

Health Net Community Solutions, Inc. Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ارائه شده توسط

اعلامیه تغییرات سالیانه برای سال 2024

مقدمه

شما در حال حاضر به عنوان عضوی از طرح ما ثبت نام کرده اید. سال آینده تغییراتی در مزایا، پوشش بیمه، قوانین و هزینه های ما اعمال خواهد شد. در این اعلامیه تغییرات سالیانه درباره این تغییرات و چگونگی پیدا کردن اطلاعات بیشتر در مورد تغییرات اطلاعاتی به شما داده می شود. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هزینه ها، مزایا، یا قوانین، لطفاً دفترچه راهنمای اعضا، را که در وب سایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA قرار دارد، مرور کنید. عبارت های کلیدی و تعریف آن ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا آمده است.

سایر منابع

- این سند به صورت رایگان به زبان اسپانیایی، چینی، ویتنامی، کره ای، تاگالوگ، عربی، ارمنی، کامبوجایی، فارسی و روسی در دسترس است.
- می توانید این اعلامیه تغییرات سالیانه را به صورت رایگان به سایر قالب ها مثل چاپ با حروف بزرگ، خط بریل، یا فایل صوتی در اختیار داشته باشید. تماس بگیرید با (TTY: 711) 1-800-431-9007. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است.
- ما باید اطلاعاتی را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد (به زبان های غیر از انگلیسی، به زبان بریل، به صورت فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر فرمت های جایگزین، و غیره). اگر به اطلاعات طرح به فرمتی دیگر نیاز دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- برای درخواست های ارسال مداوم، تغییر درخواست ارسال مداوم، یا درخواست برای یک بار ارسال مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به قالبی دیگر، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. ما انتخاب شما را ثبت می کنیم. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. اما توجه داشته باشید که از 1 آوریل تا 30 سپتامبر و در روزهای تعطیل و آخر هفته، سیستم تلفن خودکار به تماسهایتان پاسخ می دهد. لطفاً نام و شماره تلفن خود را بگذارید و ما در مدت یک (1) روز کاری با شما تماس خواهیم گرفت. این تماس رایگان است.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

- 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.

- نوڤر خدمات ترجمه فوریه مجانیه 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 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً لغاية الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

- Մենք ունենք անվճար թարգմանական 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:
- យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 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 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。

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA

- 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 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.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA

- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc 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 ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ 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।

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA

- 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 libreng 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)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



- 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)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت	9
B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده	9
B1. اطلاعات مربوط به Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)	10
B2. کارهای مهمی که باید انجام دهید	10
C. تغییرات در نام طرح ما	11
D. تغییرات در ارائه دهندگان و داروخانه های شبکه ما	11
E. تغییر در مزایا و هزینه ها در سال آینده	11
E1. تغییر در مزایا و هزینه های خدمات پزشکی	11
E2. تغییر در پوشش داروهای تجویزی	20
F. تغییرات اداری	22
G. انتخاب طرح	23
G1. ماندن در طرح ما	23
G2. تغییر طرح ها	24
H. دریافت کمک و راهنمایی	28
H1. طرح ما	28
H2. «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت» (HICAP)	28
H3. برنامه رسیدگی به شکایات	28
H4. Medicare	29
H5. سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California	29

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



A. سلب مسئولیت

- ❖ Wellcare نام تجاری Medicare برای Centene Corporation، یک طرح HMO، PPO، PFFS، با قرارداد PDP با قرارداد Medicare است و یک حامی مالی تأیید شده Part D می باشد. طرح های D-SNP ما با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارد. ثبت نام در برنامه های ما به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- ❖ این فهرست کامل نیست. اطلاعات مربوط به مزایا خلاصه ای کوتاه است و توضیح کامل مزایا محسوب نمی شود. برای اطلاعات بیشتر با طرح تماس بگیرید یا دفترچه راهنمای اعضای Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) را مطالعه کنید.
- ❖ مزایای عنوان شده ممکن است بخشی از مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران دارای بیماری مزمن باشد. همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود.

B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده

مهم است که اکنون پوشش بیمه خود را بررسی کنید و مطمئن شوید که در سال آینده نیز همچنان نیازهای شما را برطرف می کند. اگر پوشش بیمه نیازهای شما را برطرف نمی کند ممکن است بتوانید برنامه درمانی ما را ترک کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد تغییرات مزایای خود در سال آینده به بخش E مراجعه کنید.

اگر تصمیم بگیرید که از طرح ما خارج شوید، عضویت شما در آخرین روز از ماهی که درخواست ارائه شده است تمام می شود. تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.

اگر از برنامه ما خارج شوید، می توانید اطلاعاتی درباره مسائل زیر دریافت کنید:

- گزینه های مختلف Medicare در جدول بخش G2.
- گزینه ها و خدمات Medi-Cal در بخش G2.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



B1. اطلاعات مربوط به Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

- Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح درمانی طرف قرارداد Medicare و Medi-Cal است که مزایای هر دو برنامه را در اختیار اعضا قرار می دهد.
- پوشش بیمه تحت پوشش Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)، یک پوشش سلامت واجد شرایط با عنوان «حداقل پوشش ضروری» است. این پوشش از الزامات مربوط به مسئولیت مشترک فردی تحت «قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه» (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) تبعیت می کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره الزامات مربوط به مسئولیت مشترک فردی به وب سایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.
- هر زمان در این اعلامیه تغییرات سالیانه از عبارت های «ما»، «به ما»، «مال ما»، یا «طرح ما» استفاده می شود به معنی Medicare Medi-Cal Plan است.

