, 1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.
- ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangx siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv-leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungn ndorm mingh taux 8 diemv lungn muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.
- Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.
- Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.
- ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਆਰੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੇਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

- Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (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 с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.
- Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos 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. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.
- May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-431-9007 (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. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libheng serbisyo.
- เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

- Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.
- Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

목차

A. 면책 조항	9
B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토.....	9
B1. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 대한 정보.....	10
B2. 확인해야 할 중요한 사항	10
C. 당사 플랜의 명칭 변경 사항.....	11
D. 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국 변경 사항.....	12
E. 내년도 혜택 및 비용 변경 사항	12
E1. 의료 서비스에 대한 혜택 및 비용 변경 사항.....	12
E2. 처방약 보장 변경 사항.....	22
F. 행정적 변경사항	25
G. 플랜 선택.....	27
G1. 플랜 유지	27
G2. 플랜 변경.....	27
H. 도움 받기.....	31
H1. 당사 플랜	31
H2. 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP).....	31
H3. 옴부즈맨 프로그램.....	32
H4. Medicare	32
H5. California 보건 관리부.....	33

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

A. 면책 조항

- ❖ Wellcare 는 Centene Corporation 의 Medicare 브랜드로, Medicare 와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며 승인된 Part D 제공자입니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜 가입은 계약 갱신에 따라 결정됩니다.
- ❖ 이것은 전체 목록이 아닙니다. 이 혜택 정보는 간략한 요약서이며 혜택에 대한 완전한 설명서가 아닙니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 문의하거나 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) *가입자 핸드북*을 읽어 보십시오.
- ❖ 언급된 혜택은 만성 질환자에 대한 특별 보충 혜택의 일부일 수 있습니다. 모든 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다.

B. 내년도 Medicare 및 Medi-Cal 보장에 대해 검토

내년에 귀하께 필요한 부분이 계속 충족되려면 지금 귀하의 보장을 검토해보셔야 합니다. 보장이 귀하에게 필요한 사항을 충족하지 않으면 당사 플랜을 탈퇴하실 수 있습니다. 내년 혜택 변경에 대한 자세한 내용은 **섹션 E** 를 참조하십시오.

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.

플랜을 탈퇴하면 귀하의 다음 정보를 얻을 수 있습니다.

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

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

B1. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 대한 정보

- Health Net Community Solutions, Inc.는 가입자에게 Medicare 및 Medi-Cal 프로그램의 혜택을 제공하도록 양 프로그램과 계약을 맺은 건강 플랜입니다.
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에서 제공하는 보장은 “최소 필수 보장”이라는 적격 건강 보장입니다. 이 보장은 환자보호 및 부담적정보험법(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 방문하십시오.
- 본 *변경 사항 연간 공지*에 “당사가”, “당사를”, “당사의” 또는 “당사의 플랜” 이라고 명시되어 있으면 이는 Medicare Medi-Cal 플랜을 의미합니다.

B2. 확인해야 할 중요한 사항

- **당사의 혜택 및 비용에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 사용하는 서비스에 영향을 주는 변경 사항이 있습니까?
 - 내년엔 혜택 및 비용 변경 사항이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토하십시오.
 - 당사 플랜의 혜택 및 비용 변경 사항에 대한 내용은 **섹션 E1** 을 참조하십시오.
- **당사의 처방약 보장에 귀하에게 영향을 미칠 수 있는 변경 사항이 있는지 확인하십시오.**
 - 귀하의 처방약은 보장됩니까? 같은 약국을 이용할 수 있습니까?
 - 내년엔 당사의 의약품 보장이 귀하에게 적용되는지 확인하기 위해 변경 사항을 검토하십시오.

