

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

សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរ សម្រាប់ឆ្នាំ 2024

សេចក្តីផ្តើម

បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកបានចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើង។ នៅឆ្នាំក្រោយ នឹងមានការផ្លាស់ប្តូរ មួយចំនួនចំពោះ អត្ថប្រយោជន៍ ការធានារ៉ាប់រង វិធាន និងថ្លៃចំណាយរបស់យើង។ សេចក្តីជូនដំណឹង ប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរនេះ ជម្រាបអ្នកអំពីការផ្លាស់ប្តូរនានា និងកន្លែងដែលត្រូវស្វែងរកព័ត៌មាន បន្ថែមអំពីគម្រោង។ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្លៃចំណាយ អត្ថប្រយោជន៍ ឬវិធាននានា សូមពិនិត្យ មើល សៀវភៅណែនាំសមាជិកដែលត្រូវបានដាក់ក្នុងគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.wellcare.com/healthnetCA ។ ពាក្យគន្លឹះ និងនិយមន័យរបស់វាមាននៅក្នុងលំដាប់អក្សរ ក្រមនៅក្នុងជំពូកចុងក្រោយនៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក។

ធនធានបន្ថែមទៀត

- ឯកសារនេះអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន វៀតណាម គូរ៉េ តាកា ឡាវ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ហ្វីលីពីន និងរុស្ស៊ី។
- អ្នកអាចទទួលបាន សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរនេះដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងទម្រង់ផ្សេង ទៀតដូចជា ការព្រើនជាអក្សរខ្នាតធំ អក្សរសម្រាប់អ្នកពិការភ្នែក ឬសំឡេងជាដើម។ ហៅទៅកាន់ លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាង អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសាដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- យើងត្រូវតែផ្តល់ព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន (ជាភាសាផ្សេងក្រៅ ពីភាសាអង់គ្លេស ជាអក្សរស្តាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក អូឌីយ៉ូ ពុម្ពអក្សរធំ ឬទម្រង់ ជំនួសផ្សេងទៀត ។ល។)។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការព័ត៌មាន អំពីគម្រោងក្នុងទម្រង់ផ្សេងទៀត។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥត គិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។



- ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំជាអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើការស្នើសុំតែមួយដងសម្រាប់**
ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួស សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align
(HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារ
ជម្រើសរបស់អ្នក។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណាងនឹងអាចទាក់
ទងបានចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា
និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណាងនឹងអាចទាក់ទងបានចាប់ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក
ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សូមចំណាំថាក្នុងអំឡុងពេលចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់
សម្រាកចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា ប្រព័ន្ធទូរសព្ទជួយប្រវត្តិ
របស់យើងនៅតែអាចឆ្លើយតបការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នកបាន។ សូមទុកឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទរបស់
អ្នក ហើយយើងនឹងហៅទូរសព្ទទៅអ្នកវិញក្នុងរយៈពេលមួយ (1) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។ ការហៅទូរសព្ទនេះ
គឺឥតគិតថ្លៃ។
- 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.
- ទទួលបានសេវាបកប្រែភាសាដើមដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីឆ្លើយតបនឹងសំណួរណាមួយអំពីផែនការសុខភាព ឬផែនការប្រើប្រាស់ថ្នាំ។ ដើម្បីទទួលបានសេវាបកប្រែ ត្រូវទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកត្រូវបានទទួលបានសេវាបកប្រែពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកត្រូវបានទទួលបានសេវាបកប្រែពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សូមចំណាំថាក្នុងអំឡុងពេលចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក ប្រព័ន្ធទូរសព្ទជួយប្រវត្តិរបស់យើងនៅតែអាចឆ្លើយតបការហៅទូរសព្ទរបស់អ្នកបាន។ សូមទុកឈ្មោះ និងលេខទូរសព្ទរបស់អ្នក ហើយយើងនឹងហៅទូរសព្ទទៅអ្នកវិញក្នុងរយៈពេលមួយ (1) ថ្ងៃនៃថ្ងៃធ្វើការ។ សេវាបកប្រែនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។**

- Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។

- យើងមានសេវាកប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងរង់ចាំប្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងរង់ចាំប្រើពីថ្ងៃចន្ទ 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。

• برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

- Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.
- Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.
- हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។



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 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。

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។



- 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. 10 월 1 일부터 3 월 31 일까지는 월요일~일요일, 오전 8 시~오후 8 시에, 4 월 1 일부터 9 월 30 일까지는 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시에 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.
- 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.

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។

- 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 ਦੁਆਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਆਸ਼ੀਏ 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।
- 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 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. 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.

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។



- 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 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)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។



តារាងមាតិកា

A. ការបដិសេធនូវលទ្ធផលខុសត្រូវ.....	9
B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ	9
B1. ព័ត៌មានអំពី Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)	10
B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ.....	10
C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង	12
D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើង	12
E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ	12
E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ	12
E2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង	24
F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល	27
G. ការជ្រើសរើសគម្រោងមួយ	29
G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង.....	29
G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង	29
H. ទទួលបានជំនួយ	34
H1. គម្រោងរបស់ពួកយើង	34
H2. កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)	34
H3. កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ	35
H4. Medicare	35
H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California	36

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 8



A. ការបដិសេធនូវលទ្ធផល

- ❖ Wellcare គឺជាម៉ាក Medicare សម្រាប់សាជីវកម្ម Centene Corporation ដែលជាគម្រោងរបស់ HMO, PPO, PFFS, PDP ដោយមានកិច្ចសន្យា Medicare និងជាអ្នកឧបត្ថម្ភ Part D ដែលមានការអនុញ្ញាត។ គម្រោង D-SNP របស់យើងមានកិច្ចសន្យាជាមួយកម្មវិធី Medicaid របស់រដ្ឋ។ ការចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងរបស់យើងអាស្រ័យលើការបន្តកិច្ចសន្យាថ្មី
- ❖ នេះមិនមែនជាបញ្ជីដែលពេញលេញនោះទេ។ ព័ត៌មានស្តីពីអត្ថប្រយោជន៍ គឺជាសេចក្តីសង្ខេប នៃអត្ថប្រយោជន៍ប៉ុណ្ណោះមិនមែនជាការពណ៌នាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ពេញលេញនោះទេ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង ឬអាន សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)។
- ❖ អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានរៀបរាប់មកនេះអាចជាផ្នែកមួយនៃអត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលឈឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែនសមាជិកទាំងអស់នឹងមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។

B. ការពិនិត្យឡើងវិញលើការធានារ៉ាប់រងនៃកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

វាក៏សំខាន់ដែលត្រូវពិនិត្យឡើងវិញនូវការធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកបច្ចុប្បន្ននេះដើម្បីធ្វើឱ្យប្រាកដថាវានឹងនៅតែបំពេញបានតាមសេចក្តីត្រូវការរបស់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។ ប្រសិនបើមិនបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបាននោះទេ អ្នកប្រហែលជាអាចចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើងបាន។ សូមមើលផ្នែក E សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកសម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ។

ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សមាជិកភាពរបស់អ្នកនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃចុងក្រោយនៃខែ ដែលសំណើរបស់អ្នកត្រូវបានធ្វើឡើង។ អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតនៅក្នុងកម្មវិធី Medicare និង Medi-Cal ដដែលដរាបណាអ្នកនៅមានសិទ្ធិទទួលបាន។

ប្រសិនបើអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកអាចទទួលបានព័ត៌មានអំពី៖

- ជម្រើស Medicare នៅក្នុងតារាងនៅផ្នែក G2។
- ជម្រើស និងសេវានៃកម្មវិធី Medi-Cal នៅក្នុងផ្នែក G2។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។



