

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

اعلامیه تغییرات سالیانه برای سال 2024

در حال حاضر شما به عنوان عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ثبت نام کرده اید. سال آینده تغییراتی در هزینه ها و مزایای این طرح ایجاد خواهد شد. برای مشاهده «خلاصه هزینه های مهم» از جمله «حق بیمه» به صفحه 4 مراجعه کنید.

در این سند درباره تغییرات مهم در طرح اطلاعاتی ارائه خواهد شد. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد هزینه ها، مزایا یا قوانین، لطفاً «شواهد پوشش» را که در وب سایت ما به آدرس www.wellcare.com/healthnetCA قرار دارد، مرور کنید. همچنین می توانید با خدمات اعضاء تماس بگیرید و از ما بخواهید شواهد پوشش را برایتان پست کنیم.

حالا باید چه کاری انجام دهیم

- 1. سؤال کنید:** چه تغییراتی در مورد شما اعمال می شود
☐ تغییرات مزایا و هزینه های ما را بررسی کنید تا ببینید روی شما تأثیر می گذارند یا خیر.
 - تغییرات هزینه های مراقبت پزشکی (پزشک، بیمارستان) را بررسی کنید.
 - تغییرات پوشش دارویی ما، از جمله نیاز به دریافت تأییدیه و هزینه ها را بررسی کنید.
 - به این فکر کنید که چقدر برای حق بیمه، فرانشیز، و تسهیم هزینه پرداخت خواهید کرد.☐ تغییرات موجود در «فهرست دارو» در سال 2024 را بررسی کنید تا مطمئن شوید داروهایی که در حال حاضر مصرف می کنید هنوز تحت پوشش قرار دارند.
☐ بررسی کنید آیا پزشکان، متخصصان، بیمارستان ها و سایر ارائه دهندگان از جمله داروخانه ها در سال آینده در شبکه ما خواهند بود یا خیر.
☐ به اینکه آیا از طرح ما رضایت دارید یا نه، فکر کنید.
- 2. مقایسه کنید:** با سایر طرح های درمانی قابل انتخاب آشنا شوید
☐ پوشش و هزینه های برنامه ها را در منطقه خود بررسی کنید. از برنامه Medicare طرح یاب در وب سایت www.medicare.gov/plan-compare استفاده کنید یا فهرستی را که در پشت کتابچه راهنمای Medicare و شما در سال 2024 قرار دارد، مرور کنید.
☐ بعد از اینکه انتخاب خود را به یک طرح دلخواه محدود کردید، هزینه ها و پوشش خود را در وب سایت طرح تأیید کنید.
- 3. انتخاب کنید:** تصمیم بگیرید آیا می خواهید طرح خود را تغییر دهید یا خیر
 - اگر تا 7 دسامبر 2023 به برنامه ای دیگر ملحق نشوید، همچنان عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) خواهید بود.

- برای تغییر و جابه‌جایی به یک طرح دیگر می‌توانید از 15 اکتبر تا 7 دسامبر طرح خود را تغییر دهید. پوشش جدید شما از 1 ژانویه 2024 شروع می‌شود. با این کار عضویت شما در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) تمام می‌شود.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های موجود خود به بخش 4 در صفحه 15 مراجعه کنید.
- اگر اخیراً به مؤسسه‌ای (مانند مرکز پرستاران باتجربه یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت) نقل‌مکان کرده‌اید، یا اکنون در این مرکز زندگی می‌کنید یا به‌تازگی از این مرکز خارج شده‌اید، در هر زمان می‌توانید طرح‌هایتان را جابه‌جا کنید، یا به طرح Original Medicare جابه‌جا شوید (چه طرح داروی تجویزی جداگانه Medicare را داشته باشید یا خیر).

سایر منابع

- این سند به زبان‌های اسپانیایی، چینی، کره‌ای، ویتنامی، عربی و فارسی به‌صورت رایگان در دسترس است.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر از طریق شماره 1-800-431-9007 با خدمات اعضا تماس بگیرید. (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.) ساعت تماس: نمایندگان از 1 اکتبر تا 31 مارس روزهای دوشنبه تا یکشنبه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. این تماس رایگان است.
- ما باید اطلاعات را به گونه‌ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد (به زبان‌های غیر از انگلیسی، به زبان بریل، به صورت فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر فرمت‌های جایگزین، و غیره). اگر به اطلاعات طرح به فرمتی دیگر نیاز دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- پوشش در قالب این طرح یک پوشش سلامت واجد شرایط کننده (Qualifying Health Coverage, QHC) است و از الزامات مربوط به مسئولیت مشترک فردی تحت «قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون‌به‌صرفه» (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) تبعیت می‌کند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه کنید.

