

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，提供廠商是 Health Net Community Solutions, Inc.

2024 年的年度變更通知

引言

您目前已投保我們的計劃，成為保戶。在下年度的福利、承保範圍、規定和費用將有一些改變。本《年度變更通知》會向您詳述這些改變，以及可在哪裡找到相關資訊。如需有關費用、福利或規定的更多資訊，請檢閱《會員手冊》，可在我們的網站上找到：

www.wellcare.com/healthnetCA。主要用語及其定義按照字母順序顯示在您《會員手冊》的最後一章。

其他資源

- 本文件免費提供西班牙文、中文、越南文、韓文、菲律賓他加祿文、阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、波斯文，俄文。
- 您可以免費獲得《年度變更通知》的其他格式，例如大字版、點字版或語音版。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。
- 我們必須以對您有用的方式提供資訊 (使用英文以外的語言、點字版、音訊、大字印刷或其他不同格式等)。如果您需要其他格式的計劃資訊，請致電保戶服務部。
 - 若要進行常設要求，變更常設要求或單次要求以英語以外的語言或其他格式要求材料，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 1-800-431-9007 (TTY：711)。我們將會記錄您的選擇。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，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 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。不過請注意，自 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，在週末和假日期間，您的來電會進入到我們的自動電話系統。請留下您的姓名和電話號碼，我們會在 (1) 個工作天內回電給您。此為免付費電話。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 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.

• نوّفر 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 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:

- យើងមានសេវាកប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ 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)



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

- 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.
- Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

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)



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 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 ciety, 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 ciety, 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 ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ 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)



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 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
- 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

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

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)



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

目錄

A. 免責聲明	9
B. 檢閱明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍	9
B1. 關於 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 的資訊.....	9
B2. 重要待辦事項	10
C. 我們的計劃名稱之變更	11
D. 網絡內醫療服務提供者與藥房變更	11
E. 下一年度福利和費用變更.....	11
E1. 醫療服務的福利和費用變更	11
E2. 處方藥承保範圍變更.....	19
F. 行政變更	21
G. 選擇計劃	22
G1. 續保我們的計劃	22
G2. 計劃變更	22
H. 取得協助	26
H1. 我們的計劃.....	26
H2. 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP).....	27
H3. 監察方案	27
H4. Medicare	27
H5. California 管理醫療保健部	28

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

A. 免責聲明

- ❖ Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，是與 Medicare 簽訂合約的 HMO、PPO、PFFS、PDP 計劃，也是經批准的 Part D 贊助商。我們的 D-SNP 計劃與州 Medicaid 計劃簽有合約。投保我們的計劃取決於續約情況。
- ❖ 這並非詳盡清單。福利資訊是簡短摘要，不是完整的福利說明。如需更多資訊，請聯絡本計劃或閱讀 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 《會員手冊》。
- ❖ 上述給付可能涵蓋在慢性病的特殊補充給付內。並非所有保戶均符合資格。

B. 檢閱明年的 Medicare 和 Medi-Cal 承保範圍

為確保承保範圍在下一年度仍符合您的需求，立即檢閱您的承保範圍十分重要。若承保範圍不符合您的需求，您可以退出計劃。請參閱 **E 部分**，以瞭解有關明年您的福利變更的更多資訊。

若您選擇退出我們的計劃，您的保戶資格將會在您提出申請的當月最後一天終止。只要您符合資格，您將仍是 Medicare 與 Medi-Cal 計劃的保戶。

如果您退出我們的計劃，您可以取得下資訊：

- **G2 部分**表格中的 Medicare 選項。
- **G2 部分**的 Medi-Cal 選項和服務。

B1. 關於 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 的資訊

- Wellcare by Health Net 是與 Medicare 和 Medi-Cal 均簽有合約的健保計劃，同時為計劃保戶提供這兩項方案的福利。
- Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 的承保符合稱為「最低基本承保」的健康保險，其符合《患者保護與平價醫療法案》(ACA) 個人分擔責任要求。請瀏覽國稅局 (IRS) 網站 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families 取得更多有關個人分攤責任規定的資訊。
- 本《年度變更通知》所提及的「本公司」、「我們」、「我們的」或「我們的計劃」是指 Medicare Medi-Cal Plan。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