B1. ព័ត៌មានអំពី Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

- Wellcare by Health Net គឺជាគម្រោងសុខភាពដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយនឹង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរដល់សមាជិក។
- ការធានារ៉ាប់រងក្រោម Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) គឺជាការធានារ៉ាប់រងសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ដែលហៅថា "ការធានារ៉ាប់រងចាំបាច់កម្រិតអប្បបរមា"។ វាបំពេញទៅតាមលក្ខខណ្ឌគម្រូរនៃការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គលម្នាក់ៗនៅក្រោមច្បាប់ការការពារអ្នកជំងឺ និងច្បាប់ថែទាំដែលមានតម្លៃសមរម្យ (ACA)។ សូមចូលមើលគេហទំព័ររបស់អង្គភាពសេវាកម្មចំណូលផ្ទៃក្នុង (IRS) តាមអាសយដ្ឋាន www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌគម្រូរនៃការទទួលខុសត្រូវរួមរបស់បុគ្គល។
- នៅពេលដែល សេចក្តីជូនដំណឹងប្រចាំឆ្នាំស្តីពីការផ្លាស់ប្តូរនេះនិយាយថា “យើង” “យើងខ្ញុំ” “របស់យើង” ឬ “គម្រោងរបស់យើង” វាមានន័យថា គម្រោង Medicare Medi-Cal Plan។

B2. រឿងសំខាន់ដែលត្រូវធ្វើ

- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងការចំណាយលើរបស់យើង ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយដែលប៉ះពាល់ដល់សេវាកម្មដែលអ្នកប្រើដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ ដើម្បីប្រាកដថាពួកវានឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។
 - សូមមើលផ្នែក E1 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងការផ្លាស់ប្តូរថ្លៃចំណាយសម្រាប់គម្រោងរបស់យើង។
- ពិនិត្យមើលថា តើមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះការធានារ៉ាប់រងលើឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់យើងដែលអាចប៉ះពាល់ដល់អ្នកដែរឬទេ?
 - តើឱសថរបស់អ្នកនឹងមានការធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? តើអ្នកអាចប្រើឱសថស្ថានដូចគ្នាបានដែរឬទេ?
 - ពិនិត្យមើលការផ្លាស់ប្តូរ ដើម្បីប្រាកដថាការធានារ៉ាប់រងឱសថរបស់យើងនឹងដំណើរការសម្រាប់អ្នកនៅឆ្នាំក្រោយ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA 10



សូមមើលផ្នែក E2 សម្រាប់ព័ត៌មានអំពីការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការធានារ៉ាប់រង ឱសថរបស់យើង។

- ពិនិត្យមើលថា តើអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាព និងឱសថស្ថានរបស់អ្នកនឹងស្ថិត នៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងនៅឆ្នាំក្រោយឬទេ?
 - តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក មានរាប់បញ្ចូលត្រូវពេទ្យជំនាញរបស់អ្នកនៅ ក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ? ហើយឱសថស្ថានរបស់អ្នកយ៉ាងម៉េចដែរ? ហើយចុះ មន្ទីរពេទ្យ ឬអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពដែលអ្នកប្រើយ៉ាងម៉េចដែរ?
 - សូមមើល ផ្នែក D សម្រាប់ព័ត៌មានអំពី បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថានរបស់ យើង។
- គិតអំពីថ្លៃចំណាយសរុបនៅក្នុងគម្រោងនោះ។
 - តើអ្នកនឹងចំណាយថ្លៃចេញពីហោប៉ៅប៉ុន្មានសម្រាប់សេវាកម្ម និងឱសថតាមវេជ្ជ បញ្ជាដែលអ្នកប្រើជាប្រចាំនោះ?
 - តើថ្លៃចំណាយសរុបប្រៀបធៀបទៅនឹងជម្រើសធានារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតយ៉ាងដូចម្តេច?
- គិតអំពីថា តើអ្នកពេញចិត្តជាមួយគម្រោងរបស់យើងឬទេ។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តនៅជាមួយគម្រោង Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)៖

ប្រសិនបើអ្នកចង់បន្តនៅជាមួយយើងនៅឆ្នាំ ក្រោយ វាងាយស្រួលទេ គឺថាអ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វី ទាំងអស់។ ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្វើការផ្លាស់ប្តូរទេ នោះ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅ ក្នុងគម្រោង Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)។

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តផ្លាស់ប្តូរគម្រោង៖

ប្រសិនបើអ្នកសម្រេចចិត្តថាការធានារ៉ាប់រងផ្សេង ទៀតនឹងបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នកបានល្អ ប្រសើរជាងមុន អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរគម្រោង (សូម មើលផ្នែក G2 សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម)។ ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មី ឬផ្លាស់ប្តូរ ទៅគម្រោង Original Medicare ការធានារ៉ាប់រង ថ្មីរបស់អ្នកនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែ បន្ទាប់។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ

1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 11



C. ការផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើង

នៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2024 ឈ្មោះគម្រោងរបស់យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរពី Wellcare Dual Align 001 (HMO D-SNP) ទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)។

Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) នឹងផ្ញើជូនអ្នកនូវកាតសម្គាល់សមាជិកថ្មីតាមប្រៃសណីយ៍។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសំបុត្របន្ថែមជាមួយនឹងឈ្មោះគម្រោងថ្មីផងដែរ។

D. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំក្នុងបណ្តាញ និងឱសថស្ថានរបស់យើង

បណ្តាញ អ្នកផ្តល់សេវា និង ឱសថស្ថាន របស់យើងបានផ្លាស់ប្តូរសម្រាប់ឆ្នាំ 2024។

សូម ពិនិត្យបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន ឆ្នាំ 2024 ឡើងវិញ ដើម្បីស្វែងយល់ថា តើអ្នកផ្តល់សេវា ឬឱសថស្ថានរបស់អ្នកស្ថិតនៅក្នុងបណ្តាញរបស់យើងដែរឬទេ។ **បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន** ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.wellcare.com/healthnetCA ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានសេវាប្រើសមាជិកតាមលេខទំនាក់ទំនងនៅផ្នែកខាងក្រោមនៃទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើបញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន។

វាជារឿងសំខាន់ដែលអ្នកដឹងថាយើងក៏អាចធ្វើការផ្លាស់ប្តូរបណ្តាញរបស់យើងក្នុងអំឡុងឆ្នាំផងដែរ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង អ្នកមានសិទ្ធិ និងការការពារជាកំណាក់។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើល **ជំពូក 3 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក**។

E. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់ឆ្នាំក្រោយ

E1. ការផ្លាស់ប្តូរចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយ សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ

យើងនឹងផ្លាស់ប្តូរការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រជាកំណាក់ និងអ្វីដែលអ្នកបង់ថ្លៃសម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងនោះ នៅឆ្នាំក្រោយ។ តារាងខាងក្រោមពិពណ៌នាអំពីការផ្លាស់ប្តូរទាំងនេះ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 12



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
សេវាកម្មចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រ - ការចាក់ម្ជុលវិទ្យាសាស្ត្រជាប្រចាំ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការពិនិត្យរាងកាយជាប្រចាំរៀងរាល់ឆ្នាំ	ការពិនិត្យរាងកាយតាមធម្មតាប្រចាំឆ្នាំគឺ មិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ។	អ្នកបង់ \$0 សម្រាប់ការពិនិត្យរាងកាយតាមធម្មតាប្រចាំឆ្នាំ។
មជ្ឈមណ្ឌលវះកាត់ចល័ត	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថតពោះវៀនជំងឺដោយប្រើថ្នាំ Barium - (ធានារ៉ាប់រងដោយ- Medicare)	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាស្តារនីតិសម្បទាបេះដូង - កម្រិតខ្ពស់	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការព្យាបាលឆ្អឹងខ្នង	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ដំណើរការនិងការធ្វើតេស្តធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាវិទ្យាសាស្ត្រសម្រាប់ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាលាងឈាម	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 13