درباره Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

- Wellcare نام تجاری Medicare برای Centene Corporation، یک طرح HMO، PPO، PFFS، PDP با قرارداد Medicare است و یک حامی مالی تأیید شده Part D می‌باشد. طرح‌های D-SNP ما با برنامه ایالتی Medicaid قرارداد دارد. ثبت نام در برنامه‌های ما به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- هر زمان در این سند از عبارات‌های «ما»، «به ما»، یا «مال ما» استفاده می‌شود به معنی Health Net Community Solutions, Inc. است. وقتی عبارات‌های «طرح» یا «طرح ما» به کار برده می‌شود به Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) اشاره دارد.

H3561_009_H0562_121_2024_CA_ANOC_DSNP_126443L_F_M

اعلامیه تغییرات سالیانه برای سال 2024

فهرست مطالب

4.....	خلاصه هزینه‌های مهم برای سال 2024
5.....	بخش 1 تا زمانی که برنامه دیگری را انتخاب نکرده‌اید به‌طور خودکار در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) در سال 2024 ثبت‌نام خواهید شد.
5.....	بخش 2 تغییر در مزایا و هزینه‌ها برای سال بعد
5.....	بخش 2.1 - تغییر در حق بیمه ماهانه
5.....	بخش 2.2 - تغییر در حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده
6.....	بخش 2.3 - تغییرات در شبکه ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها
6.....	بخش 2.4 - تغییر در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی
13.....	بخش 2.5 - تغییر در پوشش داروهای تجویزی Part D
14.....	بخش 3 تغییرات اداری
15.....	بخش 4 تصمیم‌گیری در مورد انتخاب طرح
15.....	بخش 4.1 - اگر می‌خواهید همچنان عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) بمانید
15.....	بخش 4.2 - اگر می‌خواهید طرح‌ها را تغییر دهید
16.....	بخش 5 تغییر طرح‌ها
16.....	بخش 6 برنامه‌هایی که مشاوره رایگان در مورد Medicaid و Medicare ارائه می‌دهند
17.....	بخش 7 برنامه‌هایی که در پرداخت هزینه داروهای تجویزی کمک می‌کنند
17.....	بخش 8 سؤالی دارید؟
17.....	بخش 8.1 - دریافت کمک از Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)
18.....	بخش 8.2 - دریافت کمک و راهنمایی از Medicare
18.....	بخش 8.3 - دریافت کمک و راهنمایی از Medicaid

خلاصه هزینه‌های مهم برای سال 2024

در جدول زیر هزینه‌های سال 2023 و 2024 برای Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) در چند قسمت مهم با یکدیگر مقایسه شده است. لطفاً توجه داشته باشید این تنها خلاصه‌ای از هزینه‌ها است.

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
حق بیمه ماهیانه طرح*	\$0	\$0
* ممکن است حق بیمه شما بیشتر از این مقدار باشد. برای جزئیات به بخش 2.1 مراجعه کنید.		
ویزیت در مطب پزشک	ویزیت برای مراقبت‌های اولیه: \$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت ویزیت توسط پزشک متخصص: \$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	ویزیت برای مراقبت‌های اولیه: \$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت ویزیت توسط پزشک متخصص: \$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت
درمان بستری در بیمارستان	برای پذیرش تحت پوشش، به‌ازای هر پذیرش: \$0 برای هر بار بستری‌شدن تحت پوشش در بیمارستان.	برای پذیرش تحت پوشش، به‌ازای هر پذیرش: \$0 برای هر بار بستری‌شدن تحت پوشش در بیمارستان.
پوشش داروهای تجویزی Part D (برای جزئیات به بخش 2.5 مراجعه کنید.)	فرانشیز: \$0 پرداخت مشترک در مرحله پوشش اولیه: برای همه داروهای تحت پوشش Part D مبلغ \$0 پرداخت مشترک خواهید داشت. مرحله پوشش وضعیت بحرانی: در این مرحله پرداخت، این طرح هزینه کامل داروهای Part D تحت پوشش شما را پرداخت می‌کند. شما هیچ هزینه‌ای را پرداخت نمی‌کنید.	فرانشیز: \$0 پرداخت مشترک در مرحله پوشش اولیه: برای همه داروهای تحت پوشش Part D مبلغ \$0 پرداخت مشترک خواهید داشت. مرحله پوشش وضعیت بحرانی: در این مرحله پرداخت، این طرح هزینه کامل داروهای Part D تحت پوشش شما را پرداخت می‌کند. شما هیچ هزینه‌ای را پرداخت نمی‌کنید.
حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده	\$8,300	\$8,850
این مبلغ بیشترین مقداری است که برای خدمات تحت پوشش Part A و Part B شخصاً خودتان پرداخت خواهید کرد. (برای جزئیات به فصل 2.2 مراجعه کنید.)	شما در قبال پرداخت هزینه‌های سهم بیمه‌شده نسبت به حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده برای خدمات تحت پوشش Part A و Part B مسئولیتی نخواهید داشت.	شما در قبال پرداخت هزینه‌های سهم بیمه‌شده نسبت به حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده برای خدمات تحت پوشش Part A و Part B مسئولیتی نخواهید داشت.