B2. کارهای مهمی که باید انجام دهید

- بررسی کنید آیا تغییری در مزایا و هزینه های ما وجود دارد که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد.
 - آیا تغییراتی هست که خدمات مورد استفاده شما را تحت تأثیر قرار دهد؟
 - تغییرات مزایا و هزینه را مرور کنید تا مطمئن شوید آنها برای شما در سال آینده مناسب هستند.
 - برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایا و هزینه در برنامه درمانی ما و هزینه ها به بخش E1 مراجعه کنید.
- ببینید که چگونه تغییرات پوشش بیمه ما برای داروی تجویزی ممکن است روی شما اثر بگذارد.
 - آیا داروهای شما تحت پوشش قرار می گیرد؟ آیا می توانید از داروخانه های قبلی استفاده کنید؟
 - تغییرات را مرور کنید تا مطمئن شوید پوشش دارویی ما برای شما در سال آینده مناسب هستند.
 - برای اطلاعات درباره تغییرات در پوشش بیمه دارویی ما به بخش E2 مراجعه کنید.
- بررسی کنید آیا ارائه دهندگان و داروخانه های مورد نظرتان در سال آینده در شبکه ما خواهند بود یا خیر.
 - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصان، در شبکه ما هستند؟ داروخانه ها چطور؟ بیمارستان ها و دیگر ارائه دهندگانی که استفاده می کنید چطور؟
 - برای اطلاع از فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه ها به بخش D مراجعه کنید.
- درباره هزینه های کلی برنامه درمانی فکر کنید.
 - برای خدمات و داروهای تجویزی که مرتباً استفاده می کنید چه مبلغی را باید شخصاً خودتان پرداخت کنید؟
 - نسبت کل هزینه ها به سایر گزینه های تحت پوشش چقدر است؟
- به اینکه آیا از طرح ما رضایت دارید یا نه، فکر کنید.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



اگر می‌خواهید همچنان عضو Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) بمانید:

اگر می‌خواهید سال آینده نیز با ما بمانید، انجام این کار آسان است؛ نیازی نیست که کاری انجام دهید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به طور خودکار در Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ثبت نام می‌شوید.

اگر تصمیم گرفتید که برنامه درمانی را تغییر دهید:

اگر فکر می‌کنید پوشش بیمه دیگری نیازهای شما را بهتر برآورده می‌کند ممکن است بتوانید طرح‌ها را جابجا کنید (برای اطلاعات بیشتر به بخش G2 مراجعه کنید). اگر در برنامه درمانی جدیدی ثبت نام کنید یا به Original Medicare جابجا شوید، پوشش بیمه جدید شما در اولین روز ماه بعدی شروع می‌شود.

C. تغییرات در نام طرح ما

در 1 ژانویه 2024 نام طرح ما از Wellcare Dual Liberty Amber (HMO D-SNP) به Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) تغییر می‌کند.

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) یک کارت شناسایی عضو جدید از طریق پست برایتان ارسال می‌کند. همچنین ممکن است نامه‌های بیشتری با نام طرح جدید دریافت کنید.

D. تغییرات در ارائه دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما

شبکه ارائه دهندگان و داروخانه‌های ما برای سال 2024 تغییر کرده است.

لطفاً فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه‌ها در سال 2024 را بررسی کنید و ببینید آیا ارائه دهندگان یا داروخانه‌های مورد نظر شما در شبکه ما هستند یا خیر. فهرست راهنمای به روزرسانی شده ارائه دهندگان و داروخانه‌ها در وب سایت ما در این آدرس موجود است: www.wellcare.com/healthnetCA. همچنین می‌توانید از طریق شماره‌های موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و اطلاعات به روزرسانی شده‌ای را درباره ارائه دهندگان دریافت کنید، یا از ما بخواهید فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه‌ها را از طریق پست برایتان ارسال کنیم.

مهم است بدانید که ممکن است در طول سال نیز در شبکه ما تغییراتی اعمال شود. اگر ارائه دهنده شما از طرح ما خارج شود، شما از حقوق و حمایت‌های خاصی برخوردارید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 3 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

E. تغییر در مزایا و هزینه‌ها در سال آینده

E1. تغییر در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی

ما در حال ایجاد تغییراتی در پوشش بیمه بعضی خدمات پزشکی خاص هستیم و مبلغی که شما برای این خدمات پزشکی تحت پوشش در سال آینده می‌پردازید تغییر خواهد کرد. جدول زیر این تغییرات را نشان می‌دهد.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات طب سوزنی - طب سوزنی معمول
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	مرکز جراحی سرپایی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	تتقیه باریوم - (تحت پوشش Medicare)
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات توانبخشی قلب
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات توان بخشی قلبی - فشرده
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات کایروپراکتیک
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	آموزش خود مدیریتی دیابت
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات رادیولوژی تشخیصی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات دیالیز
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	معاینه انگشتی راست روده - (تحت پوشش Medicare)
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	نوار EKG تحت پوشش Medicare پس از ویزیت خوش آمدگویی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	غریالگری آب سیاه