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការពិនិត្យពោះវៀនដោយប្រព័ន្ធខ្ចីជីវ - (រ៉ាប់រងដោយ Medicare)	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការពិនិត្យជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
បណ្ណាអាហារសុខភាព Medicare បានយល់ព្រមឱ្យ Wellcare ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ទាំងនេះជាផ្នែកនៃកម្មវិធីរចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃលើ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អកម្រោង Medicare Advantage ។	អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភចំនួន \$50 ជា រៀងរាល់ខែ ដើម្បីចំណាយលើផលិតផលគ្រឿងទេសដែលមានសិទ្ធិទទួលបាននៅហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចបន្តមាននៅខែបន្ទាប់បានទេ។	កាត ជម្រើសអាហារសុខភាព ឥឡូវនេះត្រូវបានរ៉ាប់រងនៅក្រោម Wellcare Spendables™។ សូមមើលផ្នែក Wellcare Spendables™ នៅក្នុងតារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
សេវាកម្មសម្រាប់ការស្តាប់ – ការពិនិត្យត្រចៀកកាមធម្មតាបន្ថែមនិងការវាយតម្លៃ/បំពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំដោយទីភ្នាក់ងារសុខភាពតាមផ្ទះ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំអ្នកជំងឺក្នុងមន្ទីរពេទ្យ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាអ្នកជំងឺស្នាក់ព្យាបាលក្នុងមន្ទីរពេទ្យវិកលចរិត	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 14



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការអប់រំអំពីជំងឺគ្រុនឆ្អែក	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាមន្ទីរពិសោធន៍	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
អាហារ - រ៉ាំរ៉ៃ (មានដែនកំណត់ និងការមិនរាប់បញ្ចូលត្រូវអនុវត្ត)	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់អាហារូបត្ថម្ភ។ មានអាហារយ៉ាងច្រើនបំផុត 3 ពេលក្នុងមួយថ្ងៃរហូតដល់ 28 ថ្ងៃសម្រាប់អាហារយ៉ាងច្រើនបំផុត 84 ពេលក្នុងមួយខែ។ អត្ថប្រយោជន៍អាចទទួលបានរហូតដល់ 3 ខែ។ ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	អាហារូបត្ថម្ភមិនត្រូវបានធានារ៉ាប់រងទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 15



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
មធ្យោបាយធ្វើដំណើរផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមិនមែនជាភាពអាសន្ន (ទៅ/មកពីទីតាំងដែលទាក់ទងនឹងសុខភាព ដែលត្រូវបានអនុម័តដោយគម្រោង)	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការធ្វើដំណើរ 48 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ ការធ្វើដំណើរមួយលើកត្រូវបានចាត់ទុកថាជាការដឹកជញ្ជូនមួយដើម ដោយគាត់ស៊ី សេវាជីវថយន្ត រួមគ្នា ឬឡានក្រុងទៅកាន់ទីតាំង ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលមានការអនុញ្ញាតពីគម្រោង។ ការធ្វើដំណើរត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 75 ម៉ាយក្នុងមួយដើម។ អ្នកត្រូវតែទូរសព្ទទៅកក់មុន 72 ម៉ោងដើម្បីកំណត់ពេលធ្វើដំណើរ។ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងរ៉ាប់រងដល់អ្នក នៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោង Medicare អស់ទៅ។	អ្នកបង់ ប្រាក់រួមចំនួន \$0 សម្រាប់ការធ្វើដំណើរ 24 ដងក្នុងមួយឆ្នាំ។ ការធ្វើដំណើរត្រូវបានកំណត់ត្រឹមការធ្វើដំណើរមួយដើមចំនួន 4 ដងក្នុងមួយថ្ងៃតាមគាត់ស៊ី សេវាជីវ យានជនិះរួមគ្នា ឬឡានក្រុងទៅកាន់ទីតាំង ដែលទាក់ទងនឹងសុខភាពដែលគម្រោងបានអនុញ្ញាត។ ការធ្វើដំណើរត្រូវបានកំណត់ត្រឹម 75 ម៉ាយក្នុងមួយដើម លុះត្រាតែមានការយល់ព្រមពីគម្រោងជាមុន។ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal របស់អ្នកនឹងរ៉ាប់រងដល់អ្នក នៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍ដែលផ្តល់ដោយគម្រោង Medicare អស់ទៅ។
ការព្យាបាលដោយសកម្មភាពការងារ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាព្យាបាលសារធាតុញ្ញេន	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាផ្តល់ឈាមសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 16



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការអង្កេតអ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល	អាចនឹងកម្រឱ្យមានការអនុញ្ញាតជាមុន។ ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការអនុញ្ញាតជាមុនមិនត្រូវបានទាមទារទេ។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការរកកាត់នៅមន្ទីរពេទ្យសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដល់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល - សេវា-មិនមែនសម្រាប់ជំងឺផ្លូវចិត្ត	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំសុខភាពផ្លូវចិត្តដល់អ្នកជំងឺដែលមិនស្នាក់ព្យាបាល - សេវាសម្រាប់ជំងឺផ្លូវចិត្ត	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅសម្រាប់ការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាថតកាំរស្មីអ៊ីចសម្រាប់អ្នកជំងឺមិនស្នាក់ព្យាបាល	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 17



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0 ។ អ្នកទទួលបាន អត្ថប្រយោជន៍ចំនួន \$260 រៀងរាល់ត្រីមា សដើម្បីចំណាយលើទំនិញ គ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) ដែលអាចទទួលបានតាម រយៈការបញ្ជាទិញតាម ប្រៃសណីយ៍ ឬអ្នកលក់រាយ ដែលចូលរួម។ អត្ថប្រយោជន៍នេះនឹង មិនបន្តទៅពេលក្រោយ នោះទេ។	ឥឡូវនេះ ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជាត្រូវ បានធានារ៉ាប់រងក្រោម Wellcare Spendables™។ សូមមើលផ្នែក Wellcare Spendables™ នៅក្នុងតារាង នេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។
សេវាការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យដោយ ផ្នែក	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវ បានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាព្យាបាលដោយចលនា និង រោគសាស្ត្រផ្នែកភាសានិយាយ	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវ បានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាព្យាបាលសុខភាពជើង	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវ បានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាស្តារនីតិសម្បទាស្នាក់	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវ បានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំក្នុងមណ្ឌលថែទាំជំនាញ (SNF)	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវ បានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ
1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន
ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា
អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ
គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 18



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការជួបពិនិត្យនៅការិយាល័យអ្នក ឯកទេស	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
អត្ថប្រយោជន៍បន្ថែមពី សេសសម្រាប់ជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (SSBCI) - ជំនួយចំពោះ សេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាម អត្ថប្រយោជន៍ដែលបានរៀបរាប់ មកនេះអាចជាផ្នែកមួយនៃអត្ថ ប្រយោជន៍បន្ថែមពីសេសសម្រាប់ អ្នកជំងឺដែលឈឺរ៉ាំរ៉ៃ។ មិនមែន សមាជិកទាំងអស់នឹងមានលក្ខ ណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់នោះទេ។ អ្នកត្រូវតែបំពេញតាមគោល ការណ៍ណែនាំអំពីសិទ្ធិដែលអាច ទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍នៃ គម្រោងខាងក្រោម។	ជំនួយផ្នែកសេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាម៖ អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0។ ប្រសិនបើអា ចទទួលបាន គម្រោង នេះផ្តល់ជូនបណ្ណាគណនូ Visa ដោយបង់ប្រា ក់ជាមុនដែលមានដែន កំណត់ \$75 ក្នុងមួយខែ ដើម្បីជួយធានារ៉ាប់រងថ្លៃ ប្រើប្រាស់សម្រាប់ផ្ទះរបស់អ្ន ក។ ប្រាក់អត្ថប្រ យោជន៍ជាជំនួយផ្នែកសេវា ទឹក ភ្លើង និងសំរាម ដែល មិនបានប្រើនឹងផុតកំណត់ នៅចុងខែនី មួយៗ។ សេវាប្រើប្រាស់ដែល ត្រូវបានយល់ព្រមសម្រាប់ អត្ថប្រយោជន៍នេះរួមមាន៖ -អគ្គិសនី ហ្គាស អនាម័យ និងទឹកស្អាត -សេវាទូរសព្ទតាមអ៊ិន ធឺណិត -សេវាទូរទស្សន៍ខ្សែកាប -ការចំណាយលើប្រេងឥន្ធនៈ ជាក់លាក់ អត្ថប្រយោជន៍តម្រូវឱ្យ សមាជិកបំពេញតាម លក្ខខណ្ឌនៃសិទ្ធិទទួលបាន និងគោលការណ៍ណែនាំអំពី ការចូលរួម។	សេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាមគឺ មិន ត្រូវបាន ធានារ៉ាប់រងនៅក្រោម SSBCI នោះទេ។ ដោយសារតែគម្រោង របស់យើងចូលរួមក្នុងកម្មវិធីរចនាការ ធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើកម្តៅ (VBID) ជំនួយ ផ្នែកសេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាមឥឡូវនេះ ត្រូវបានរ៉ាប់រងក្រោម Wellcare Spendables™។ សូមមើល ផ្នែក Wellcare Spendables™ នៅក្នុង តារាងនេះសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម។ អត្ថប្រយោជន៍មិនតម្រូវឱ្យសមាជិក បំពេញតាមលក្ខខណ្ឌនៃសិទ្ធិទទួលបាន និងគោលការណ៍ណែនាំអំពីការចូលរួម នោះទេ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ
1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបាន
ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា
អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ
គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 19