بخش 1 تا زمانی که برنامه دیگری را انتخاب نکرده‌اید به‌طور خودکار در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ثبت‌نام خواهید شد

در 1 ژانویه 2024، شرکت Health Net Community Solutions, Inc. شرکت Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) را با Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) که یکی از طرح‌های ما است ادغام خواهد کرد. در این دفترچه درباره تفاوت بین مزایای فعلی شما در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) و مزایایی که در 1 ژانویه 2024 به‌عنوان عضو Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد توضیح داده می‌شود.

اگر در سال 2023 هیچ کاری انجام ندهید، ما به‌طور خودکار شما را در Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ثبت خواهیم کرد. به این معنی که از 1 ژانویه 2024 پوشش داروی تجویزی و پزشکی را از طریق Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) دریافت خواهید کرد. اگر می‌خواهید برنامه‌ها را تغییر دهید یا به طرح Original Medicare جابه‌جا شوید و پوشش داروی تجویزی خود را از طریق یک طرح داروی تجویزی دریافت کنید، باید این کار را بین 15 اکتبر تا 7 دسامبر انجام دهید. این تغییر در تاریخ 1 ژانویه 2024 اعمال خواهد شد.

بخش 2 تغییر در مزایا و هزینه‌ها برای سال بعد

بخش 2.1 - تغییر در حق بیمه ماهانه

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
حق بیمه ماهیانه	\$0	\$0
(همچنین باید حق بیمه Medicare Part B را همچنان پرداخت کنید مگر اینکه توسط Medicaid برایتان پرداخت شده باشد.)		

بخش 2.2 - تغییر در حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده

Medicare همه طرح‌های درمانی را ملزم کرده است مبلغی که باید شخصاً خودتان پرداخت کنید را در طول سال محدود کند. این محدودیت «حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه‌شده» نامیده می‌شود. بعد از رسیدن به این حد مشخص شده، معمولاً هزینه‌ای را برای خدمات Part A و Part B تحت پوشش برای ادامه سال پرداخت نخواهید کرد.

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه شده به دلیل اینکه اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حد تعیین شده «حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه شده» می رسند. شما در قبال پرداخت هزینه های سهم بیمه شده نسبت به حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه شده برای خدمات تحت پوشش Part A و Part B مسئولیتی نخواهید داشت. هزینه های شما برای خدمات پزشکی تحت پوشش (مانند پرداخت مشترک) در حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه شده لحاظ می شود. هزینه های شما برای داروهای تجویزی در مبلغ «حداکثر مقدار هزینه سهم بیمه شده» لحاظ نخواهد شد.	\$8,300	\$8,850 پس از پرداخت \$8,850 به صورت شخصی برای خدمات Part A و Part B تحت پوشش، دیگر هزینه ای را برای خدمات Part A و Part B تحت پوشش برای ادامه سال پرداخت نخواهید کرد.

بخش 2.3 - تغییرات در شبکه ارائه دهندگان و داروخانه ها

فهرست های به روزرسانی شده در وبسایت ما در این آدرس موجود است: www.wellcare.com/healthnetCA. همچنین می توانید با خدمات اعضاء تماس بگیرید و اطلاعات به روزرسانی شده ای را درباره ارائه دهندگان و/یا داروخانه ها دریافت کنید، یا از ما بخواهید فهرستی را برایتان پست کنیم. این فهرست را در مدت سه روز کاری برایتان پست خواهیم کرد.

برای سال آینده تغییراتی در شبکه ارائه دهندگان ما ایجاد می شود. لطفاً فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه ها در سال 2024 را بررسی کنید و ببینید آیا ارائه دهندگان موردنظر شما (ارائه دهنده مراقبت های اولیه، متخصصان، بیمارستان ها و غیره) در شبکه ما هستند یا خیر.

برای سال آینده تغییراتی در شبکه داروخانه های ما وجود دارد. لطفاً فهرست راهنمای ارائه دهندگان و داروخانه ها در سال 2024 را بررسی کنید و ببینید کدام داروخانه ها در شبکه ما هستند.

مهم است بدانید که ممکن است در بیمارستان ها، پزشکان، متخصصان (ارائه دهندگان)، و داروخانه هایی که در طول سال بخشی از برنامه شما هستند، تغییراتی ایجاد کنیم. اگر تغییری که در اواسط سال ایجاد می شود تأثیری روی شما می گذارد، لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا بتوانیم به شما کمک کنیم.