당사의 의약품 보장 변경 사항에 관한 내용은 **섹션 E2** 를 참조하십시오.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

- **내년에 귀하의 의료 제공자 및 약국이 당사 네트워크에 소속되는지 확인하십시오.**
 - 전문의를 포함한 담당 의사가 당사 네트워크에 소속되어 있습니까? 약국은 어떻습니까? 이용하시는 병원 또는 기타 의료 제공자는 어떻습니까?
 - *의료 제공자 및 약국 명부*에 대한 정보는 **섹션 D** 를 참조하십시오.
- **플랜에서의 전반적인 비용을 생각해 보십시오.**
 - 정기적으로 이용하시는 서비스 및 처방약에 대해 본인부담금을 얼마나 부담하시겠습니까?
 - 기타 보장 옵션과 비교할 때 총 비용은 어떻습니까?
- **당사의 플랜에 만족하시는지에 대해 생각해 보십시오.**

Wellcare Dual Align (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 (HMO D-SNP) 가입 상태가 자동으로 유지됩니다.

플랜을 변경하려는 경우:

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

C. 당사 플랜의 명칭 변경 사항

2024 년 1 월 1 일 월요일, 당사 플랜의 명칭이 Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP)에서 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)으로 변경될 예정입니다.

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

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

D. 네트워크 소속 의료 제공자 및 약국 변경 사항

이용하는 의료 제공자 및 약국 네트워크가 2024 년에 대하여 변경되었습니다.

이용하는 의료 제공자나 약국이 네트워크에 속해 있는지 확인하려면 **2024 년 의료 제공자 및 약국 명부를 검토해 주십시오.** 업데이트된 **의료 제공자 및 약국 명부**는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 에 나와 있습니다. 또한 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 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 3 장**을 참조하십시오.