B2. 重要待辦事項

- 查看我們的福利和費用是否有任何可能會影響您的變更。
 - 是否有任何影響您使用之服務的變更？
 - 檢閱福利和費用變更，以確保這在下一年度適用於您。
 - 參閱 **E1** 部分，瞭解關於本計劃福利和費用變更的資訊。
- 查看我們的處方藥承保範圍是否有任何可能會影響您的變更。
 - 您的藥物會獲得承保嗎？您能使用同樣的藥房嗎？
 - 為確保藥品承保範圍在下一年度適用於您，請檢閱變更內容。
 - 參閱 **E2** 部分，瞭解關於藥品承保範圍變更的資訊。
- 查看醫療服務提供者和藥房下一年度是否屬於我們的網絡。
 - 醫師 (包括您的專科醫師) 是否屬於我們的網絡？藥房是否也屬於我們的網絡？您就診的醫院或其他醫療服務提供者呢？
 - 參閱 **D** 部分，瞭解有關我們的服務提供者與藥房名錄的資訊。
- 檢閱您在本計劃的整體費用。
 - 您對定期使用的服務和處方藥會支付多少自費費用？
 - 整體費用與其他保險選項相比如何？
- 考慮您對我們的計劃是否滿意。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

如果您決定繼續使用 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)：

若您下一年度想要繼續使用本計劃，很簡單：您不需要做任何事。如果您不進行變更，您將自動繼續投保 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)。

若您決定更換計劃：

若您判定其他保險更符合您的需求，可更換計劃（請參閱 **G2** 部分瞭解更多資訊）。若您投保新計劃或更換為 Original Medicare，您的新保險將於次月的第一天開始生效。

C. 我們的計劃名稱之變更

我們的計劃名稱將在 2024 年 1 月 1 日從 Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP) 變更為 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)。

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) 將透過郵寄方式寄送新的保戶 ID 卡給您。您也可能收到更多具有新計劃名稱的郵件。

D. 網絡內醫療服務提供者與藥房變更

本計劃的 2024 年醫療服務提供者與藥房網絡已變更。

請查閱 **2024 年服務提供者與藥房名錄**，瞭解您的服務提供者或藥房是否屬於我們的網絡。我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 上有更新的服務提供者與藥房名錄。您也可以撥打本頁尾列出的電話號碼聯絡保戶服務部，以索取服務提供者最新資訊，或要求我們將服務提供者與藥房名錄寄送給您。

您應知道我們也可能會在該年期間變更網絡內容，這十分重要。如果您的醫療服務提供者退出本計劃，您將享有特定權利和保障。如需更多資訊，請參閱《會員手冊》**第 3 章**。