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
کارت غذاهای سالم Wellcare Spendables™ برای اطلاعات بیشتر به بخش Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید.	شما هر ماه \$25 کمک هزینه دریافت می کنید تا محصولات غذایی مورد تأیید را از فروشندگان شرکت کننده در این طرح خریداری کنید. این کمک هزینه به ماه بعد منتقل نمی شود.	کارت غذاهای سالم Wellcare، مورد تأیید Medicare، این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه Value-Based Insurance Design ارائه می کند. این برنامه به Medicare اجازه می دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح های Medicare Advantage امتحان کند.
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات شنوایی - معاینات معمول تکمیلی شنوایی و تنظیم/ارزیابی (های) سمعک
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات مراقبتی سازمانی در منزل
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	مراقبت های بستری در بیمارستان
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات آموزشی مربوط به بیماری کلیوی
وعده غذایی برای بیماری های مزمن تحت پوشش نیست.	پرداخت مشترک برای هر وعده غذایی برای بیماری های مزمن \$0 است. حداکثر 3 وعده غذایی در روز تا 28 روز، و حداکثر 84 وعده غذایی در ماه ارائه می شود. این مزایا ممکن است تا 3 ماه ارائه شود. ممکن است ارجاع لازم باشد.	وعده های غذایی - در مورد بیماری های مزمن (محدودیت ها و استثنای عمل می شود).

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
پرداخت مشترک شما در هر سال برای 24 رفت و آمد (جابجایی) \$0 است. این سفرها محدود به 4 سفر یک طرفه در روز با تاکسی، خدمات سواری اشتراکی یا ون به مکان تأیید شده توسط طرح و مرتبط با سلامت است. این سفرها محدود به 75 مایل سفر یک طرفه است مگر این که از قبل توسط طرح تأیید شده باشد. زمانی که مزایای پیشنهادی طرح Medicare تمام شد، مزایای Medi-Cal هزینه های شما را پوشش خواهد داد.	پرداخت مشترک شما در هر سال برای 48 رفت و آمد (جابجایی) \$0 است. یک سفر حمل و نقل یک طرفه با تاکسی، خدمات سواری اشتراکی یا ون به یک مکان تأیید شده مرتبط با سلامت در نظر گرفته می شود. سفرها به 75 مایل یک طرفه محدود می شود. برای برنامه ریزی هر جابجایی باید از 72 ساعت قبل تماس بگیرید. زمانی که مزایای پیشنهادی طرح Medicare تمام شد، مزایای Medi-Cal هزینه های شما را پوشش خواهد داد.	حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری (به/از مکان های مربوط به سلامت مورد تأیید طرح)
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	کاردرمانی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	سایر متخصصین بهداشت و درمان
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات سرپایی مرتبط با خون
به مجوز قبلی نیاز نیست.	ممکن است مجوز قبلی لازم باشد.	معاینه سرپایی در بیمارستان
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات بیمارستانی سرپایی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات سرپایی تصویربرداری اشعه ایکس

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
اقدام بدون نسخه (OTC) اکنون تحت پوشش Wellcare Spendables™ هستند. برای اطلاعات بیشتر به بخش Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید.	پرداخت مشترک شما \$0 است. هر سه ماه مزایایی به ارزش \$220 دریافت می کنید تا از طریق خرید پستی یا در فروشگاه ها، محصولات واجد شرایط بدون نسخه (OTC) را خریداری کنید. این مزایا اگر مصرف نشود به دوره بعدی منتقل نمی شود.	اقدام بدون نسخه (OTC)
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات پاتولوژی فیزیوتراپی و گفتاردرمانی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات پاپوشکی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات توانبخشی ریوی
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	ویزیت در مطب متخصص

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
کمک هزینه پرداخت قبض ها تحت پوشش SSBCI نیست. به دلیل اینکه طرح ما در Value-Based Insurance Design Program (VBID) شرکت دارد، «کمک هزینه پرداخت قبض ها» اکنون تحت پوشش Wellcare Spendables™ است. برای اطلاعات بیشتر به بخش Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید. اعضا برای استفاده از این مزایا لازم نیست واجد شرایط خاصی باشند و حضور خاصی داشته باشند.	کمک هزینه پرداخت قبض ها: پرداخت مشترک شما \$0 است. در صورت واجد شرایط بودن، این طرح یک دبیت کارت Visa از پیش پرداخت شده با سقف برداشت \$75 در ماه در اختیارتان قرار می دهد تا هزینه قبض های خانگی را پرداخت کنید. اعتبار تمام مبالغ دلاری «کمک هزینه پرداخت قبض ها» استفاده نشده در پایان هر ماه تمام می شود. خدمات مورد تأیید پرداخت قبض در این مزایا عبارتند از: -قبوض برق، گاز، بهداشت و آب -خدمات تلفن ثابت -سرویس تلویزیون کابلی -بعضی از هزینه های سوخت اعضا برای استفاده از این مزایا باید واجد شرایط خاصی باشند و حضور خاصی داشته باشند.	مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) - کمک در پرداخت قبض ها مزایای عنوان شده ممکن است بخشی از مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران دارای بیماری مزمن باشد. همه اعضا واجد شرایط نخواهند بود. برای مزایای طرح زیر باید شرایط مورد نظر را داشته باشید.
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	ورزش درمانی تحت نظارت (SET)
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات رادیولوژی درمانی