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការព្យាបាលលំហាត់ប្រាណដែលមានការគ្រប់គ្រង (SET)	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
សេវាព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំភ្នែក - (ការពិនិត្យភ្នែកតាមធម្មតា)	ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
ការថែទាំភ្នែក - (វ៉ែនតាធម្មតា)	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរហូតដល់ \$400 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់កែវពាក់លើគ្រាប់ភ្នែក កញ្ចក់វ៉ែនតា កញ្ចក់ឡេនស៍ និង/ឬស៊ីមគ្គានដែនកំណត់។ ការបញ្ជូនបន្តអាចត្រូវបានទាមទារ។	ប្រាក់ឧបត្ថម្ភរហូតដល់ \$300 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់កែវពាក់លើគ្រាប់ភ្នែក កញ្ចក់វ៉ែនតា កញ្ចក់ឡេនស៍ និង/ឬស៊ីមគ្គានដែនកំណត់។ ការបញ្ជូនបន្តមិនត្រូវបានទាមទារទេ។
Wellcare Spendables™ (ផ្នែកនេះបន្តនៅទំព័របន្ទាប់)	កាត Wellcare Spendables™ គឺមិនត្រូវបានរ៉ាប់រងនោះទេ។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$0។ អ្នកទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែ \$75 ដែលត្រូវប្រើប្រាស់ទៅលើអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយដែលបានពិពណ៌នាខាងក្រោម។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនឹងត្រូវបានបញ្ចូលដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅក្នុងកាត Wellcare Spendables™ របស់អ្នកនៅដើមខែនីមួយៗ។ ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមិនបានប្រើណាមួយនឹងត្រូវបញ្ចូលទៅក្នុងខែបន្ទាប់ ហើយនឹងផុតកំណត់នៅចុងឆ្នាំនីមួយៗ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 20



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
Wellcare Spendables™ (ផ្នែកនេះបន្តនៅទំព័រឆ្នាប់)		អ្នកអាចប្រើចំនួនទឹកប្រាក់នៅលើកាតនេះសម្រាប់អ្វីមួយដូចខាងក្រោមនេះ៖ តាមដែលអ្នកមើលឃើញថាសមស្របបំផុតសម្រាប់តម្រូវការរបស់អ្នកប្រសិនបើវាមិនលើសសមតុល្យអតិបរមានៅលើកាតនេះនោះ។ ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជា (OTC) អ្នកអាចប្រើកាត Wellcare Spendables™ របស់អ្នកសម្រាប់ទំនិញគ្មានវេជ្ជបញ្ជាពិបាក ដែលគម្រោងអនុញ្ញាត។ អ្នកអាចប្រើកាតរបស់អ្នកនៅទីតាំងលក់រាយដែលចូលរួម តាមអ៊ិនធឺណិត ឬតាមរយៈកម្មវិធីទូរសព្ទសម្រាប់ការដឹកជញ្ជូនដល់ផ្ទះ។ Medicare បានយល់ព្រមឱ្យ Wellcare ផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍ខាងក្រោមនេះជាផ្នែកនៃកម្មវិធី រចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage ។ ដោយសារតែគម្រោងរបស់អ្នកចូលរួមក្នុងកម្មវិធី រចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ អ្នកក៏អាចប្រើប្រាក់ឧបត្ថម្ភ Wellcare Spendables របស់អ្នកចំពោះអត្ថប្រយោជន៍ណាមួយខាងក្រោមនេះ៖

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 21



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
Wellcare Spendables™ (ផ្នែកនេះបន្តនៅទំព័រឆ្នាំបន្ទាប់)		ប្រេងឥន្ធនៈ(ស្ថានីយប្រេងឥន្ធនៈ) អ្នកអាចប្រើកាត Wellcare Spendables™ របស់អ្នកដើម្បីទូទាត់ថ្លៃឥន្ធនៈដោយផ្ទាល់នៅស្ថានីយប្រេងឥន្ធនៈ។ កាតនេះមិនអាចប្រើដើម្បីទូទាត់ដោយផ្ទាល់នៅកន្លែងកិតលុយបាននោះទេ។ អ្នកអាចប្រើកាតរបស់អ្នកដើម្បីចាក់ប្រេងឥន្ធនៈរហូតដល់អស់ចំនួនប្រាក់ឧបត្ថម្ភដែលមាន។ អាហារសុខភាព អ្នកអាចប្រើកាត Wellcare Spendables™ របស់អ្នកដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់អាហារសុខភាព និងអាហារបំប៉នដែលគម្រោងអនុញ្ញាត និងផលិតផលនៅហាងលក់រាយដែលចូលរួម។ អាហារដែលបានរៀបចំអាចរកបានសម្រាប់ការបញ្ជាទិញតាមរយៈផ្នែកផលអនឡាញ។ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភនេះមិនអាចប្រើដើម្បីទិញផ្លូវជក់ ឬគ្រឿងស្រវឹងនោះទេ។ ទំនិញដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតរួមមាន៖ • សាច់ និងបសុបក្សី • ផ្លែឈើ និងបន្លែ • ភេសជ្ជៈបំប៉ន • និងច្រើនទៀត

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 22



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
Wellcare Spendables™		ជំនួយផ្នែកសេវាទឹក ភ្លើង និងសំរាម អ្នកអាចប្រើកាត Wellcare Spendables™ របស់អ្នក ដើម្បីជួយបង់ប្រាក់សម្រាប់ថ្លៃទឹក ភ្លើង សំរាម ដែលគម្រោងអនុញ្ញាត សម្រាប់ផ្ទះរបស់អ្នកដោយរួមមាន៖ -សេវាអគ្គិសនី ហ្គាស អនាម័យ/សំរាម និងទឹកស្អាត -ទូរសព្ទលើតុ និងទូរសព្ទដៃ -សេវាអ៊ីនធឺណិត -ទូរស័ព្ទខ្សែកាប (មិនរាប់បញ្ចូលសេវាវីដេអូស្ត្រីមនោះទេ) -ការចំណាយលើប្រេងឥន្ធនៈជាក់លាក់មួយចំនួន ដូចជាប្រេងសម្រាប់កំដៅក្នុងផ្ទះ ជំនួយដល់ថ្លៃជួល អ្នកអាចប្រើកាត Wellcare Spendables™ របស់អ្នកដើម្បីជួយក្នុងការចំណាយថ្លៃជួលផ្ទះរបស់អ្នក។
ការធានារ៉ាប់រងលើភាពអាសន្នជាសកល	អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$95 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ភាពអាសន្ន និងសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$100 សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ភាពអាសន្ន និងសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 23