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. 아래의 표는 이러한 변경 사항을 나타냅니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
침술 서비스 - 일반 침술	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
외래 수술 센터	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
바름 관장 - (Medicare 보장)	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
심장 재활 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
심장 재활 서비스 - 집중 치료	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
지압요법 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
당뇨병 자가 관리 교육	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
진단 방사선 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
투석 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
디지털 직장 검사 - (Medicare 보장)	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
Medicare 보장 환영 방문 후속 EKG	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
녹내장 검사	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
건강 식품 카드 Medicare 는 Wellcare 가가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare 는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.	참가 소매점에서 적격 식료품 제품을 구매할 수 있도록 매월 \$25 의 보조금이 지급됩니다. 이 보조금은 다음 달로 이월되지 않습니다.	건강 식품 카드는 이제 Wellcare Spendables™에서 보장됩니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조해 주십시오.
청력 서비스 - 추가 정기 청력 검사 및 보청기 피팅/평가	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
가정 간호 기관의 진료	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.
병원 입원환자 치료	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
신장병 교육	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
식사 - 만성 질병(제한 및 예외사항이 적용됨)	<p>가입자는 만성 질병 식사에 대해 코페이먼트 \$0 를 납부합니다.</p> <p>최대 28 일까지 하루 최대 3 끼, 1 달 최대 84 끼의 식사가 보장됩니다. 최대 3 개월 동안 혜택을 받을 수 있습니다.</p> <p>진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.</p>	만성 질병 식사는 보장되지 않습니다 .
비응급 상황에서의 의료 교통편(플랜 승인 건강 관련 장소로 오가는 교통편)	<p>가입자는 매년 48 회의 이동에 대해 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 이동은 택시, 승차 공유 서비스 또는 밴을 이용하여 플랜에서 인정하는 건강 관련 장소로 이동하는 편도 수송으로 간주됩니다.</p> <p>이동은 편도당 75 마일로 제한됩니다. 일정을 예약하려면 72 시간 전에 전화하셔야 합니다.</p>	<p>가입자는 매년 24 회의 이동에 대해 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 이동은 택시, 승차 공유 서비스 또는 밴을 이용하여 플랜에서 인정하는 건강 관련 장소로 이동하는 일일 편도 수송 4 회로 제한됩니다.</p> <p>플랜에서 미리 승인하지 않는 한, 이동 거리는 편도 75 마일로 제한됩니다.</p> <p>Medicare 플랜에서 제공하는 혜택이 모두 소진되면 Medi-Cal 혜택으로 보장받을 수 있습니다.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
	Medicare 플랜에서 제공하는 혜택이 모두 소진되면 Medi-Cal 혜택으로 보장받을 수 있습니다.	
작업치료	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
기타 의료 전문가	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
외래 혈액 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
외래 병원 관찰	사전 승인이 필요할 수 있습니다.	사전 승인이 필요하지 않습니다 .
외래환자 병원 수술	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
외래 엑스레이 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
비처방(OTC) 품목	<p>가입자는 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 가입자는 우편 주문 또는 참여 소매 약국을 통해 적절한 비처방(OTC) 제품에 지출한 금액에 대해 분기마다 \$220 를 수령합니다.</p> <p>이 혜택은 다음 기간으로 이어지지 않습니다.</p>	<p>이제 비처방 품목은 Wellcare Spendables™에서 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조해 주십시오.</p>
물리치료 및 언어 병리학 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
족부 치료 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
폐 재활 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
전문의 방문	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
<p>만성 질환에 대한 특별 보완 혜택(SSBCI) - 유틸리티 지원</p> <p>언급된 혜택은 만성 질환자에 대한 특별 보충 혜택의 일부일 수 있습니다. 모든 가입자가 혜택을 받을 수 있는 것은 아닙니다. 다음 플랜 혜택에 대한 자격 지침을 충족해야 합니다.</p>	<p>유틸리티 지원: 가입자는 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 자격을 갖춘 경우, 플랜은 가입자 가정의 유틸리티 이용 요금을 보장하기 위해 매월 \$75 의 한도로 선불 Visa 직불 카드를 제공합니다. 사용하지 않은 유틸리티 지원 혜택 금액은 매월 말에 만료됩니다. 이 혜택에 대해 승인된 유틸리티 서비스는 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> -전기, 가스, 위생 및 수도 유틸리티 -유선전화 서비스 -케이블 TV 서비스 -특정 석유비 <p>혜택을 받으려면 가입자가 자격 및 참여 지침을 충족해야 합니다.</p>	<p>유틸리티 지원은 SSBCI 에서 보장되지 않습니다. 당사의 플랜이 VBID 가치 기반 보험 설계 프로그램 에 참여하므로, 이제 Wellcare Spendables™에 따라 유틸리티 지원이 보장됩니다. 자세한 내용은 이 표의 Wellcare Spendables™ 섹션을 참조해 주십시오.</p> <p>혜택을 받기 위해 가입자가 자격 및 참여 지침을 충족하지 않아도 됩니다.</p>
<p>감독 하의 운동 치료(SET)</p>	<p>진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.</p>	<p>진료 의뢰는 필요하지 않습니다.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
치료 방사선 서비스	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
안과 진료 - (정기 눈 검사)	진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
안과 진료 - (정기 안경류)	무제한 콘택트 렌즈, 안경, 렌즈 및/또는 안경테에 대해 매년 최대 \$400 의 보조금. 진료 의뢰가 필요할 수 있습니다.	무제한 콘택트 렌즈, 안경, 렌즈 및/또는 안경테에 대해 매년 최대 \$300 의 보조금. 진료 의뢰는 필요하지 않습니다 .
Wellcare Spendables™ (이 섹션은 다음 페이지로 계속됩니다.)	Wellcare Spendables™ 카드는 보장되지 않습니다 .	가입자는 코페이먼트 \$0 를 납부합니다. 아래에 설명된 혜택에 사용할 수 있는 월 \$75 의 보조금을 지급받습니다. 보조금은 매월 초에 Wellcare Spendables™ 카드에 자동으로 충전됩니다. 사용하지 않은 모든 보조금은 다음 달로 이월되고 매년 말에 만료됩니다. 카드의 최대 잔액을 초과하지 않는 경우 필요에 맞게 이 카드의 금액을 다음 중 하나에 사용할 수 있습니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
<p>Wellcare Spendables™ (이 섹션은 다음 페이지로 계속됩니다.)</p>		<p>비처방(OTC) 품목 플랜이 승인한 비처방 품목에 Wellcare Spendables™ 카드를 사용할 수 있습니다. 가정 배송을 위해 온라인 또는 모바일 앱을 통해 참여 소매점에서 카드를 사용할 수 있습니다.</p> <p>Medicare 는 Wellcare 가가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 다음 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare 는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.</p> <p>귀하의 플랜이가치 기반 보험 설계 프로그램에 참여하므로, 귀하는 다음과 같은 혜택에 대해 Wellcare Spendables 보조금을 사용할 수도 있습니다.</p> <p>휘발유(주유기에서 결제) Wellcare Spendables™ 카드를 사용하여 주유기에서 직접 휘발유 요금을 결제할 수 있습니다. 카드를 금전 등록기에서 직접 결제할 때 사용할 수 없습니다. 사용 가능한 보조금 액수까지 휘발유를 주입하는 데에만 카드를 사용할 수 있습니다.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
Wellcare Spendables™		<p>건강 식품 Wellcare Spendables™ 카드를 사용하면 참여 소매점에서 승인된 건강 및 영양 식품과 농작물을 결제할 수 있습니다. 준비된 식사는 온라인 포털을 통해 주문할 수 있습니다. 이 보조금은 담배 또는 술 구매에 사용할 수 없습니다. 승인된 품목:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 육류와 가금류 • 과일과 채소 • 영양 음료 • 기타 내용 <p>유틸리티 지원 Wellcare Spendables™ 카드를 사용하여 다음과 같은 플랜이 승인한 가정용 유틸리티에 대한 요금을 지불할 수 있습니다. -전기, 가스, 위생/쓰레기 및 수도 유틸리티 서비스 -유선 및 휴대 전화 서비스 -인터넷 서비스 -케이블 TV(스트리밍 서비스 제외) -가정용 난방유와 같은 특정 석유 비용</p> <p>임대 지원 Wellcare Spendables™ 카드를 사용하여 집 임대 비용을 지원할 수 있습니다.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
전 세계 지역에서의 응급 진료 보장	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$95 를 납부합니다.</p> <p>긴급 상황 시 매년 최대 \$50,000 의 비용이 지불되고 미국 외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다.</p>	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$100 를 납부합니다.</p> <p>긴급 상황 시 매년 최대 \$50,000 의 비용이 지불되고 미국 외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다.</p>
전 세계 긴급 진료 보장	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$95 를 납부합니다.</p> <p>긴급 상황 시 매년 최대 \$50,000 의 비용이 지불되고 미국 외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다.</p>	<p>가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$100 를 납부합니다.</p> <p>긴급 상황 시 매년 최대 \$50,000 의 비용이 지불되고 미국 외 지역에서 긴급하게 필요한 서비스를 받을 수 있습니다.</p>