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
ارجاع لازم نیست.	ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات مراقبتی بینایی - (معاینه معمولی چشم)
هر سال تا سقف \$300 کمک هزینه برای تعداد نامحدود لنز، عینک، لنز و/یا فریم در نظر گرفته می شود. ارجاع لازم نیست.	هر سال تا سقف \$400 کمک هزینه برای تعداد نامحدود لنز، عینک، لنز و/یا فریم در نظر گرفته می شود. ممکن است ارجاع لازم باشد.	خدمات مراقبتی بینایی - (عینک معمولی)
پرداخت مشترک شما \$0 است. شما هر ماه تا سقف \$75 کمک هزینه برای مزایای توصیف شده در زیر دریافت می کنید. این کمک هزینه به طور خودکار در ابتدای هر ماه به کارت Wellcare Spendables™ شما اضافه می شود. مقدار کمک هزینه های استفاده نشده به ماه بعد منتقل می شود و در انتهای هر سال فاقد اعتبار خواهد شد. از موجودی این کارت می توانید برای هر یک از موارد زیر که بیشتر متناسب با نیازهایتان هستند استفاده کنید به شرطی که از حداکثر موجودی کارت فراتر نروید.	کارت Wellcare Spendables™ تحت پوشش نیست.	Wellcare Spendables™ (ادامه این بخش در صفحه بعد است)

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
اقلام بدون نسخه (OTC) از کارت Wellcare Spendables™ خود می توانید برای خرید اقلام بدون نسخه (OTC) که مورد تأیید طرح هستند، استفاده کنید. از کارت همچنین می توانید در فروشگاه های شرکت کننده در این طرح، و به صورت آنلاین یا از طریق برنامه تلفن همراه برای خرید کالا و تحویل در منزل استفاده کنید. Wellcare مورد تأیید Medicare، این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه Value-Based Insurance Design ارائه می دهد. این برنامه به Medicare اجازه می دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح های Medicare Advantage امتحان کند. به دلیل اینکه طرح شما در برنامه Value-Based Insurance Design شرکت کرده است، شما می توانید از موجودی Wellcare Spendables خودتان تا سقف هرکدام از مزایای زیر استفاده کنید: بنزین (پرداخت در پمپ بنزین) می توانید از کارت Wellcare Spendables™ برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ استفاده کنید. از این کارت نمی توانید برای پرداخت حضوری در هنگام ثبت نام نقدی استفاده کنید. از این کارت فقط می توانید تا سقف مجاز موجودی خود برای بنزین زدن استفاده کنید.		Wellcare Spendables™ (ادامه این بخش در صفحه بعد است)

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
غذای سالم با استفاده از کارت Wellcare Spendables™ می توانید هزینه غذاهای سالم و مغذی مورد تأیید و تولیدات فروشگاه های حاضر در این طرح را پرداخت کنید. وعده های غذایی آماده را می توانید از طریق پورتال آنلاین سفارش دهید. از این موجودی نمی توانید برای خرید توتون و تنباکو (دخانیت) یا الکل استفاده کنید. موارد تأیید شده عبارتند از: • گوشت و مرغ • میوه و سبزیجات • نوشابه های غنی شده • و موارد بیشتر کمک هزینه پرداخت قبض ها با استفاده از کارت Wellcare Spendables™ می توانید هزینه قبض های خانگی را که مورد تأیید طرح هستند پرداخت کنید، از جمله: -خدمات مصرفی برق، گاز، بهداشت/زباله، و آب -خدمات تلفن ثابت و تلفن همراه -سرویس اینترنت -تلویزیون کابلی (به جز سرویس های پخش زنده) -برخی از هزینه های سوخت، مانند روغن گرمخانه کمک هزینه پرداخت کرایه با استفاده از کارت Wellcare Spendables™ می توانید کرایه خانه خود را پرداخت کنید.		Wellcare Spendables™
پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$100 است. برای خدمات اضطراری و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف \$50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.	پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$95 است. برای خدمات اضطراری و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف \$50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.	پوشش خدمات اضطراری در سراسر جهان

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$100 است. برای خدمات اضطراری و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف \$50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.	پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$95 است. برای خدمات اضطراری و خدمات مورد نیاز فوری در خارج از ایالات متحده هر سال تا سقف \$50,000 تحت پوشش قرار می گیرید.	پوشش مراقبت های فوری در سراسر جهان

E2. تغییر در پوشش داروهای تجویزی

تغییرات در «فهرست داروهای» ما

فهرست به روزرسانی شده داروهای تحت پوشش در وب سایت ما در این آدرس موجود است: www.wellcare.com/healthnetCA. همچنین می توانید از طریق شماره های موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و اطلاعات به روزرسانی شده ای را درباره داروها دریافت کنید، یا از ما بخواهید فهرست داروهای تحت پوشش را از طریق پست برایتان ارسال کنیم.