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការធានារ៉ាប់រងលើការថែទាំបន្ទាន់ទូទាំងពិភពលោក	អ្នកត្រូវបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$95 សម្រាប់សេវាដែលបានរ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ភាពអាសន្ន និងសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។	អ្នកបង់ប្រាក់រួមចំនួន \$100 សម្រាប់សេវាដែលបានធានារ៉ាប់រងនីមួយៗ។ អ្នកត្រូវបានរ៉ាប់រងរហូតដល់ \$50,000 ជារៀងរាល់ឆ្នាំសម្រាប់ភាពអាសន្ន និងសេវាកម្មដែលត្រូវការជាបន្ទាន់នៅខាងក្រៅពីសហរដ្ឋអាមេរិក។

E2. ការផ្លាស់ប្តូរទៅឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង

ផ្លាស់ប្តូរទៅកាន់ឱសថនៅក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង

ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព មាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើងនៅ www.wellcare.com/healthnetCA។ អ្នកក៏អាចហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រសម្រាប់ព័ត៌មានឱសថដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាព ឬសុំឱ្យយើងផ្ញើឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រងឱ្យអ្នក។

ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ឬហៅម្យ៉ាងទៀតថា "បញ្ជីឱសថ"។

យើងបានធ្វើការផ្លាស់ប្តូរក្នុងបញ្ជីឱសថរបស់យើង ដែលអាចរួមបញ្ចូលការដកចេញ ឬបន្ថែមឱសថ ការផ្លាស់ប្តូរការវិភាគ ដែលអនុវត្តចំពោះការធានារ៉ាប់រងរបស់យើងចំពោះឱសថមួយចំនួន ឬ

ពិនិត្យមើលបញ្ជីឱសថ ដើម្បីប្រាកដថាឱសថរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅឆ្នាំក្រោយ និងដើម្បីរកមើលថាតើមានការវិភាគណាមួយដែរឬទេ។

បើសិនជាអ្នកទទួលបានរងប៉ះពាល់ដោយសារការផ្លាស់ប្តូរឱសថដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង យើងលើកទឹកចិត្តឱ្យលោកអ្នក៖

- សហការជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក (ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាផ្សេង) ដើម្បីស្វែងរកឱសថផ្សេងដែលមានការធានារ៉ាប់រងពីយើង។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 24



- អ្នកអាចទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខទូរសព្ទនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីសួររកឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង ដែលអាចព្យាបាលនៅក្នុងស្ថានភាពដូចគ្នាបាន។
- បញ្ជីនេះ អាចជួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំលោកអ្នកក្នុងការស្វែងរកឱសថធានារ៉ាប់រងដែលសមស្របសម្រាប់លោកអ្នក។
- សុំឱ្យយើងខ្ញុំធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន។
 - នៅក្នុងស្ថានភាពខ្លះ យើងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ននៅក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃដំបូងនៃឆ្នាំប្រតិទិន។
 - ការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ននេះគឺសម្រាប់ឱសថរហូតដល់ 30 ថ្ងៃនៅឱសថស្ថានលក់រាយ និងនៅឱសថស្ថានថែទាំរយៈពេលវែង រហូតដល់ 31 ថ្ងៃ (ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីពេលដែលអ្នកអាចទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្ន និងរបៀបស្នើសុំមួយ សូមមើលជំពូកទី 5 នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក)។
 - នៅពេលអ្នកទទួលបានការផ្គត់ផ្គង់ឱសថបណ្តោះអាសន្ន សូមពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកអំពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើនៅពេលដែលការផ្គត់ផ្គង់បណ្តោះអាសន្នរបស់អ្នកត្រូវបានអស់។ អ្នកអាចប្តូរទៅឱសថផ្សេងទៀតដែលគម្រោងរបស់យើងបានធានារ៉ាប់រង ឬសុំឱ្យយើងធ្វើការលើកលែងសម្រាប់អ្នក និងធានារ៉ាប់រងនូវឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកវិញ។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2024 ឬហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។
 - ប្រសិនបើអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងលើសពី 90 ថ្ងៃ និងរស់នៅក្នុងមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង យើងនឹងរ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថជូនអ្នករយៈពេល 31 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសរសេរចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ។ នេះគឺបន្ថែមពីលើការផ្គត់ផ្គង់សម្រាប់ការផ្លាស់ប្តូរការថែទាំរយៈពេលវែង។
 - ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ពីមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង ឬពីមន្ទីរពេទ្យទៅផ្ទះ យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់ឱសថរយៈពេល 30 ថ្ងៃ ឬតិចជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសរសេរចំនួនថ្ងៃតិចជាងនេះ (ក្នុងករណីដូច្នេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យបើកឱសថច្រើនលើកជូនអ្នករហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថចំនួន 30 ថ្ងៃ)។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA 25



- ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់ពីផ្ទះឬពីការស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យទៅមណ្ឌលថែទាំរយៈពេលវែង យើងនឹងធានារ៉ាប់រងលើការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេល 31 ថ្ងៃឬក៏ច្រើនជាងនេះ ប្រសិនបើវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសរសេរចំនួនថ្ងៃកំណត់នេះ (ក្នុងករណីដូច្នេះ យើងនឹងអនុញ្ញាតឱ្យបើកឱសថច្រើនលើកជូនអ្នករហូតដល់ការផ្គត់ផ្គង់ឱសថចំនួន 31 ថ្ងៃ)។ អ្នកត្រូវតែបំពេញឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ។
- បញ្ជីលើកលែងឱសថមួយចំនួននឹងត្រូវធានារ៉ាប់រងឆ្នាំក្រោយ។ យោងទៅតាមលិខិតយល់ព្រមដែលអ្នកបានទទួល។ លិខិតយល់ព្រមរួមមានព័ត៌មានអំពីដែនកំណត់នៃការយល់ព្រមលើឱសថដែលជាក់លាក់របស់អ្នក និងកាលបរិច្ឆេទដែលការធានារ៉ាប់រងរបស់ឱសថនឹងត្រូវបញ្ចប់។ ប្រសិនបើយើងសម្រេចចិត្តមិនបន្តការយល់ព្រមរបស់អ្នកទេ យើងនឹងផ្ញើលិខិតថ្មីឱ្យអ្នកយ៉ាងហោចណាស់ 60 ថ្ងៃមុនពេលដាច់ឆ្នាំ។ សំបុត្រនេះនឹងរួមបញ្ចូលឱសថនៅពេលជាក់លាក់ លើកលែងតែការយល់ព្រមនឹងត្រូវបញ្ចប់ និងរបៀបស្នើសុំការលើកលែង។ ដើម្បីស្វែងយល់អំពីអ្វីដែលអ្នកត្រូវធ្វើដើម្បីស្នើសុំការលើកលែង សូមមើលជំពូកទី 9 ផ្នែក F នៃសៀវភៅណែនាំសមាជិកឆ្នាំ 2024 ឬហៅទូរសព្ទមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។

ផ្លាស់ប្តូរទៅថ្លៃចំណាយឱសថដែលមានវេជ្ជបញ្ជា

ពុំមានការផ្លាស់ប្តូរណាមួយចំពោះចំនួនទឹកប្រាក់ដែលអ្នកបង់សម្រាប់ឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជានៅក្នុងឆ្នាំ 2024 នោះទេ។ សូមអានផ្នែកខាងក្រោមសម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមស្តីពីការធានារ៉ាប់រងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក។

តារាងខាងក្រោមបង្ហាញពីការចំណាយរបស់អ្នកសម្រាប់ឱសថ Part D ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 26