E. 下一年度福利和費用變更

E1. 醫療服務的福利和費用變更

我們變更了明年特定醫療服務的承保範圍以及您為這些承保醫療服務支付的費用。下表說明這些變更。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
針灸服務 - 例行針灸	可能需要轉診。	不需要轉診。
年度例行體檢	年度例行體檢不在承保範圍內。	您為年度例行體檢支付 \$0。
門診手術中心	可能需要轉診。	不需要轉診。
銀劑灌腸 - (Medicare 承保的)	可能需要轉診。	不需要轉診。
心臟復健服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
心臟復健服務 - 密集	可能需要轉診。	不需要轉診。
整脊服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
診斷程序和檢測	可能需要轉診。	不需要轉診。
診斷放射服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
洗腎服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
直腸指檢 - (Medicare 承保的)	可能需要轉診。	不需要轉診。
青光眼篩檢	可能需要轉診。	不需要轉診。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
健康食品卡 Medicare 所核准的 Wellcare 是以價值型保險設計方案的一部分提供這些福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。	您每個月都會收到 \$50 的補貼，可在參與的零售商購買符合資格的雜貨產品。 此補貼不會累積至下個月。	健康食品卡現在屬於 Wellcare Spendables™ 承保範圍。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 部分。
聽力服務 - 額外的例行聽力檢查和助聽器選配/評估	可能需要轉診。	不需要轉診。
居家健康機構護理	可能需要轉診。	不需要轉診。
住院照護	可能需要轉診。	不需要轉診。
精神科醫院的住院服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
腎臟疾病教育	可能需要轉診。	不需要轉診。
化驗服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
膳食 - 慢性 (適用限制條件和排除條款)	您為慢性餐飲支付 \$0 共付額 。 每天最多 3 餐，為期最多 28 天，每月最多 84 餐。享有給付最多 3 個月。 可能需要轉診。	慢性餐飲不在承保範圍內。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
非緊急情況醫療運輸 (往返於計劃批准的健康相關地點)	您為每年 48 趟行程支付 \$0 共付額。搭乘計程車、共乘車或廂型車前往計劃核准的健康相關地點之單程交通，可視為一次行程。 旅程限於單程 75 英里。您必須提前 72 小時來電以安排行程。 Medicare 福利用盡後，您將享有 Medi-Cal 承保的福利。	您為每年 24 趟行程支付 \$0 共付額。搭乘計程車、共乘車或廂型車前往計劃核准的健康相關地點，旅程次數限制為每天 4 次單程。 除非事先經過本計劃核准，否則單程行程僅限 75 英里。 Medicare 福利用盡後，您將享有 Medi-Cal 承保的福利。
職業治療	可能需要轉診。	不需要轉診。
鴉片類藥物治療計劃服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
其他健康照護專業人員	可能需要轉診。	不需要轉診。
門診血液服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
門診醫院觀察	可能需要取得事先授權。 可能需要轉診。	不需要事先授權。 不需要轉診。
門診外科手術	可能需要轉診。	不需要轉診。
門診精神健康護理 - 非精神科服務	可能需要轉診。	不需要轉診。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
門診精神健康護理 - 精神科服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
藥物濫用門診服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
門診 X 光服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
非處方用品	您支付 \$0 共付額。您每季可獲得 \$260 給付，用於郵購或在參與的零售商店購買合格的非處方 (OTC) 產品。 這項給付不可累積至下一個週期。	非處方用品現在屬於 Wellcare Spendables™ 承保範圍。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 部分。
日間住院服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
物理治療及語言病理學服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
足部治療服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
肺部復健服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
專業護理機構 (SNF) 照護	可能需要轉診。	不需要轉診。
專科醫師診所就診	可能需要轉診。	不需要轉診。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
慢性病的特殊補充給付 (SSBCI) - 公用事業協助 上述給付可能涵蓋在慢性病的特殊補充給付內。並非所有保戶均符合資格。 您必須符合以下計劃給付的資格準則。	公用事業協助： 您支付 \$0 共付額。如果符合資格，本計劃提供每月限制金額 \$75 的預付 Visa 簽帳卡，以協助支付您住家的公用事業費用。任何未使用的公用事業協助給付金額將於每個月底到期。此給付核准的公用事業服務包括： -電力、瓦斯、公共衛生和水公用事業 -有線電話服務 -有線電視服務 -某些石油費用 保戶必須符合資格及參與準則才能享有此福利。	SSBCI 不承保公用事業協助。 由於我們的計劃參與價值型保險設計方案 (VBID)，因此公用事業協助現在屬於 Wellcare Spendables™ 承保範圍。如需更多資訊，請參閱本表中的 Wellcare Spendables™ 部分。 保戶不需要符合資格及參與準則才能享有此福利。
監督運動療法 (SET)	可能需要轉診。	不需要轉診。
治療放射服務	可能需要轉診。	不需要轉診。
視力保健 - (例行眼睛檢查)	可能需要轉診。	不需要轉診。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
視力保健 - (常規眼鏡)	每年津貼最多 \$400，隱形眼鏡、眼鏡，鏡片和/或鏡框無上限。 可能需要轉診。	每年津貼最多 \$300，隱形眼鏡、眼鏡，鏡片和/或鏡框無上限。 不需要轉診。
Wellcare Spendables™ (本節內容延續至下頁)	Wellcare Spendables™ 卡<u>不</u>在承保範圍內。	您支付 \$0 共付額。您每個月可獲得 \$75 津貼，可用於下列所述的任何福利。津貼將在每個月開始時自動載入您的 Wellcare Spendables™ 卡。任何未使用的津貼金額將累計至下個月，並於每年年底失效。 您可以將此卡上的金額用於下列任何一項最符合您需求的品項，只要金額未超過卡片的最高餘額即可。 非處方用品 (OTC) 您可以在計劃批准的非處方用品上使用您的 Wellcare Spendables™。您的卡片可在參與的零售地點、線上或透過行動應用程式宅配使用。 Medicare 所核准的 Wellcare 是以價值型保險設計方案的一部分提供下列福利。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。 由於您的計劃參與價值型保險設計方案，您也可以將 Wellcare Spendables 津貼用於以下任何福利：