فهرست داروهای تحت پوشش «فهرست داروها» نیز نامیده می شود.

ما تغییراتی در «فهرست داروها» ایجاد کرده ایم که شامل حذف یا اضافه شدن بعضی داروها، تغییر محدودیت های اعمال شده در مورد پوشش داروها برای بعضی داروهای خاص، یا انتقال داروها به یک ردیف تسهیم هزینه متفاوت می شود.

«فهرست داروها» را بررسی کنید تا مطمئن شوید سال آینده داروهای شما تحت پوشش قرار می گیرند، و اینکه آیا محدودیتی وجود خواهد داشت.

اگر تحت تأثیر تغییر پوشش دارو قرار گرفتید توصیه می کنیم این اقدامات را انجام دهید:

- با پزشک خود (یا یک تجویزکننده دیگر) مشورت کنید تا داروی دیگری را که تحت پوشش ما باشد پیدا کنید.
 - می توانید از طریق شماره های موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و فهرست داروهای تحت پوشش را که برای درمان شرایط مشابه شما استفاده می شود درخواست کنید.
 - این فهرست به ارائه دهنده کمک می کند داروی تحت پوششی را پیدا کند که ممکن است برایتان مفید باشد.
- از ما درخواست کنید دوز لازم برای تأمین داروی موقت را تحت پوشش قرار دهیم.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



- بعضی مواقع میزان لازم برای تأمین موقت دارو در طول 90 روز اول سال را تحت پوشش قرار می دهیم.
- این میزان تأمین داروی موقت برای حداکثر 30 روز مصرف دارو و دریافت در داروخانه خرده فروشی، و در داروخانه مراقبت طولانی مدت برای حداکثر 31 روز است. (برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می توانید میزان لازم برای تأمین داروی موقت را دریافت کنید و چگونگی تقاضا به فصل 5 دفترچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.)
- وقتی میزان لازم برای تأمین داروی موقت را گرفتید باید با پزشک مشورت کنید و تصمیم بگیرید در صورت تمام شدن این میزان تأمین داروی موقت چه کار کنید. می توانید از داروی دیگری استفاده کنید که تحت پوشش طرح ما باشد، یا از ما بخواهید برایتان استثنا قائل شویم و داروی فعلی شما را تحت پوشش قرار دهیم. برای اطلاع از اینکه در زمان درخواست استثنا باید چه کاری انجام دهید، به فصل 9، بخش F دفترچه راهنمای اعضا در سال 2024 مراجعه کنید، یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اگر بیش از 90 روز است که در برنامه درمانی عضو شده اید و در مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می کنید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم دارو برای مصرف 31 روز یا کمتر برای یک بار تحت پوشش قرار می گیرد. این میزان علاوه برای میزان لازم برای تغییر دارو در مراقبت طولانی مدت است.
- اگر در حال تغییر مکان از مرکز مراقبت طولانی مدت یا از حالت بستری در بیمارستان به خانه هستید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 30 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می شود تا میزان لازم برای مصرف 30 روز دارو فراهم شود).
- اگر در حال تغییر مکان از خانه یا از حالت بستری در بیمارستان به مرکز مراقبت طولانی مدت هستید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 31 روز یا کمتر تحت پوشش قرار می گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می شود تا میزان لازم برای مصرف 31 روز دارو فراهم شود). باید نسخه را از یکی از داروخانه های شبکه بگیرید.
- برخی استثنایهای فهرست داروهای سال آینده نیز تحت پوشش قرار می گیرد. به تأییدیه ای (نامه) که دریافت کرده اید مراجعه کنید. نامه تأییدیه شامل اطلاعاتی در مورد محدودیت های خاص تأیید داروی شما و تاریخ پایان پوشش دارو است. اگر تصمیم بگیریم دیگر دارو را برایتان تأیید نکنیم، حداقل 60 روز قبل از پایان سال نامه جدیدی برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه شامل زمان پایان تأیید استثنای دارویی خاص و نحوه درخواست استثنا است. برای اطلاع از اینکه در زمان درخواست استثنا باید چه کاری انجام دهید، به فصل 9، بخش F دفترچه راهنمای اعضا در سال 2024 مراجعه کنید، یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



تغییرات در هزینه های داروی تجویزی

هیچ تغییری در مبلغی که در سال 2024 برای داروهای تجویزی پرداخت می کنید وجود ندارد. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش داروی تجویزی، مطالب زیر را مطالعه کنید.