E2. 처방약 보장 변경 사항

당사 의약품 목록 변경 사항

업데이트된 **보장 의약품 목록**은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 에 나와 있습니다. 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 업데이트된 의약품 정보를 요청하거나 저희에게 **보장 의약품 목록**을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

보장 의약품 목록은 “의약품 목록” 이라고도 합니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

당사는 의약품 목록을 변경하며, 의약품 목록에는 의약품 제거 또는 추가가 포함될 수 있어서 특정 의약품 보장에 적용되는 제한 사항이 변경될 수 있습니다. 또는

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

의약품 보장 변경으로 영향을 받는 경우, 다음을 권장합니다.

- 담당 의사(또는 기타 처방자)와 협력해 당사가 보장하는 다른 의약품을 찾으십시오.
 - 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 동일한 질환을 치료하는 보장 의약품 목록을 요청하실 수 있습니다.
 - 의료 제공자는 이 목록을 사용하여 가입자에게 효능이 있는 보장약을 찾을 수 있습니다.
- 당사에 해당 의약품의 임시 공급분을 보장해 줄 것을 요청하십시오.
 - 어떤 상황의 경우 당사는 해당 달력 연도의 첫 90 일 동안 해당 의약품의 **임시** 공급분을 보장해 드립니다.
 - 이 임시 공급분은 소매 약국의 경우 최대 30 일, 장기 관리 약국의 경우 최대 31 일 분량입니다(임시 공급분을 받을 수 있는 시기와 요청하는 방법에 대한 자세한 내용은 *가입자 핸드북 5 장*을 참조하십시오).
 - 의약품의 임시 공급분을 받으시면, 임시 공급분이 다 떨어지면 어떻게 할 것인지 담당 의사와 상의하십시오. 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 2024 년 가입자 핸드북의 9 장 섹션 F 를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.
 - 본 플랜에 가입하신 지 90 일이 지났고 장기요양 시설에 거주하시는 경우에는 31 일 공급분을 1 회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다. 이것은 장기요양 전환 공급분에 추가하여 보장됩니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