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
Wellcare Spendables™		汽油 (在加油站付款) 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡直接在加油站支付汽油費用。這張卡片無法用在收銀機前當面付款。您的卡片僅可用於加油，最高限額為可用額度。 健康食品 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡支付在參與的零售商處提供的經核准健康營養食品和農產品。可以透過線上入口網站訂購備好的餐點。津貼不得用於購買菸草或酒精。核准的品項包括： • 肉類和家禽肉 • 水果和蔬菜 • 營養飲品 • 還有更多 公用事業協助 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡支付家中經計劃核准的公用事業費用，包括： -電力、瓦斯、公共衛生/垃圾和水公用事業服務 -有線電話和手機服務 -網際網路服務 -有線電視 (不包括串流服務) -特定石油費用，例如家用燃料油 租賃協助 您可以使用 Wellcare Spendables™ 卡支付房租。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
全球急診承保	您為每次的承保服務支付 \$95 共付額。 您每年可獲得高達 \$50,000 的保障，以因應美國以外的緊急情況及緊急需求服務。	您為每次的承保服務支付 \$100 共付額。 您每年可獲得高達 \$50,000 的保障，以因應美國以外的緊急情況及緊急需求服務。
全球緊急護理承保	您為每次的承保服務支付 \$95 共付額。 您每年可獲得高達 \$50,000 的保障，以因應美國以外的緊急情況及緊急需求服務。	您為每次的承保服務支付 \$100 共付額。 您每年可獲得高達 \$50,000 的保障，以因應美國以外的緊急情況及緊急需求服務。

E2. 處方藥承保範圍變更

藥物清單變更

更新的**承保藥物清單**列於我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA。您也可以撥打本頁頁尾列出的電話號碼聯絡保戶服務部，以索取藥物最新資訊，或要求我們將**承保藥物清單**寄送給您。

承保藥物清單也稱為「藥物清單」。

我們對藥物清單做了變更，這可能包括移除或新增藥物、變更適用於我們特定藥物的承保限制，或

請檢閱藥物清單，以確保您的藥物在下一年度仍屬承保範圍，並查看是否有任何限制。

若您受到藥物承保範圍變更的影響，我們鼓勵您：

- 與您的醫生 (或者其他處方開立者) 合作，找出另一種我們承保的藥物。
 - 您可以撥打頁面底部的電話號碼致電保戶服務部，索取治療相同病症的承保藥物清單。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

- 這份清單可幫助您的服務提供者找到可能對您有效的承保藥物。
- 要求我們承保該藥品的臨時性供藥。
 - 在某些情況下，我們會在該曆年的前 90 天期間承保一次該藥品的臨時性供藥。
 - 此臨時性供藥在零售藥房以 30 天份為限，在長期照護藥房以 31 天份為限。
(若要進一步瞭解您何時可以取得臨時性供藥以及如何索取，請參閱《會員手冊》第 5 章。)
 - 在您領取藥品臨時性供藥的期間，請與您的醫師討論，了解當您的臨時性供藥用完之後該怎麼辦。您可以改用另一種我們計劃承保的藥品或者請求我們為您作出例外處理，承保您目前使用的藥品。若要瞭解該如何要求例外處理，請參閱《2024 年會員手冊》第 9 章的 F 部分，或致電保戶服務部。
 - 若您加入本計劃已超過 90 天，且您目前居住在長期護理設施，我們將會承保一次 31 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量。上述額外藥量不計入長期照護過渡藥量供應中。
 - 若您從長期護理設施或住院醫院搬到家中，我們將會承保一次 30 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 30 天份為止)。
 - 若您從家中或住院醫院搬到長期護理設施，我們將會承保一次 31 天份的藥量，或者，如果您的處方天數較短，則會承保較少的藥量 (在此情況下，我們將會允許多次領取，直到我們提供的總藥量達到 31 天份為止)。您必須在網絡內藥房領取處方藥。
 - 有些藥物清單排除項目在明年仍屬承保範圍。請參閱您收到的核准信函。核准信函會提及您特定藥品核准限制的相關資訊，以及該藥品承保的到期日。如果我們決定不更新您的核准，我們會在距年底至少 60 天前寄給您新的信函。本信函將包括特定藥物例外處理核准即將結束的時間，以及如何要求例外處理。若要瞭解該如何要求例外處理，請參閱《2024 年會員手冊》第 9 章的 F 部分，或致電保戶服務部。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