جدول زیر شامل هزینه های شما برای تمام داروهای تحت پوشش Part D است.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
پرداخت مشترک شما برای یک ماه (30 روز) دارو \$0 برای هر نسخه است.	پرداخت مشترک شما برای یک ماه (30 روز) دارو \$0 برای هر نسخه است.	همه داروهای تحت پوشش Part D هزینه یک ماه داروی مصرفی و تحت پوشش Part D که از داروخانه درون شبکه گرفته می شود Health Net Community Medicare Solutions, Inc. مورد تأیید پرداخت های مشترک/بیمه مشترک کمتری را به عنوان بخشی از برنامه Value-Based Insurance Design Medicare ارائه می کند. این برنامه به اجازه می دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح های Medicare Advantage امتحان کند.

F. تغییرات اداری

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
شما بابت داشتن طرح <u>Medi-Cal Plan</u> عضو H3561-008 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) هستید. <u>Health Net</u> و	شما عضوی از H0562-129 Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) هستید.	برنامه شما در حال تغییر است

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	
Express Scripts®	CVS Caremark	تغییر در مدیر مزایای داروخانه (PBM، Pharmacy Benefit Manager) Health Net Community Solutions, Inc. با یک Pharmacy Benefit Manager (PBM) همکاری می کند تا مزایای داروخانه ما را مدیریت کند. همکار PBM ما برای طرح سال 2024 به Express Scripts® تغییر می کند. یک کارت شناسایی جدید Health Net Community Solutions, Inc. دریافت خواهید کرد. از ابتدای 1/1/24 از کارت شناسایی جدیدتان استفاده کنید. برای اطمینان از اینکه داروخانه جدیدترین اطلاعات شما را داشته باشد، هنگام پیچیدن نسخه برای اولین بار یا بعد از تاریخ 1/1/24 کارت شناسایی جدید Health Net Community Solutions, Inc. را نشان دهید. اگر هنگام دریافت داروی نسخه کارت شناسایی جدیدتان را ندارید، از داروخانه بخواهید برای دریافت اطلاعات لازم با طرح تماس بگیرد. اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد کل هزینه داروی تجویزی را هنگام دریافت آن پرداخت کنید و سپس درخواست بازپرداخت هزینه را ارسال کنید.

G. انتخاب طرح

G1. ماندن در طرح ما

امیدواریم که شما یکی از اعضای ما بمانید. برای اینکه در طرح ما بمانید، نیاز به انجام هیچ کاری نیست. اگر برای طرح دیگری از Medicare ثبت نام نکنید یا به Original Medicare جابجا نشوید، به صورت خودکار عضویت شما برای سال 2024 در طرح ما ثبت می شود.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



G2. تغییر طرح ها

اکثر افراد دارای Medicare می توانند در زمان های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. به دلیل اینکه بیمه Medi-Cal دارید، ممکن است بتوانید یک بار در هرکدام از دوره های ثبت نام ویژه زیر عضویت خود را در طرح ما لغو کنید یا به طرحی دیگر جابجا شوید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- جولای تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره ثبت نام ویژه، می توانید عضویت خود را در طرح ما در دوره های زیر پایان دهید:

- **دوره ثبت نام سالانه** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه آغاز می شود.

- **دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، اگر:

- از منطقه خدماتی ما خارج شوید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا Extra Help تغییر کند، یا
- اگر اخیراً به مراکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت های طولانی مدت نقل مکان کرده اید، یا اکنون در این مرکز زندگی می کنید، یا به تازگی از این مرکز خارج شده اید.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare دارید. با انتخاب یکی از این گزینه ها به طور خودکار عضویت خود را در طرح ما تمام می کنید.

کارهایی که باید انجام دهید: در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای برنامه سؤالات برنامه پوشش بیمه درمانی افراد مسن (PACE)، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر با «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خودتان به وب سایت www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/ مراجعه کنید. یا در یک طرح جدید Medicare ثبت نام کنید. وقتی پوشش طرح جدید شما شروع شود، عضویت شما به طور خودکار در طرح ما لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	1. می توانید به طرح زیر جابجا شوید: یک Medicare Health Plan دیگر، از جمله یک طرح سلامت دیگر از Medicare Medi-Cal
---	---

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



کارهایی که باید انجام دهید: در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر با «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خودتان به وب سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Ser vices/Medicare Counseling/ مراجعه کنید. یا در طرح جدید داروهای تجویزی Medicare ثبت نام کنید. وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار لغو می شود. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.	2. می توانید به طرح زیر جابجا شوید: Original Medicare با طرح جداگانه برای داروهای تجویزی
--	---

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس
 بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل
 تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این
 سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



کارهایی که باید انجام دهید: در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر با «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خودتان به وب سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید. وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می شود، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار لغو می شود. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.	3. می توانید به طرح زیر جابجا شوید: Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروهای تجویزی توجه: اگر به طرح Original Medicare جابجا شوید و در یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت نام کند مگر اینکه به Medicare اطلاع دهید نمی خواهید به این طرح جداگانه ملحق شوید. تنها زمانی باید پوشش داروی تجویزی را قطع کنید که از یک منبع دیگر مانند یک کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی دریافت می کنید. اگر درباره نیاز یا عدم نیاز به پوشش بیمه دارویی سوالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر با «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت California» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خودتان به وب سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید.
--	--

خدمات Medi-Cal شما

برای سؤالات در مورد نحوه انتخاب یک طرح Medi-Cal یا دریافت خدمات Medi-Cal پس از خروج از طرح ما، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر از طریق شماره 1-800-430-4263 با گزینه های مراقبت از سلامت تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. درباره اینکه آیا پیوستن به طرحی دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می گذارد، سؤال کنید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



H. دریافت کمک و راهنمایی

H1. طرح ما

اگر سؤالی دارید ما اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم. در طول روزها و ساعات کاری ذکر شده از طریق شماره های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. تماس با این شماره ها رایگان است.