بخش 2.4 - تغییر در مزایا و هزینه های خدمات پزشکی

توجه داشته باشید در اعلامیه تغییرات سالیانه درباره تغییرات در مزایا و هزینه های Medicare اطلاع رسانی می شود. در سال آینده در هزینه ها و مزایای بعضی خدمات درمانی خاص تغییراتی ایجاد می کنیم. اطلاعات زیر این تغییرات را توضیح می دهند.

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
مجوز قبلی	مزایای درون شبکه زیر تغییراتی کرده اند و به مجوز قبلی نیاز دارند. • برای معاینه سرپایی در بیمارستان ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشید.	• معاینه سرپایی در بیمارستان به مجوز قبلی نیازی ندارد.

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
ارجاع	شرایط لازم برای ارجاع برای مزایای درون شبکه زیر تغییر کرده است. • برای طب سوزنی عادی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای خدمات توان بخشی قلبی و ریوی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای خدمات کایروپراکتیک ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای سمعک ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای معاینات شنوایی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای مراقبت های سلامت در خانه ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای مراقبت های بیمارستانی (بستری شدن) به ارجاع نیاز ندارید. • برای دریافت عینک به ارجاع نیاز ندارید. • برای موارد جراحی سرپایی، از جمله خدماتی که در مراکز بیمارستانی جراحی سرپایی و مراکز جراحی سرپایی ارائه می شود - برای خدمات بیمارستانی سرپایی به ارجاع نیاز ندارید. • برای خدمات رادیولوژی تشخیصی به ارجاع نیاز ندارید. • برای خدمات رادیولوژی درمانی به ارجاع نیاز ندارید. • برای خدمات تصویربرداری اشعه ایکس به ارجاع نیاز ندارید. • برای خدمات دریافتی از پزشک/کارور پزشکی، از جمله ویزیت در مطب پزشک و سایر متخصصین مراقبت از سلامت به ارجاع نیاز ندارید. • برای انجام کولونوسکوپی (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم) تحت پوشش Medicare به ارجاع نیاز ندارید. • برای آموزش خودمدیریتی دیابت به ارجاع نیاز ندارید. • برای معاینه انگشتی راست روده تحت پوشش Medicare به ارجاع نیاز ندارید.	• برای طب سوزنی عادی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای خدمات توان بخشی قلبی و ریوی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای خدمات کایروپراکتیک ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای سمعک ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای معاینات شنوایی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای مراقبت های سلامت در خانه ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای مراقبت های بیمارستانی (بستری شدن) ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای دریافت عینک ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای موارد جراحی سرپایی، از جمله خدماتی که در مراکز بیمارستانی جراحی سرپایی و مراکز جراحی سرپایی ارائه می شود - برای خدمات بیمارستانی سرپایی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • ممکن است برای خدمات رادیولوژی تشخیصی به ارجاع نیاز داشته باشید. • ممکن است برای خدمات رادیولوژی درمانی به ارجاع نیاز داشته باشید. • ممکن است برای خدمات تصویربرداری اشعه ایکس به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای خدمات دریافتی از پزشک/کارور پزشکی، از جمله ویزیت در مطب پزشک و سایر متخصصین مراقبت از سلامت ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای انجام کولونوسکوپی (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم) تحت پوشش Medicare ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	هزینه
• برای گرفتن نوار EKG تحت پوشش Medicare پس از ویزیت خوش آمدگویی به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای غربالگری آبسیاه به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای سایر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای انجام تست‌های سرپایی برای تشخیص بیماری، و ارائه خدمات درمانی و لوازم درمانی - برای خدمات سرپایی مربوط به آزمایش خون به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات آسیب‌شناسی PT و زبان گفتار به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات توان‌بخشی بیماران سرپایی - کاردرمانی به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای موارد جراحی سرپایی، ازجمله خدماتی که در مراکز بیمارستانی جراحی سرپایی و مراکز جراحی سرپایی ارائه می‌شود - برای مرکز جراحی سرپایی به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات دریافتی از پزشک/کارور پزشکی، ازجمله ویزیت‌های در مطب پزشک - متخصص به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات دریافتی از پزشک/کارور پزشکی، ازجمله ویزیت در مطب پزشک و سایر خدمات سلامت از راه دور به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات پاپ‌زشی به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای معاینه چشم به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات مربوط به درمان بیماری کلیوی، ازجمله دیالیز به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>. • برای خدمات مربوط به درمان بیماری ها و وضعیت کلیه - خدمات آموزشی مربوط به بیماری کلیه به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>.	• برای آموزش خودمدیریتی دیابت ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای معاینه انگشتی راست‌روده تحت پوشش Medicare ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای گرفتن نوار EKG تحت پوشش Medicare پس از ویزیت خوش آمدگویی ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای غربالگری آبسیاه ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای سایر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای انجام تست‌های سرپایی برای تشخیص بیماری، و ارائه خدمات درمانی و لوازم درمانی - برای خدمات سرپایی مربوط به آزمایش خون ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای خدمات آسیب‌شناسی PT و زبان گفتار ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای خدمات توان‌بخشی بیماران سرپایی - کاردرمانی ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای موارد جراحی سرپایی، ازجمله خدماتی که در مراکز بیمارستانی جراحی سرپایی و مراکز جراحی سرپایی ارائه می‌شود - برای مرکز جراحی سرپایی ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای خدمات دریافتی از پزشک/کارور پزشکی، ازجمله ویزیت در مطب پزشک و سایر متخصصین ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای خدمات دریافتی از پزشک/کارور پزشکی، ازجمله ویزیت در مطب پزشک و سایر خدمات سلامت از راه دور ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای خدمات پاپ‌زشی ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید. • برای معاینه چشم ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید.	