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ឱសថ Part D ដែលបានធានារ៉ាប់រងទាំងអស់ តម្លៃសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែនៃឱសថដែល Part D ធានារ៉ាប់រង ដែលត្រូវបានបំពេញនៅឱសថស្ថានក្នុងបណ្តាញ Medicare បានយល់ព្រមឱ្យ Health Net Community Solutions, Inc. ផ្តល់ការបង់ថ្លៃរួម/ការធានារ៉ាប់រងរួម ដែលមានតម្លៃទាប ជាផ្នែកនៃកម្មវិធី រចនាការធានារ៉ាប់រងផ្នែកលើតម្លៃ។ កម្មវិធីនេះអនុញ្ញាតឱ្យ Medicare សាកល្បងវិធីថ្មីដើម្បីកែលម្អគម្រោង Medicare Advantage ។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។	ការបង់ប្រាក់រួមរបស់អ្នកសម្រាប់ការផ្គត់ផ្គង់រយៈពេលមួយខែ (30 ថ្ងៃ) គឺ \$0 ក្នុងមួយវេជ្ជបញ្ជា។

F. ការផ្លាស់ប្តូររដ្ឋបាល

	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
គម្រោងរបស់អ្នកកំពុងផ្លាស់ប្តូរ	អ្នកគឺជាសមាជិករបស់ H0562-129, Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)។	អ្នកគឺជាសមាជិករបស់ H3561-008, Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) និង <u>Health Net សម្រាប់គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នក។</u>

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 27



	ឆ្នាំ 2023 (ឆ្នាំនេះ)	ឆ្នាំ 2024 (ឆ្នាំក្រោយ)
ការផ្លាស់ប្តូរអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន (PBM) Health Net Community Solutions, Inc. ចាប់ផ្តើមជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថាន (PBM) ដើម្បីគ្រប់គ្រងអត្ថប្រយោជន៍ឱសថស្ថានរបស់យើង។ ដៃគូ PBM របស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំគម្រោង 2024 កំពុងផ្លាស់ប្តូរទៅ Express Scripts®។ អ្នកនឹងទទួលបានកាតសម្គាល់ Health Net Community Solutions, Inc. ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពមួយ។ សូមចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់កាតសម្គាល់ ដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរបស់អ្នកនៅថ្ងៃទី 1/1/24។ ដើម្បីធានាថាឱសថស្ថានរបស់អ្នកមានព័ត៌មានចុងក្រោយបំផុតរបស់អ្នក សូមបង្ហាញកាតសម្គាល់ Health Net Community Solutions, Inc. ថ្មីរបស់អ្នក នៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជាជាលើកដំបូងនៅថ្ងៃ ឬក្រោយថ្ងៃទី 1/1/24។ ប្រសិនបើអ្នកមិនមានកាតសម្គាល់ថ្មីរបស់អ្នកនៅជាប់ខ្លួន នៅពេលអ្នកបើកឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមស្នើសុំឱ្យឱសថស្ថានហៅទូរសព្ទទៅគម្រោងដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់។ ប្រសិនបើឱសថស្ថានមិនអាចទទួលបានព័ត៌មានចាំបាច់ទេ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបង់ថ្លៃវេជ្ជបញ្ជាទាំងស្រុង នៅពេលអ្នកយកវាមកប្រើប្រាស់ ហើយបន្ទាប់មកដាក់ស្នើសុំសំណងមកវិញ។	CVS Caremark	Express Scripts®

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 28



G. ការជ្រើសរើសគម្រោងមួយ

G1. ស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង

យើងសង្ឃឹមថានឹងរក្សាអ្នកជាសមាជិកនៃគម្រោង។ អ្នកមិនចាំបាច់ធ្វើអ្វីដើម្បីនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងទេ។ ប្រសិនបើអ្នក មិន ផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Medicare មួយផ្សេងទៀត ឬផ្លាស់ប្តូរទៅគម្រោង Original Medicare ទេនោះ អ្នកនឹងបន្តចុះឈ្មោះជាសមាជិកនៃគម្រោងរបស់យើងសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 ដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

G2. ការផ្លាស់ប្តូរគម្រោង

មនុស្សភាគច្រើនដែលមាន Medicare អាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់ពួកគេក្នុងអំឡុងពេលជាក់លាក់នៃឆ្នាំ។ ដោយសារតែអ្នកមាន Medi-Cal អ្នកប្រហែលជាអាចបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង ឬប្តូរទៅគម្រោងផ្សេងបានម្តងក្នុងអំឡុងពេលនៃការចុះឈ្មោះពិសេសនីមួយៗដូចខាងក្រោម៖

- ខែមករាដល់ខែមីនា
- ខែមេសាដល់ខែមិថុនា
- ខែកក្កដាដល់ខែកញ្ញា

បន្ថែមពីលើរយៈពេលចុះឈ្មោះពិសេសទាំងបីនេះ អ្នកអាចបញ្ចប់ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងក្នុងអំឡុងពេលដូចខាងក្រោម៖

- **រយៈពេលចុះឈ្មោះប្រចាំឆ្នាំ** ដែលមានរយៈពេលពីថ្ងៃទី 15 ខែតុលា រហូតដល់ថ្ងៃទី 7 ខែធ្នូ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងនឹងបញ្ចប់នៅថ្ងៃទី 31 ខែធ្នូ ហើយភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃទី 1 ខែមករា។
- **រយៈពេលបើកការចុះឈ្មោះនៃ Medicare Advantage (MA)** ដែលមានរយៈពេលចាប់ពីថ្ងៃទី 1 ខែមករា ដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសគម្រោងថ្មីក្នុងអំឡុងពេលនេះ ភាពជាសមាជិករបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងថ្មីនឹងចាប់ផ្តើមនៅថ្ងៃដំបូងនៃខែបន្ទាប់។

វាអាចមានស្ថានភាពផ្សេងទៀតនៅពេលដែលអ្នកមានសិទ្ធិធ្វើការផ្លាស់ប្តូរចំពោះការចុះឈ្មោះរបស់អ្នក។ ឧទាហរណ៍ នៅពេល៖

- អ្នកបានផ្លាស់ទីចេញពីតំបន់សេវាកម្មរបស់យើង
- សិទ្ធិរបស់អ្នកសម្រាប់ Medi-Cal ឬ Extra Help បានផ្លាស់ប្តូរ ឬ

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 29



- ប្រសិនបើអ្នកទើបតែបានចូលមកស្នាក់នៅ ពេលនេះកំពុងទទួលការថែទាំ ឬទើបតែបានផ្លាស់ចេញពីមណ្ឌលថែទាំអ្នកជំងឺ ឬមន្ទីរពេទ្យថែទាំរយៈពេលវែង។

សេវា Medicare របស់អ្នក

លោកអ្នកមានជម្រើសបីយ៉ាង ដើម្បីទទួលបានសេវា Medicare របស់អ្នក។ ដោយការជ្រើសរើសយកជម្រើសមួយក្នុងជម្រើសទាំងនេះ នោះអ្នកនឹងបញ្ចប់សមាជិកភាពរបស់អ្នកក្នុងគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 30



1. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ គម្រោងសុខភាព Medicare ផ្សេងទៀត រួមទាំងគម្រោង Medicare Medi-Cal Plan មួយផ្សេងទៀត	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖ សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់សំណួរអំពីកម្មវិធីថែទាំសុខភាពគ្រប់មុខ សម្រាប់មនុស្សចាស់ (PACE) សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-921-PACE (7223)។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងថ្មីរបស់គម្រោង Medicare។ អ្នកត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិ នៅពេលដែលការធានារ៉ាប់រងថ្មីរបស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកអាចនឹងផ្លាស់ប្តូរ។
--	---

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 31



2. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដោយមាន គម្រោងឱសថ ត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែក	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖ សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ <i>សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរក</i> <i>ការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក</i> <i>សូមចូលមើលគេហទំព័រ</i> www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/។ ឬ ចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា Medicare ថ្មី។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោង របស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរ នោះទេ។
---	---

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ
1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបាន
ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា
អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ
គឺឥតគិតថ្លៃ។ **សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម** សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 32



3. អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរទៅ៖ Original Medicare ដោយគ្មានគម្រោងឱសថត្រូវការវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែកមួយ កំណត់ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកប្តូរទៅ Original Medicare ហើយមិនចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោងឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា Medicare ដាច់ដោយឡែកពីគ្នាទេនោះ Medicare អាចចុះឈ្មោះអ្នកក្នុងគម្រោងឱសថបាន លុះត្រាតែអ្នកប្រាប់ Medicare ថាអ្នកមិនចង់ចូលរួមជាមួយគម្រោងនោះទេ។ អ្នកគប្បីបញ្ឈប់ការធានារ៉ាប់រងលើឱសថតាមវេជ្ជបញ្ជា តែក្នុងករណីដែលអ្នកមានការធានារ៉ាប់រងឱសថពីប្រភពមួយទៀត ដូចជានិយោជក ឬសហជីពជាដើម។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរថាតើអ្នកត្រូវការការធានារ៉ាប់រងផ្នែកឱសថដែរឬទេ សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។	ខាងក្រោមនេះ គឺជាអ្វីដែលអ្នកត្រូវអនុវត្តតាម៖ សូមទូរសព្ទទៅ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ឬព័ត៌មានបន្ថែម៖ • សូមទូរសព្ទទៅកាន់កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP) នៃរដ្ឋ California តាមរយៈលេខ 1-800-434-0222 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 5:00 ល្ងាច។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បីស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ក្នុងតំបន់របស់អ្នក សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/។ អ្នកនឹងត្រូវបានលុបឈ្មោះចេញពីគម្រោងរបស់យើងដោយស្វ័យប្រវត្តិនៅពេលការរ៉ាប់រង Original Medicare របស់អ្នកចាប់ផ្តើម។ គម្រោង Medi-Cal របស់អ្នកនឹងមិនផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។
--	--

សេវា Medi-Cal របស់អ្នក

សម្រាប់សំណួរអំពីរបៀបជ្រើសរើសគម្រោង Medi-Cal ឬដើម្បីទទួលបានសេវាកម្ម Medi-Cal របស់អ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកចាកចេញពីគម្រោងរបស់យើង សូមទាក់ទង Health Care Options តាមលេខ

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណត់អាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 33



1-800-430-4263 ពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 6:00 ល្ងាច។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY ត្រូវទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-430-7077។ សាកសួរអំពីរបៀប ដែលការចូលរួមគម្រោងផ្សេងទៀត ឬការត្រលប់ទៅ Original Medicare វិញ ប៉ះពាល់ដល់របៀបដែលអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រង Medi-Cal របស់អ្នក។

H. ទទួលបានជំនួយ

H1. គម្រោងរបស់ពួកយើង

យើងនៅទីនេះដើម្បីជួយប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ។ សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ក្នុងអំឡុងពេលថ្ងៃ និងម៉ោងប្រតិបត្តិការដែលបានរាយក្នុងបញ្ជី។ ការហៅទូរសព្ទទាំងនេះគឺ-ឥតគិតថ្លៃ។

អាន សៀវភៅណែនាំសមាជិករបស់អ្នក

សៀវភៅណែនាំសមាជិក របស់អ្នកគឺជាការពិពណ៌នាលម្អិតស្របច្បាប់នៃអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់ពួកយើង។ វាមានព័ត៌មានលម្អិតអំពីអត្ថប្រយោជន៍ និងថ្លៃចំណាយសម្រាប់ឆ្នាំ 2024។ វាពន្យល់អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក និងបទបញ្ញត្តិផ្សេងៗដែលអ្នកត្រូវតែ អនុវត្តតាមដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មដែលត្រូវបានរ៉ាប់រង និងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជារបស់ពួកយើង។

សៀវភៅណែនាំសមាជិកសម្រាប់ឆ្នាំ 2024 នេះនឹងមានកិត្រឹមថ្ងៃទី 15 ខែតុលា។ ច្បាប់ចម្លង-ចុងក្រោយ-នៃ សៀវភៅណែនាំសមាជិក អាចរកបាននៅលើគេហទំព័ររបស់យើង

www.wellcare.com/healthnetCA។ អ្នកក៏អាចទទួលស្វាគមន៍ផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈ

លេខនៅខាងក្រោមទំព័រ ដើម្បីស្នើសុំយើងខ្ញុំឱ្យផ្ញើ សៀវភៅណែនាំសមាជិក សម្រាប់ឆ្នាំ 2024 ទៅកាន់អ្នក។

គេហទំព័ររបស់យើង

អ្នកអាចចូលមើលគេហទំព័ររបស់យើងតាមរយៈ www.wellcare.com/healthnetCA។ ជាការរំលឹក គេហទំព័ររបស់យើងមានព័ត៌មាន-ថ្មីចុងក្រោយ-បំផុតអំពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំរបស់យើង និងឱសថស្ថាននៅក្នុងបណ្តាញ (បញ្ជីឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា និងឱសថស្ថាន) និងបញ្ជីឱសថរបស់យើង (ឱសថដែលត្រូវបានធានារ៉ាប់រង)។

H2. កម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)

លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានសេវាកម្មវិធីជំនួយធានារ៉ាប់រងសុខភាពរដ្ឋ (SHIP) ផងដែរ។ នៅរដ្ឋ California SHIP ត្រូវបានហៅថាកម្មវិធីគាំទ្រ និងផ្តល់ប្រឹក្សាការធានារ៉ាប់រងសុខភាព (HICAP)។ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា HICAP អាចជួយឱ្យអ្នកយល់អំពីការជ្រើសរើសគម្រោងរបស់អ្នក និងឆ្លើយសំណួរផ្សេងៗអំពីការប្តូរគម្រោង។ HICAP មិនមានទាក់ទងនឹងយើង ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខ

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ

1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកគំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ

គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 34



ភាពណាមួយឡើយ។ HICAP មានអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ដែលបានបណ្តុះបណ្តាលនៅគ្រប់ខោនធី ហើយសេវា នេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ លេខទូរសព្ទរបស់ HICAP គឺ 1-800-434-0222។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬដើម្បី ស្វែងរកការិយាល័យ HICAP ប្រចាំតំបន់ក្នុងទីតាំងរបស់អ្នក សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. កម្មវិធីមន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈ

កម្មវិធី មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ Medicare Medi-Cal អាចជួយអ្នក ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហា ជាមួយគម្រោងរបស់យើង។ សេវារបស់ មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈគឺឥតគិតថ្លៃ និងមានគ្រប់ភាសា។ កម្មវិធី មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ Medicare Medi-Cal៖

- ដើរក្នុងការកាត់ការជំនួសអ្នក។ ពួកគេអាចឆ្លើយសំណួរប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហា ឬ បណ្តឹងតវ៉ាហើយអាចជួយលោកអ្នកឱ្យយល់ពីអ្វីដែលត្រូវធ្វើ។
- ត្រូវប្រាកដថាអ្នកមានសំណួរពាក់ព័ន្ធទៅនឹងសិទ្ធិ និងការការពាររបស់អ្នក និងរបៀប ដែលអ្នកអាចដោះស្រាយបញ្ហារបស់អ្នកបាន។
- មិនជាប់ពាក់ព័ន្ធទៅនឹងយើងខ្ញុំ ឬក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រង ឬគម្រោងសុខភាពណាមួយ ឡើយ។ លេខទូរសព្ទសម្រាប់កម្មវិធី មន្ត្រីបណ្តឹងសាធារណៈរបស់ Medicare Medi-Calគឺ 1-888-804-3536។

H4. Medicare

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានដោយផ្ទាល់ពី Medicare សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

គេហទំព័រ Medicare

អ្នកអាចចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov)។ ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសលុបឈ្មោះ ចេញពីគម្រោងរបស់យើង ហើយចុះឈ្មោះក្នុងគម្រោង Medicare វិញ នោះគេហទំព័ររបស់ Medicare មានព័ត៌មានអំពីថ្លៃចំណាយ ទំហំធានារ៉ាប់រង និងការវាយតម្លៃលើគុណភាព ដើម្បីជួយអ្នកប្រៀបធៀប គម្រោងនានា។