دفترچه راهنمای اعضا را بخوانید

دفترچه راهنمای اعضا یک توصیف دقیق و قانونی از مزایای طرح ما است. این دفترچه جزئیاتی درباره مزایا و هزینه ها در سال 2024 دارد. در این دفترچه حقوق شما و قوانینی که باید از آن پیروی کنید تا خدمات تحت پوشش و داروهای تجویزی را دریافت کنید توضیح داده شده است.

دفترچه راهنمای اعضا در سال 2024 از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. نسخه جدید دفترچه راهنمای اعضا در وب سایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA موجود است. همچنین می توانید از طریق شماره های موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و از ما بخواهید دفترچه راهنمای اعضا در سال 2024 را از طریق پست برایتان ارسال کنیم.

وبسایت ما

در این آدرس نیز می توانید به وبسایت ما بروید: www.wellcare.com/healthnetCA یادآوری می کنیم وب سایت ما حاوی به روزترین اطلاعات مربوط به شبکه ارائه دهندگان و داروخانه های ما (فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه ها) و فهرست داروهای ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

H2. «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت» (HICAP)

همچنین می توانید با «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» (SHIP) تماس بگیرید. SHIP در California با نام «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت» (HICAP) شناخته می شود. مشاوران HICAP به شما کمک می کنند با گزینه های طرح خود آشنا شوید، و به سؤالاتتان درباره جابجایی طرح ها پاسخ می دهند. برنامه HICAP با ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه ای ندارد. HICAP مشاوران آموزش دیده ای در هر کانتی دارد و خدمات رایگان ارائه می دهد. شماره تلفن HICAP برای تماس 1-800-434-0222 است. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خودتان به سایت www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ مراجعه کنید.

H3. برنامه رسیدگی به شکایات

اگر با طرح ما مشکل دارید، برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal می تواند به شما کمک کند. خدمات رسیدگی به شکایات رایگان و به همه زبان ها در دسترس است برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal:

- به عنوان حامی از طرف شما فعالیت می کند. اگر مشکل یا شکایت نامه ای دارید، آنها می توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا متوجه شوید چه کاری باید انجام دهید.
- بررسی می کنند شما اطلاعات مربوط به حقوق و پوشش های خود و چگونگی حل نگرانی های خود را دارید.

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



- با شرکت ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه ای ندارد. شماره تلفن برنامه رسیدگی به شکایات Medicare Medi-Cal عبارت است از 1-888-804-3536.

H4. Medicare

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare می توانید به صورت 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

وبسایت Medicare

می توانید از وبسایت Medicare (www.medicare.gov) بازدید کنید. اگر تصمیم بگیرید که عضویت خود در طرح ما را لغو کنید و در طرح Medicare دیگری ثبت نام کنید، وبسایت Medicare دارای اطلاعاتی درباره هزینه ها، پوشش بیمه و رتبه بندی کیفی است تا به شما در مقایسه کردن طرح ها کمک کند.

می توانید با استفاده از قابلیت طرح یاب Medicare در وبسایت Medicare اطلاعاتی درباره طرح های Medicare موجود در منطقه خود پیدا کنید. (برای مشاهده اطلاعات مربوط به برنامه های درمانی به وبسایت www.medicare.gov بروید و روی «Find plans» کلیک کنید.)

Medicare و شما در سال 2024

می توانید دفترچه Medicare و شما در سال 2024 را مطالعه کنید. هر سال در پاییز این دفترچه برای افراد عضو Medicare پست می شود. این دفترچه شامل خلاصه ای از مزایای Medicare، حقوق و پوشش ها و پاسخ متداول ترین پرسش ها درباره Medicare می شود. این دفترچه راهنما به زبان های اسپانیایی، چینی و ویتنامی نیز موجود است.

اگر نسخه ای از این سند را ندارید، می توانید آن را از وب سایت Medicare در آدرس www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf دانلود کنید، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

H5. سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده California (DMHC) مسئولیت کنترل و نظارت بر طرح های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. مرکز راهنمایی DMHC در مورد درخواست های تجدیدنظر و شکایت نامه های شما در مورد خدمات Medi-Cal می تواند به شما کمک کند. اگر در مورد طرح درمانی خود شکایت نامه و نارضایتی دارید، ابتدا باید از طریق شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 با طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند دادخواهی برنامه درمانی خود استفاده کنید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. استفاده از این روش شکایت نامه، هیچگونه حقوق قانونی بالقوه یا راه حلی را که ممکن است در دسترس شما باشد از شما سلب نمی کند. اگر در مورد شکایت نامه مربوط به موارد اضطراری، شکایت نامه ای که توسط برنامه درمانی شما به طور رضایت بخشی حل و فصل نشده، یا شکایت نامه ای که بیش از 30 روز بی نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید، می توانید برای دریافت کمک و راهنمایی با سازمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA.