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
	• برای خدمات مربوط به درمان بیماری و شرایط کلیوی - خدمات دیالیز ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای خدمات مربوط به درمان بیماری ها و وضعیت کلیه - خدمات آموزشی مربوط به بیماری کلیه ممکن است به ارجاع نیاز داشته باشید. • برای تمرین درمانی تحت نظارت (SET) ممکن است نیاز به ارجاع داشته باشید.	• برای تمرین درمانی تحت نظارت (SET) به ارجاع نیاز <u>ندارید</u>.
مراقبت‌های اضطراری - پوشش خدمات اضطراری در سراسر جهان	پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$95 است. اگر در بیمارستان پذیرش شوید (بستری‌شدن)، از مبلغ «پرداخت مشترک» صرف‌نظر <u>نمی‌شود</u> .	پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$100 است. اگر در بیمارستان پذیرش شوید (بستری‌شدن)، از مبلغ «پرداخت مشترک» صرف‌نظر <u>نمی‌شود</u> .
Healthy Foods Card Wellcare مورد تأیید Medicare این مزایا را به عنوان بخشی از برنامه Value-Based Insurance Design به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند.	شما هر ماه \$50 کمک هزینه دریافت می‌کنید تا محصولات غذایی مورد تأیید را از فروشندگان شرکت کننده در این طرح خریداری کنید. این کمک هزینه به ماه بعد منتقل <u>نمی‌شود</u> .	Healthy Foods Card اکنون تحت پوشش Wellcare Spendables™ است. برای اطلاعات بیشتر به بخش Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید.
وعده‌های غذایی - در مورد بیماری‌های مزمن (محدودیت‌ها و استثناهایی اعمال می‌شود)	پرداخت مشترک برای هر وعده غذایی برای بیماری های مزمن \$0 است. حداکثر 3 وعده غذایی در روز تا 28 روز، و حداکثر 84 وعده غذایی در ماه ارائه می‌شود. این مزایا ممکن است تا 3 ماه ارائه شود.	وعده‌های غذایی - در مورد بیماری‌های مزمن تحت پوشش <u>نیست</u> .
مراقبت‌های روانی سرپایی - خدمات غیر روان پزشکی - جلسات گروهی	شما برای هر جلسه گروهی تحت پوشش Medicare یک پرداخت مشترک \$0 می‌پردازید. خدمات مشاوره‌ای برای سوگ، ازدواج و روابط، حل تعارض و مدیریت تغییرات زندگی پوشش داده <u>نمی‌شود</u> .	شما برای هر جلسه گروهی تحت پوشش Medicare یک پرداخت مشترک \$0 می‌پردازید. خدمات مشاوره‌ای برای سوگ، ازدواج و روابط، حل تعارض و مدیریت تغییرات زندگی پوشش داده می‌شود.
مراقبت سلامت روان سرپایی - خدمات غیر روان پزشکی - جلسات انفرادی	شما برای هر جلسه انفرادی تحت پوشش Medicare یک پرداخت مشترک \$0 می‌پردازید. خدمات مشاوره‌ای برای سوگ، ازدواج و روابط، حل تعارض و مدیریت تغییرات زندگی پوشش داده <u>نمی‌شود</u> .	شما برای هر جلسه انفرادی تحت پوشش Medicare یک پرداخت مشترک \$0 می‌پردازید. خدمات مشاوره‌ای برای سوگ، ازدواج و روابط، حل تعارض و مدیریت تغییرات زندگی پوشش داده می‌شود.