- 장기요양 시설이나 병원에서 가정으로 거주지를 옮기는 경우에는 30 일 공급분을 1 회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다(이 경우 여러 번의 조제로 최대 총 30 일 공급분의 의약품이 허용됩니다).
- 가정이나 병원에서 장기요양 시설로 거주지를 옮기는 경우에는 31 일 공급분을 1 회 보장해 드리거나, 처방전에 더 적은 기간으로 처방되어 있다면 더 적은 일수의 공급분을 보장해 드립니다(이 경우 여러 번의 조제로 최대 총 31 일 공급분의 의약품이 허용됩니다). 처방약은 반드시 네트워크 소속 약국에서 조제받아야 합니다.
- 일부 의약품 목록 예외는 내년에도 계속 보장됩니다. 받은 승인 서신을 참조하십시오. 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 60 일 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 2024 년 가입자 핸드북의 9 장 섹션 F 를 참조하거나 가입자 서비스부에 전화하십시오.

처방약 비용 변경 사항

2024 년에 처방약 납부 금액의 변경 사항은 없습니다. 처방약 보장에 대한 자세한 정보는 아래를 읽어 보십시오.

다음 표는 보장되는 모든 Part D 약에 대한 비용을 보여줍니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
<p>보장되는 모든 Part D 약</p> <p>네트워크 소속 약국에서 조제되는 보장 대상 Part D 약의 1 개월 공급분 비용</p> <p>Medicare 는 Health Net Community Solutions, Inc.가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 더 낮은 코페이먼트/공동보험료를 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare 는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$0 입니다.</p>	<p>1 개월(30 일) 공급분에 대한 가입자 코페이먼트는 처방당 \$0 입니다.</p>

F. 행정적 변경사항

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
<p>귀하의 플랜이 변경됩니다</p>	<p>귀하는 H0562-129, Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)의 가입자입니다.</p>	<p>귀하는 H3561-008, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 및 <u>Medi-Cal 플랜을 위한 Health Net 가입자입니다.</u></p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해
주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와
통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지
담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를
방문하십시오.

	2023 년(올해)	2024 년(내년)
<p>약 혜택 관리자(PBM) 변경</p> <p>Health Net Community Solutions, Inc.는 약 혜택 관리자(PBM)와 협력하여 약 혜택을 관리합니다. 2024 년의 PBM 파트너는 Express Scripts®로 변경됩니다. 가입자는 업데이트된 Health Net Community Solutions, Inc.의 ID 카드를 받게 됩니다. 2024 년 1 월 1 일부터 업데이트된 ID 카드를 사용해 주십시오.</p> <p>약국에서 가입자의 최신 정보를 확보할 수 있도록 2024 년 1 월 1 일 이후 처음으로 처방약을 조제할 때 Health Net Community Solutions, Inc.의 새로운 ID 카드를 제시해 주십시오.</p> <p>약국에서 처방약을 구입할 때 새 ID 카드를 지참하고 있지 않다면, 플랜에 전화하여 필요한 정보를 얻으라고 약국 측에 요청하십시오.</p> <p>이때 약국이 필요한 정보를 얻지 못하는 경우에는 가입자가 처방약을 받을 때 비용 전액을 납부하고 추후에 환급을 신청해야 할 수도 있습니다.</p>	CVS Caremark	Express Scripts®

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

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 Medicare 로 변경하지 않는 경우, 귀하는 2024 년 저희 플랜의 가입자로 가입 상태가 자동 유지됩니다.