باشید، فرآیند IMR به طور بی طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه درمانی در خصوص ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیمات پوشش بیمه برای درمان هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز اختلاف نظر در مورد پرداخت هزینه خدمات اضطراری یا خدمات پزشکی فوری را بررسی خواهد کرد. این سازمان یک خط تلفن رایگان به شماره **1-888-466-2219** و خط TDD به شماره **1-877-688-9891** برای افراد مبتلا به اختلال شنوایی و گفتاری دارد. فرم های شکایت نامه، فرم های درخواست IMR، و دستورالعمل ها به صورت آنلاین در این آدرس موجود است:

www.dmhc.ca.gov

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) به شماره (TTY: 711) 1-800-431-9007 تماس بگیرید. نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس، روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید: www.wellcare.com/healthnetCA



اعلامیه عدم تبعیض

تبعیض برخلاف قانون است. Wellcare By Health Net از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Wellcare By Health Net بر مبنای جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا تمایلات جنسی، افراد را برخلاف قانون مورد تبعیض قرار نمی‌دهد یا با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

Wellcare By Health Net موارد زیر را ارائه می‌دهد:

- کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای کمک به برقراری ارتباط بهتر، مانند:
 - مترجم زبان اشاره
 - اطلاعات کتبی به قالب‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، صوتی، قالب‌های الکترونیکی در دسترس، قالب‌های دیگر)
- خدمات رایگان زبانی به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:
 - مترجمان واجد شرایط
 - اطلاعات به صورت کتبی به سایر زبان‌ها

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-431-9007** با Wellcare By Health Net تماس بگیرید. ساعات تماس: از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب. از یک سیستم پیام‌رسانی بعد از ساعت کاری، روزهای آخر هفته و در تعطیلات فدرال استفاده می‌شود. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، **لطفاً با TTY به شماره 711 تماس بگیرید.** اگر درخواست کنید، این سند با خط بریل، به صورت چاپ‌شده با حروف بزرگ، در قالب فایل صوتی، یا قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی در اختیاران قرار می‌گیرد. برای دریافت کپی در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با این آدرس مکاتبه کنید یا با شماره زیر تماس بگیرید:

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

نحوه ثبت شکایت‌نامه

اگر فکر می‌کنید Wellcare By Health Net نتوانسته است این خدمات را ارائه کند، یا به روشی دیگر بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، قومیت، ملیت، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی فیزیکی، وضعیت سلامت، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسی یا تمایلات جنسی به طرز غیرقانونی تبعیض قائل شده است، می‌توانید شکایت‌نامه خود را به خدمات اعضا ارسال کنید. می‌توانید شکایت‌نامه خود را از طریق تلفن، به صورت کتبی، حضوری یا الکترونیکی ثبت کنید:

• **از طریق تلفن:** از طریق تلفن با هماهنگی کننده حقوق مدنی Wellcare by Health Net به شماره **1-866-458-2208** تماس بگیرید. ساعات تماس: از 8 صبح تا 5 عصر، دوشنبه تا جمعه. یا اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا تکلم کنید، لطفاً با TTY به شماره 711 تماس بگیرید.

• به صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:

Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103

• **حضور:** به مطب پزشک یا دفتر Wellcare by Health Net مراجعه کنید و بگویید که می‌خواهید شکایت‌نامه پر کنید.

• **به صورت الکترونیکی:** به وبسایت Wellcare by Health Net در این آدرس مراجعه کنید:

wellcare.com/healthnetCA

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services
(دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی California)

همچنین می‌توانید شکایت‌نامه حقوق مدنی را به‌صورت تلفنی، کتبی، یا الکترونیکی به «دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی California» ارسال کنید:

. از طریق تلفن: با شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا تکلم کنید، لطفاً با **TTY (سرویس رله مخابراتی)** به شماره **711** تماس بگیرید.

. به‌صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

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

فرم‌های شکایت‌نامه در این آدرس موجود است: http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

. به‌صورت الکترونیکی: به این آدرس ایمیل بفرستید: CivilRights@dhcs.ca.gov

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

اگر فکر می‌کنید بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید یک شکایت‌نامه حقوق مدنی از طریق تلفن، به‌صورت کتبی، یا الکترونیکی به «دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده» ارسال کنید.

. از طریق تلفن: با شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید به خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با این شماره تماس بگیرید:

TTY/TDD 1-800-537-7697

. به‌صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این آدرس ارسال کنید:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت‌نامه در این آدرس موجود است: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

. به صورت الکترونیکی: به پورتال ارائه شکایت به دفتر حقوق مدنی در این آدرس مراجعه کنید:

<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.

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 សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ 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 ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопровождающая 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.