هزینه	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
مزیت داروی بدون نسخه	پرداخت مشترک شما \$0 است. هر سه ماه مزایایی به ارزش \$220 دریافت می‌کنید تا از طریق خرید پستی یا در فروشگاه ها محصولات واجد شرایط داروی بدون نسخه (OTC) را خریداری کنید. این مزایا اگر مصرف نشود به دوره بعدی منتقل نمی‌شود.	اقدام بدون نسخه (OTC) اکنون تحت پوشش Wellcare Spendables™ هستند. برای اطلاعات بیشتر به بخش Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید.
مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن (SSBCI) - کمک در پرداخت قبضه‌ها	کمک هزینه پرداخت قبضه‌ها: پرداخت مشترک شما \$0 است. در صورت واجد شرایط بودن، این طرح یک دبیت کارت Visa از پیش پرداخت شده با سقف برداشت \$75 در ماه در اختیارتان قرار می‌دهد تا هزینه قبضه‌های خانگی را پرداخت کنید. اعتبار تمام مبالغ دلاری «کمک هزینه پرداخت قبضه‌ها» استفاده نشده در پایان هر ماه تمام می‌شود. خدمات مورد تأیید پرداخت قبضه در این مزایا عبارتند از: - قبض برق، گاز، بهداشت و آب - خدمات تلفن ثابت - خدمات تلویزیون کابلی - بعضی از هزینه‌های سوخت	کمک هزینه پرداخت قبضه‌ها تحت پوشش SSBCI نیست. به دلیل اینکه طرح ما در Program (VBID) شرکت دارد، «کمک هزینه پرداخت قبضه‌ها» اکنون تحت پوشش Wellcare Spendables™ است. برای اطلاعات بیشتر به بخش Wellcare Spendables™ در این نمودار مراجعه کنید. اعضا برای استفاده از این مزایا لازم نیست واجد شرایط خاصی باشند و دستورالعمل‌های مشارکت را برآورده کنند.
حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری	شما در هر سال برای 48 سفر غیر اضطراری یک طرفه در منطقه خدماتی ما \$0 پرداخت مشترک، پرداخت می‌کنید. خودروها (که «سفرها» نیز نامیده می‌شوند) به 75 مایل در مسیر یک طرفه محدود می‌شوند. برای مراقبت‌های روزمره، تا 1 ماه و حداقل 3 روز پیش از آن تماس بگیرید. خودروها در همان روز مشروط به دردسترس بودن است. یک «سفر»، حمل و نقل یک طرفه با تاکسی، ون یا خدمات اشتراکی سواری به مکان مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته می‌شود.	شما در هر سال برای 24 سفر غیر اضطراری یک طرفه در منطقه خدماتی ما \$0 پرداخت مشترک، پرداخت می‌کنید. خودروها (که «سفرها» نیز نامیده می‌شوند) به 75 مایل در مسیر یک طرفه و تا 4 سفر یک طرفه در روز محدود می‌شوند. برای مراقبت‌های روزمره، تا 1 ماه و حداقل 3 روز پیش از آن تماس بگیرید. خودروها در همان روز مشروط به دردسترس بودن است. یک «سفر»، حمل و نقل یک طرفه با تاکسی، ون یا خدمات اشتراکی سواری به مکان مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته می‌شود.
خدمات مورد نیاز فوری - پوشش مراقبت‌های فوری در سراسر جهان	پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$95 است. اگر در بیمارستان پذیرش شوید (بستری‌شدن)، این مبلغ «پرداخت مشترک» محاسبه خواهد شد.	پرداخت مشترک برای هر سرویس تحت پوشش \$100 است. اگر در بیمارستان پذیرش شوید (بستری‌شدن)، این مبلغ «پرداخت مشترک» محاسبه خواهد شد.
مراقبت‌های مربوط به چشم - عینک اضافی	حداکثر اعتبار ترکیبی \$400 در هر سال برای تمام عینک‌های اضافی است.	حداکثر اعتبار ترکیبی \$300 در هر سال برای تمام عینک‌های اضافی است.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	هزینه
پرداخت مشترک شما \$0 است. شما هر ماه تا سقف \$75 کمک هزینه برای مزایای توصیف شده در زیر دریافت می کنید. این کمک هزینه به طور خودکار در ابتدای هر ماه به کارت Wellcare Spendables™ شما اضافه می شود. مقدار کمک هزینه های استفاده نشده به ماه بعد منتقل می شود و در انتهای هر سال فاقد اعتبار خواهد شد. حداکثر مزایای سالانه \$900 است. از موجودی این کارت می توانید برای هر یک از موارد زیر که بیشتر متناسب با نیازهایتان هستند استفاده کنید به شرطی که از حداکثر موجودی کارت فراتر نروید. اقدام داروی بدون نسخه (OTC) شما می توانید از کارت Wellcare Spendables™ خود برای خرید اقدام داروی بدون نسخه مورد تأیید طرح استفاده کنید. از کارت شما می توان در مکان های شرکت کننده خرده فروشی، آنلاین یا از طریق اپلیکیشن موبایل برای تحویل در خانه استفاده کرد. Wellcare مورد تأیید Medicare این مزایا را به عنوان بخشی از طرح Value-Based Insurance Design ارائه می کند. این برنامه به Medicare اجازه می دهد راه های جدیدی را برای بهبود طرح های Medicare Advantage امتحان کند. به دلیل اینکه طرح شما در برنامه Value-Based Insurance Design شرکت کرده است، شما می توانید از موجودی خودتان Wellcare Spendables™ خودتان تا سقف هر کدام از مزایای زیر استفاده کنید:	کارت Wellcare Spendables™ تحت پوشش نیست.	Wellcare Spendables™