G2. 플랜 변경

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

- 1 월~3 월
- 4 월~6 월
- 7 월~9 월

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

- **연례 등록 기간**은 10 월 15 일부터 12 월 7 일까지입니다. 이 기간 동안 새로운 플랜을 선택하면 12 월 31 일에 가입 상태가 종료되고 1 월 1 일에 새로운 플랜에서 가입 상태가 시작됩니다.
- **Medicare Advantage (MA) 공개 가입 기간**은 1 월 1 일부터 3 월 31 일까지입니다. 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. 예를 들어, 다음의 경우 가입 상태를 변경할 수 있습니다.

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

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

Medicare 서비스

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

<p>1. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>다른 Medicare Medi-Cal 플랜을 포함한 다른 Medicare 건강 플랜</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.</p> <p>종합 노령인 케어 프로그램(PACE) 문의는 1-855-921-PACE(7223)로 전화하십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none">• 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 1-800-434-0222 번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 플랜에 가입하십시오.</p> <p>새로운 플랜의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다. 귀하의 Medi-Cal 플랜이 변경되는 경우도 있습니다.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

<p>2. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none">• 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 5 시까지 1-800-434-0222 번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문해 주십시오. <p>또는</p> <p>새로운 Medicare 처방약 플랜에 가입하십시오.</p> <p>Original Medicare 의 보장이 시작되면 자동으로 저희 플랜에서 탈퇴하게 됩니다.</p> <p>귀하의 Medi-Cal 플랜은 변경되지 않을 것입니다.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

<p>3. 가입자는 다음으로 변경할 수 있습니다.</p> <p>별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare</p> <p>참고: Original Medicare 로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않으신 경우, 귀하가 Medicare 측에 등록을 원치 않는다고 알리지 않는 한, Medicare 에서 귀하를 의약품 플랜에 가입시킬 수 있습니다.</p> <p>고용주나 노조와 같은 또 다른 출처로부터 의약품 보장을 받는 경우에만 처방약 보장을 철회해야 합니다. 의약품 보장에 관한 질문이 있으시면, 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 1-800-434-0222 번으로 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문해 주십시오.</p>	<p>해야 할 일:</p> <p>주 7 일, 하루 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare 에 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.</p> <p>도움이나 자세한 내용이 필요하신 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 5시까지 1-800-434-0222 번으로 California 건강 보험 상담 및 지원 프로그램(HICAP)에 전화하십시오. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문해 주십시오. <p>Original Medicare 의 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 플랜을 선택하거나 Medi-Cal 서비스를 받는 방법에 대한 문의는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 6시까지 1-800-430-4263번으로 건강관리 옵션 부서에 문의하십시오. TTY 사용자는 1-800-430-7077번을 이용해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Medi-Cal 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

H. 도움 받기

H1. 당사 플랜

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

가입자 핸드북 확인하기

귀하의 **가입자 핸드북**은 당사의 플랜 혜택이 상세히 설명되어 있는 법적 문서입니다. 가입자 핸드북은 2024 년도 혜택과 비용에 대한 자세한 내용을 제공하고 저희가 보장하는 서비스와 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 할 규칙과 가입자의 권리에 관해 설명합니다.

2024 년도 **가입자 핸드북**은 10 월 15 일부터 이용하실 수 있습니다. **가입자 핸드북**의 최신 사본은 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 에서 확인하실 수 있습니다. 해당 페이지 하단에 기재된 번호로 가입자 서비스부에 전화하여 저희에게 2024 년도 **가입자 핸드북**을 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다.

플랜 웹사이트

당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetCA 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)

주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)에 전화하실 수도 있습니다. California 에서는 SHIP 를 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. HICAP 는 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. HICAP 는 모든 카운티에서 교육을 받은 상담사를 보유하고 있으며 서비스는 무료입니다. HICAP 전화번호는 1-800-434-0222 번입니다. 자세한 내용이 필요하거나 지역 내 HICAP 사무소를 확인하시려면 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/을 방문해 주십시오.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

H3. 옴부즈맨 프로그램

저희 플랜과 문제가 있으신 경우, Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램에서 도움을 드릴 수 있습니다. 옴부즈맨의 서비스는 무료이며 모든 언어로 이용하실 수 있습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램:

- 가입자를 대신하여 옴호자로 일합니다. 문제나 불만사항이 있는 경우 질문에 답변을 드리고 어떤 조치를 취해야 하는지 알려 드립니다.
- 가입자의 권리 및 보호와 관련된 정보와 우려 사항을 해결하는 방법을 확인합니다.
- 당사나 다른 보험사 또는 건강 플랜과 관계가 없습니다. Medicare Medi-Cal 옴부즈맨 프로그램전화번호는 1-888-804-3536 번입니다.