處方藥物費用的變更

在 2024 年，您為處方藥支付的金額沒有變更。請參閱下方以瞭解更多關於處方藥承保的資訊。

下表顯示您所有承保的 Part D 藥物費用。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
所有承保的 Part D 藥物 在網絡內藥房領取承保的 Part D 藥物一個月藥量的費用 Medicare 所核准的 Health Net Community Solutions, Inc. 以價值型保險設計方案的一部分提供較低的共付額/共同保險金。此方案讓 Medicare 嘗試新方法來改善 Medicare Advantage 計劃。	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為 每份處方 \$0 。	您的一個月 (30 天) 藥量共付額為 每份處方 \$0 。

F. 行政變更

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
您參加的計劃有所變更	您是 H0562-129、Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) 的保戶。	您是 H3561-008、Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) <u>和您 Medi-Cal Plan 的 Health Net 保戶</u>

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

	2023 年 (今年)	2024 年 (明年)
藥房福利管理員 (PBM) 變更 Health Net Community Solutions, Inc. 與藥房福利管理員 (PBM) 合作管理我們的藥房福利。我們 2024 年的 PBM 合作夥伴將變更為 Express Scripts®。您會收到更新的 Health Net Community Solutions, Inc. ID 卡。請於 2024 年 1 月 1 日 開始使用更新後的 ID 卡。 為確保您的藥房擁有您的最新資訊，2024 年 1 月 1 日後首次配取處方藥時請出示您新的 Health Net Community Solutions, Inc. ID 卡。 如果您在配取處方藥時，沒有帶新的 ID 卡，請要求藥房致電本計劃以獲得必要的資訊。 如果藥房無法取得必要的資訊，您在取藥時可能必須支付處方藥的全部費用，之後再提交申請償付。	CVS Caremark	Express Scripts®

G. 選擇計劃

G1. 續保我們的計劃

我們希望您下一年仍然是計劃保戶。您無須採取任何行動，即可續保計劃。如果您未變更至其他 Medicare 計劃或變更至 Original Medicare，2024 年您將作為保戶自動持續投保我們的計劃。

G2. 計劃變更

大多數有 Medicare 的人能在一年中的某些時間終止保戶資格。由於您擁有 Medi-Cal，您或許能夠終止您在我們計劃中的保戶資格，或在以下各**特殊投保期**換到不同的計劃一次：

- 1 月至 3 月
- 4 月至 6 月

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

- 7 月至 9 月

除了這三個特殊投保期外，您還可以在以下期間終止您在本項計劃的保戶資格：

- **年度投保期**從 10 月 15 日至 12 月 7 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的計劃保戶資格將於 12 月 31 日終止，而您加入新計劃的保戶資格將於 1 月 1 日起生效。
- **Medicare Advantage (MA) 開放投保期**從 1 月 1 日至 3 月 31 日。如果您在此期間選擇新計劃，您的新計劃保戶資格將於下個月的第一天開始生效。

在其他情況下，您可能也有資格變更您的投保。例如，當：

- 您搬出我們的服務區域、
- 您的 Medi-Cal 或 Extra Help 資格已變更，或
- 如果您最近搬進、目前正在接受照護，或剛搬出護理機構或長期照護醫院。

您的 Medicare 服務

在取得 Medicare 服務時，您享有三個方案選項。如果您選擇這些選項中的其中一個，您在本計劃的保戶資格會自動終止。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

1. 您可更換為： 另一個 Medicare health 計劃，包括另一個 Medicare Medi-Cal Plan	以下是您需採取的行動： 致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週七天，全天候 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。 若要洽詢老人全方位照護計劃 (PACE) 相關資訊，請致電 1-855-921-PACE (7223)。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/。 或是 投保新的 Medicare 計劃。 當您的新計劃承保生效時，您會自動退出我們的計劃。您的 Medi-Cal 計劃可能有所變更。
---	--

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

2. 您可更換為： 含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare	以下是您需採取的行動： 致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週七天，全天候 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 或是 投保新的 Medicare 處方藥計劃。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本項計劃退保。 您的 Medi-Cal 計劃將不會變更。
---	--