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	هزینه
بنزین (پرداخت در پمپ بنزین) می‌توانید از کارت Wellcare SpendablesTM برای پرداخت مستقیم هزینه بنزین در پمپ استفاده کنید. از این کارت نمی‌توانید برای پرداخت حضوری در هنگام ثبت‌نام نقدی استفاده کنید. از این کارت فقط می‌توانید تا سقف مجاز موجودی خود برای بنزین زدن استفاده کنید. غذای سالم با استفاده از کارت Wellcare SpendablesTM خود می‌توانید هزینه غذاهای سالم و مغذی مورد تأیید و تولیدات فروشگاه‌های حاضر در این طرح را پرداخت کنید. وعده‌های غذایی آماده را می‌توانید از طریق پورتال آنلاین سفارش دهید. از این موجودی نمی‌توانید برای خرید توتون و تنباکو (دخانیت) یا الکل استفاده کنید. موارد تأیید شده عبارتند از: • گوشت و مرغ • میوه و سبزیجات • نوشابه‌های غنی شده • و موارد بیشتر کمک هزینه پرداخت قبض‌ها با استفاده از کارت Wellcare SpendablesTM خود می‌توانید هزینه خدمات مصرفی خانگی را که مورد تأیید طرح هستند پرداخت کنید، از جمله: • خدمات مصرفی برق، گاز، بهداشت/زباله، و آب • خدمات تلفن ثابت و تلفن همراه • سرویس اینترنت • تلویزیون کابلی (به جز سرویس‌های پخش زنده) • برخی از هزینه‌های سوخت، مانند روغن گرمخانه کمک هزینه پرداخت کرایه با استفاده از کارت Wellcare SpendablesTM می‌توانید کرایه خانه خود را پرداخت کنید.		

بخش 2.5 - تغییر در پوشش داروهای تجویزی Part D

تغییرات در «فهرست داروهای» ما

به فهرست داروهای تحت پوشش ما «لیست دارو» یا «فهرست داروها» گفته می‌شود. یک نسخه از «فهرست داروهای» ما به صورت الکترونیکی ارائه می‌شود.

ما تغییراتی در «فهرست داروها» ایجاد کرده‌ایم که شامل حذف یا اضافه شدن بعضی داروها، تغییر محدودیت‌های اعمال‌شده در مورد پوشش داروها برای بعضی داروهای خاص، یا انتقال داروها به یک ردیف تسهیم هزینه متفاوت می‌شود. «فهرست داروها» را بررسی کنید تا مطمئن شوید سال آینده داروهای شما تحت پوشش قرار می‌گیرند، و اینکه آیا محدودیتی وجود خواهد داشت، و آیا داروهای شما به یک ردیف تسهیم هزینه منتقل می‌شود یا خیر.

اکثر تغییرات «فهرست دارو» برای آغاز هر سال جدید است. با این حال در طول سال ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر اساس قوانین Medicare مجاز هستند. مثلاً می‌توانیم بلافاصله داروهایی را که توسط FDA غیرایمن هستند حذف کنیم، یا توسط یک تولیدکننده کالا از بازار خارج کنیم. ما «فهرست داروهای» آنلاین را به‌روزرسانی می‌کنیم تا جدیدترین فهرست داروها را در اختیار داشته باشید.

اگر در ابتدای سال یا در طول سال تحت تأثیر تغییر پوشش دارو قرار گرفتید، لطفاً فصل 9 «شواهد پوشش» را بررسی کنید و با پزشکتان صحبت کنید تا با گزینه‌های موجود مانند درخواست تأمین موقت دارو، درخواست اعمال استثنا، و/یا تلاش برای یافتن دارویی جدید آشنا شوید. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با مرکز خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

تغییرات در هزینه‌های داروی تجویزی

چهار مرحله پرداخت دارو وجود دارد. اطلاعات زیر تغییرات دو مرحله اول را نشان می‌دهد - «مرحله فرانشیز سالیانه» و «مرحله پوشش اولیه». (اکثر اعضا به دو مرحله دیگر یعنی «مرحله پوشش وقفه» یا «مرحله پوشش وضعیت بحرانی» نمی‌رسند.)