អ្នកអាចស្វែងរកព័ត៌មានអំពីគម្រោង Medicare ដែលមាននៅក្នុងតំបន់របស់អ្នកដោយប្រើ មុខងារ ស្វែងរកគម្រោង Medicare នៅលើគេហទំព័ររបស់ Medicare ។ (ដើម្បីបង្ហាញព័ត៌មានអំពីគម្រោង សូម ចូលទៅមើល www.medicare.gov ហើយចុចលើ “ស្វែងរកគម្រោង”)

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

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 35



Medicare និង អ្នកក្នុងឆ្នាំ 2024

អ្នកអាចអានកូនសៀវភៅណែនាំរបស់ **Medicare និង អ្នកក្នុងឆ្នាំ 2024** បាន។ ជារៀងរាល់ឆ្នាំក្នុងរដូវ ស្លឹកឈើជ្រុះ សៀវភៅនេះនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅកាន់អ្នកជាមួយ Medicare។ វាមានការសង្ខេបអំពីគម្រោង Medicare សិទ្ធិនិងការការពារ និងចម្លើយចំពោះសំណួរពេញនិយមអំពី Medicare។ កូនសៀវភៅណែនាំ នេះក៏មានជាភាសាអេស៉្បាញ ចិន និងវៀតណាមផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានច្បាប់ចម្លងនៃកូនសៀវភៅនេះទេនោះ អ្នកអាចទទួលបានវាតាមរយៈគេហទំព័រ Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) ឬដោយហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1--800--MEDICARE (1--800--633--4227) បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយ សប្តាហ៍។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។

H5. ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

ក្រសួងគ្រប់គ្រងការថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California (DMHC) ទទួលខុសត្រូវចំពោះការធ្វើនិយ័តកម្មគម្រោង ធានារ៉ាប់រងសេវាកម្មថែទាំសុខភាព។ មជ្ឈមណ្ឌលជំនួយរបស់ DMHC អាចជួយអ្នកចំពោះបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ និង ការប្តឹងតវ៉ានានាប្រឆាំងនឹងគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក អំពីសេវានៃកម្មវិធី Medi-Cal។ ប្រសិនបើអ្នកមាន បណ្តឹងសាទុក្ខអំពីគម្រោងថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ជាដំបូងអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅកាន់គម្រោងថែទាំសុខភាព របស់អ្នកសិនតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ហើយប្រើនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខនៃគម្រោងសុខ ភាពរបស់អ្នកមុននឹងទាក់ទងទៅក្រសួង។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលាដល់ថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណាងអាច មានពេលពិថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ នៅចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសា ដល់ថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណាងអាចមានពេលពិថ្ងៃច័ន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីប ណ្តឹង សាទុក្ខនេះមិនហាមឃាត់សិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកទេ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវ ការជំនួយសម្រាប់ការដាក់បណ្តឹងសាទុក្ខដែលពាក់ព័ន្ធនឹងភាពអាសន្ន បណ្តឹងសាទុក្ខដែលគម្រោងសុខភាព របស់អ្នកមិនបានដោះស្រាយជូនដោយពេញចិត្ត ឬបណ្តឹងសាទុក្ខដែលមិនទាន់បានដោះស្រាយក្នុងរយៈពេល លើសពី 30 ថ្ងៃនោះ អ្នកអាចទូរសព្ទទៅក្រសួងនេះដើម្បីស្នើសុំជំនួយបាន។ លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួ លបានការត្រួតពិនិត្យមើលឡើងវិញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយឯករាជ្យ (IMR) ផងដែរ។ សិនបើអ្នកមានសិទ្ធិសម្រាប់ IMR នីតិវិធី IMR នឹងផ្តល់ជូននូវការពិនិត្យគតល់អៀងនៃការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលបានបង្កើតដោយគម្រោងសុខភាពដែលទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់វេជ្ជសាស្ត្រនៃសេវា ឬការព្យាបាលដែល ត្រូវបានស្នើសុំ សេចក្តីសម្រេចលើការធានារ៉ាប់រងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលដែលមាន លក្ខណៈសាកល្បង ឬបែបតាមដាន ឬដោះស្រាយនៃការទូទាត់សម្រាប់សេវាសង្គ្រោះក្នុងភាពអាសន្ន ឬវេជ្ជសាស្ត្រ បន្ទាន់។ ក្រសួងនេះក៏មានលេខទូរសព្ទ-គតគិតថ្លៃ (1-888-466-2219) និងខ្សែទូរសព្ទ TDD (1877-688-9891) ផងដែរសម្រាប់អ្នកដែលមានពិការភាពក្នុងការស្តាប់ និងការនិយាយ។ គេហទំព័រតាមអ៊ីនធឺណិតរបស់ក្រសួង www.dmhc.ca.gov មានទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងគត ទម្រង់បែបបទពាក្យស្នើសុំ IMR និងសេចក្តីណែនាំ នៅលើអនឡាញ។



ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ សូមទូរសព្ទទៅ Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកកំណាងអាចរកបាន ពីថ្ងៃច័ន្ទ-ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកកំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃច័ន្ទ-ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺគតគិតថ្លៃ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.wellcare.com/healthnetCA។ 36

NA4WCMINS37464M_HNNM
Updated: 09/01/2023

- **តាមទូរសព្ទ៖** សូមទាក់ទងអ្នកសម្របសម្រួលសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Wellcare By Health Net តាមទូរសព្ទលេខ **1-866-458-2208**។ ចន្លោះម៉ោង 8 ព្រឹក និងម៉ោង 5 ល្ងាច ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ឬប្រសិនបើអ្នកមិនអាចស្តាប់ឮ ឬនិយាយបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅលេខ TTY 711។
- **ការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬសរសេរសំបុត្រ ហើយផ្ញើទៅ៖
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **ទៅជួបផ្ទាល់៖** ទៅកាន់ការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិតឬ Wellcare By Health Net របស់អ្នកហើយនិយាយថាអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា។
- **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** ចូលទៅកាន់គេហទំព័រ Wellcare By Health Net នៅអាសយដ្ឋាន wellcare.com/healthnetCA។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល – ក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California

អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងអំពីសិទ្ធិពលរដ្ឋជាមួយក្រសួងសេវាកម្មថែទាំសុខភាពនៃរដ្ឋ California តាមការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកផងដែរ៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-916-440-7370**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់ឮបានល្អ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ TTY 711 (**សេវាបញ្ជូនបន្តនៃទូរគមនាគមន៍**)។
- **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋាន៖
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
សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងអាចរកបាននៅ
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx។
- **តាមរយៈប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** សូមផ្ញើអ៊ីមែលទៅកាន់ CivilRights@dhcs.ca.gov។

ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិល - សហរដ្ឋអាមេរិក ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិ

ប្រសិនបើអ្នកជឿថាអ្នកត្រូវបានគេរើសអើងទៅលើពូជសាសន៍ ពណ៌សម្បុរ សញ្ជាតិដើម អាយុ ពិការភាព ឬភេទ អ្នកក៏អាចដាក់ពាក្យបណ្តឹងស្តីពីសិទ្ធិស៊ីវិលជាមួយ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ទៅការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋតាមរយៈទូរសព្ទ ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឬតាមរយៈប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖

- **តាមទូរសព្ទ៖** សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-368-1019**។ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចនិយាយ ឬស្តាប់ឮបានល្អ សូមទូរសព្ទទៅ
TTY/TDD **1-800-537-7697**។

- . **ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ៖** សូមបំពេញទម្រង់បែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា ឬផ្ញើលិខិតទៅកាន់អាសយដ្ឋាន៖

Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

សំណុំបែបបទពាក្យបណ្តឹងតវ៉ាអាចរកបាននៅ

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>^១

- . **តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក៖** សូមចូលទៅកាន់ផ្ទាំងបណ្តឹងរបស់ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈគេហទំព័រ

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>^១

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 ਅਪਾਹਜ਼ 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.