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

3. 您可更換為： 不含獨立 Medicare 處方藥計劃的 Original Medicare 注意：如果您更換至 Original Medicare，而且您未投保獨立的 Medicare 處方藥計劃，Medicare 可能會為您投保一項藥物計劃，除非您告知 Medicare 您不想加入。 僅有當您可透過雇主或工會等其他來源取得藥品承保範圍的情況下，您才應放棄處方藥承保範圍。如果您對自己是否需要藥物承保有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 1-800-434-0222 與 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP) 聯絡。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。	以下是您需採取的行動： 致電 Medicare，電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週七天，全天候 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。 如果您需要協助或需要更多資訊： 請於週一至週五上午 8 點至下午 5 點致電 California 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)，電話是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/。 當您的 Original Medicare 承保開始時，您將自動從本項計劃退保。 您的 Medi-Cal 計劃將不會變更。
---	---

您的 Medi-Cal 服務

如果對於如何在您離開我們的計劃後選擇 Medi-Cal 計劃或取得 Medi-Cal 服務有疑問，請於週一至週五上午 8 點至下午 6 點致電健康照護選項，電話是 1-800-430-4263。TTY 使用者請致電 1-800-430-7077。詢問如何加入其他計劃或轉回 Original Medicare 將如何影響您獲取 Medi-Cal 承保。

H. 取得協助

H1. 我們的計劃

如果您有任何問題，我們在此為您提供協助。在列出的營業日和時間內，撥打頁面底部的號碼致電保戶服務部。這些電話為免付費專線。

請參閱《會員手冊》

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

您的《會員手冊》是具法律效力的計劃福利詳細說明。其詳細說明了 2024 年適用的福利和費用。其中說明您在取得承保服務與處方藥時的權利以及需遵守的規定。

2024 年的《會員手冊》將於 10 月 15 日前提供。最新的《會員手冊》副本隨時可在我們的網站 www.wellcare.com/healthnetCA 取得。您也可以撥打該頁面底部的電話號碼至保戶服務部，要求我們將 2024 年的《會員手冊》郵寄給您。

我們的網站

請瀏覽我們的網站：www.wellcare.com/healthnetCA。在此提醒，我們的網站具有關於服務提供者和藥房網絡 (服務提供者與藥房名錄) 和藥物清單 (承保藥物清單) 的最新資訊。

H2. 健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)

您也可致電州健康保險協助計劃 (SHIP)。在 California，SHIP 稱為健康保險諮詢與協助計劃 (HICAP)。HICAP 諮詢人員可協助您理解計劃選項並回答關於轉換計劃的問題。HICAP 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。HICAP 在每個郡縣均有受過訓練的諮詢人員，且服務均為免費。HICAP 的電話號碼是 1-800-434-0222。如需更多資訊或欲尋找您所在地區的當地 HICAP 辦公室，請瀏覽 [www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/](http://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/)。

H3. 監察方案

如果您對我們的計劃有問題，Medicare Medi-Cal 監察方案可以協助您。我們提供免費的申訴專員方案，並提供所有語言版本。Medicare Medi-Cal 監察方案：

- 作為代表您的辯護者。若您有疑問或投訴時，他們可回答您的疑問，且可讓您瞭解該怎麼做。
- 確保您有關於權利和保障以及顧慮解決方式的資訊。
- 與本計劃或任何保險公司或健保計劃均沒有關聯。Medicare Medi-Cal 監察方案的電話號碼是 1-888-804-3536。

H4. Medicare

若要直接透過 Medicare 取得資訊，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，其每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

Medicare 的網站

您可以造訪 Medicare 網站 (www.medicare.gov)。若您選擇從我們的計劃退保並投保另一個 Medicare 計劃，Medicare 網站提供有關於費用、承保範圍和品質評等的資訊，可協助您比較計劃。

您可以使用 Medicare 網站上的計劃查詢工具，找到關於您所在區域提供之 Medicare 計劃的資訊。(如需關於計劃的資訊，請至 www.medicare.gov 並按一下「Find plans」(尋找計劃)。)

《2024 年 Medicare 與您》

您可以參閱《2024 年 Medicare 與您》手冊。每年秋季會向 Medicare 保戶寄送此手冊。此手冊包含 Medicare 給付、權利以及保障的概要，以及針對有關 Medicare 常見問題的解答。本手冊也提供西班牙文、中文和越南文版本。

如果您沒有本手冊的副本，您可以到 Medicare 網站下載 (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)，或請致電 1-800--MEDICARE (1-800--633--4227) 索取，每天 24 小時、每週 7 天均提供服務。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。