H4. Medicare

Medicare 에서 직접 정보를 받으시려면, 주 7 일, 하루 24 시간 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.

Medicare 웹사이트

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문하실 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.gov 에서 "Find plans(플랜 찾기)"를 클릭하십시오).

2024 년도 Medicare & You

2024 년도 Medicare & You 핸드북을 읽어 보실 수 있습니다. 매년 가을, 이러한 책자가 Medicare 가입자에게 우편 발송됩니다. 이 책자는 Medicare 혜택, 권리 및 보호 장치에 관한 요약 내용을 담고 있으며 Medicare 에 관한 가장 자주 묻는 질문에 답하는 내용을 포함합니다. 이 핸드북은 스페인어, 중국어 및 베트남어로도 제공됩니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

이 책자의 사본이 없으시면 Medicare

웹사이트(www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)에서 찾으시거나 주 7 일, 하루 24 시간 1--800--MEDICARE(1--800--633--4227)로 전화하여 받으실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048 번을 이용해 주십시오.

H5. California 보건 관리부

California 보건 관리부(DMHC)가 의료 서비스 플랜 규제를 담당하고 있습니다. DMHC 지원 센터에서는 Medi-Cal 서비스에 관련된 이의 신청과 불만사항 접수를 도와 드릴 수 있습니다. 건강 플랜에 대한 고충 사항이 있으시면 보건 관리부에 연락하기 전에 먼저 건강 플랜에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화하여 건강 플랜의 고충 사항 처리 절차를 이용하셔야 합니다. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 담당자와 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 통화하실 수 있습니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 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 30 일 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.gov 에서 찾아보실 수 있습니다.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



문의 사항은 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 담당자와 통화가 가능합니다. 통화는 무료입니다. **자세한 내용**은 www.wellcare.com/healthnetCA 를 방문하십시오.

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
 - 다른 형식으로 작성된 서면 정보(대형 인쇄체, 오디오, 장애인용 전자적 형태, 기타 형식)
- 다음과 같은 모국어가 영어가 아닌 사람들에게 제공되는 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 된 서면 정보

이러한 서비스가 필요한 경우 Wellcare By Health Net에 **1-800-431-9007**번으로 전화하여 문의하십시오. 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)

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 8시부터 오후 5시까지 문의하십시오. 또는, 들을 수 없거나 잘 말할 수 없는 경우 TTY 711번으로 전화하십시오.
- 서면: 불만사항 제기 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 wellcare.com/healthnetCA를 방문하십시오.

시민권리 사무국 - California 보건복지부

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

- **전화:** 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우 TTY 711(통신 릴레이 서비스)번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 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

불만사항 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

시민권리 사무국 - U.S. Department of Health and Human Services

인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별한다고 생각되는 경우 미국 보건복지부, 시민권리 사무국(U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights)에 전화, 서면 또는 전자 방식으로 시민권리 관련 불만사항을 접수할 수도 있습니다.

- **전화:** 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 잘 말할 수 없거나 들을 수 없는 경우, TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

- **서면:** 불만사항 제기 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

불만사항 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 받아보실 수 있습니다.

- **전자:** 시민권리 관련 불만사항 제기 포털(Office for Civil Rights Complaint Portal), 주소: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

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.

Arabic (العربية): 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.

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

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 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。

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

Hindi (हिंदी): 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.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 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。

Korean (한국어): 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.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣິ.

Mien (Mienh): 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 buatac 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.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

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

Spanish (Español): 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): ATENSYON: 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.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY:**711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): 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.

Vietnamese (Tiếng Việt): 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 bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.