H5. California 管理醫療保健部

California 管理醫療保健部 (DMHC) 負責管理醫療保健服務計劃。DMHC Help Center 可協助您提出與 Medi-Cal 服務有關的上訴與投訴。如果您想對您的健保計劃提出申訴，您首先應致電 1-800-431-9007 (TTY：711) 聯絡您的健保計劃，並使用健保計劃的申訴程序，之後才與該部門聯絡。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，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 日期間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。使用此申訴程序並不會使您失去任何潛在法定權利或您可能可獲得的補償。如果您需要協助處理與急診事件有關的申訴，或您的健保計劃沒有就您的申訴提出令您滿意的解決方案，或您的申訴在 30 天後仍未獲得解決，您可致電部門尋求協助。您可能還符合申請獨立醫療審查 (IMR) 的資格。如果您符合申請 IMR 的資格，IMR 程序將會針對健保計劃就後述事項所作的醫療決定進行公正的審查：所提服務或治療是否具有醫療必要性、對實驗或研究性質的治療作承保與否的決定，以及急診或緊急醫療服務的付款爭議。該部門還提供免付費電話 (1-888-466-2219) 以及供聽語障人士使用的 TDD 專線 (1877-688-9891)。該部門的網站 www.dmhc.ca.gov 有線上投訴表、IMR 申請表及相關說明。

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



如果您有疑問，請致電 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)，電話 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 - 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 - 週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。如需更多資訊，請造訪 www.wellcare.com/healthnetCA。

反歧視聲明

歧視是違法的。Wellcare By Health Net 遵循州與聯邦民權法。Wellcare By Health Net 不會因生理性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、病況、基因資訊、婚姻狀態、心理性別、性別認同或性取向等原因而非法歧視、排斥他人或區別對待。

Wellcare By Health Net 提供：

- 為殘疾人士提供免費的幫助和服務，以協助他們更好地溝通，如：
 - 合格的手語翻譯
 - 其他格式的文字資料 (大型輸出、音訊、易於取用的電子格式、其他格式)
- 為主要語言不是英語的人提供免費語言服務，例如：
 - 合格口譯員
 - 以其他語言撰寫的資訊

如果您需要這些服務，請致電 **1-800-431-9007** 聯絡 Wellcare By Health Net。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，您可以致電我們的時間為一週 7 天，早上 8 點至晚上 8 點。從 4 月 1 日至 9 月 30 日，您可以致電我們的時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。非服務時間、週末和聯邦假日會由留言系統接聽。若您的聽力或言語能力有障礙，請致電 **TTY 711**。視您的要求而定，本文件可以點字版、大型輸出、錄音帶或電子形式提供。若要以下列其中一種替代格式取得副本，請致電或寫信至：

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

如何提出申訴

如果您認為 Wellcare By Health Net 基於性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神殘疾、身體殘疾、病況、基因資訊、婚姻狀態、心理性別、性別認同或性取向等原因而未能提供這些服務或以其他方式非法歧視，您可以向保戶服務部提出申訴。您可以透過電話、書面、親自或電子方式提出申訴：

- **透過電話：**致電 **1-866-458-2208** 聯絡 Wellcare By Health Net 民權協調員。早上 8 點至下午 5 點之間，週一至週五。或者，若您的聽力或言語能力有障礙，請致電 TTY 711。
- **書面：**填寫投訴表格，或寫信並寄送至：
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **親自：**造訪您醫生的辦公室或 Wellcare By Health Net，並表示您想提出申訴。
- **電子方式：**造訪 Wellcare By Health Net 網站 **[wellcare.com/healthnetCA](https://www.wellcare.com/healthnetCA)**。

民權辦公室 – California 衛生保健服務部

您也可以透過電話、書面或電子方式，向 California 衛生保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- **透過電話：**請致電 **1-916-440-7370**。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 **TTY 711 (電信中繼服務)**。
- **書面：**填寫投訴表格或寄信至：
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
投訴表格可於此網站 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 取得。
- **電子方式：**傳送電子郵件至 **CivilRights@dhcs.ca.gov**。

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

如果您認為您因種族、膚色、原國籍、年齡、殘障或生理性別而受到歧視，您也可以透過電話、書面或電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提出民權投訴：

- **透過電話：**請致電 **1-800-368-1019**。若您的言語能力或聽力有障礙，請致電 **TTY/TDD 1-800-537-7697**。
- **書面：**填寫投訴表格或寄信至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
您可在 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 網站找到投訴表。
- **電子方式：**造訪 Office for Civil Rights Complaint Portal，網址是：
<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**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

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.