تغییرات ایجادشده در مرحله فرانشیز

مرحله	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
مرحله 1: مرحله فرانشیز سالیانه	به دلیل اینکه ما فرانشیز نداریم، این مرحله پرداخت برای شما اعمال نمی‌شود.	به دلیل اینکه ما فرانشیز نداریم، این مرحله پرداخت برای شما اعمال نمی‌شود.

تغییرات در تسهیم هزینه در مرحله پوشش اولیه

مرحله	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
مرحله 2: مرحله پوشش اولیه	هزینه شما برای یک ماه عرضه ثبت‌شده در داروخانه شبکه با سهم هزینه استاندارد: برای همه داروهای تحت پوشش Part D مبلغ \$0 به‌ازای هر نسخه، پرداخت مشترک خواهید داشت. پس‌ازاینکه کل هزینه دارویی شما به \$4,660 برسد، شما به مرحله بعدی (مرحله اختلاف پوشش) خواهید رفت.	هزینه شما برای یک ماه عرضه ثبت‌شده در داروخانه شبکه با سهم هزینه استاندارد: برای همه داروهای تحت پوشش Part D مبلغ \$0 به‌ازای هر نسخه، پرداخت مشترک خواهید داشت. پس‌ازاینکه کل هزینه دارویی شما به \$5,030 برسد، شما به مرحله بعدی (مرحله اختلاف پوشش) خواهید رفت.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	مرحله
		بیشتر واکسن‌های بزرگسالان Part D تحت پوشش‌اند و هزینه‌ای برای شما ندارند. Wellcare مورد تأیید Medicare، پرداخت مشترک/ بیمه مشترک کمتری به‌عنوان بخشی از طرح Value-Based Insurance Design ارائه می‌کند. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد راه‌های جدیدی را برای بهبود طرح‌های Medicare Advantage امتحان کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای VBID، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

تغییر در مرحله‌های پوشش وقفه و پوشش‌دهی وضعیت بحرانی

دو مرحله دیگر پوشش یعنی «مرحله پوشش وقفه» و «مرحله پوشش وضعیت بحرانی» برای افرادی است که هزینه‌های دارویی زیادی دارند. اگر اعضا به مرحله‌های «مرحله پوشش وقفه» یا «مرحله پوشش وضعیت بحرانی» نمی‌رسند. از ابتدای سال 2024 اگر به مرحله پوشش وضعیت بحرانی برسید، هیچ هزینه‌ای برای هیچ‌کدام از داروهای تحت پوشش Part D پرداخت نخواهید کرد. برای اطلاعات خاص درباره هزینه‌های این مراحل به فصل 6، بخش 6 و 7 در شواهد پوشش مراجعه کنید.

بخش 3 تغییرات اداری

اطلاعات موجود در جدول «تغییرات اداری» در زیر تغییرات سال به سال در طرح شما را نشان می‌دهد که مستقیماً بر مزایا یا تسهیم هزینه تأثیر نمی‌گذارد.

2024 (سال بعد)	2023 (امسال)	توضیحات
Express Scripts®	CVS Caremark	تغییر در مدیر مزایای داروخانه (Pharmacy Benefit Manager, PBM) Wellcare با یک Pharmacy Benefit Manager (PBM) همکاری می‌کند تا مزایای داروخانه ما را مدیریت کند. همکار PBM ما برای طرح سال 2024 به Express Scripts® تغییر می‌کند. یک کارت شناسایی Wellcare جدید دریافت خواهید کرد. از ابتدای 1/1/24 از کارت شناسایی جدیدتان استفاده کنید.

توضیحات	2023 (امسال)	2024 (سال بعد)
برای حصول اطمینان از این که داروخانه شما جدیدترین اطلاعات شما را داشته باشد، لطفاً برای اولین بار یا بعد از تاریخ 1/1/24 هنگام ثبت نسخه، کارت شناسایی جدید Wellcare خود را نشان دهید. اگر هنگام دریافت داروی نسخه کارت شناسایی جدیدتان را ندارید، از داروخانه بخواهید برای دریافت اطلاعات لازم با طرح تماس بگیرد. اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد کل هزینه داروی تجویزی را هنگام دریافت آن پرداخت کنید و سپس درخواست بازپرداخت هزینه را ارسال کنید.		

بخش 4 تصمیم‌گیری در مورد انتخاب طرح

بخش 4.1 - اگر می‌خواهید همچنان عضو **Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)** بمانید

برای اینکه در طرح ما بمانید، نیازی به انجام هیچ کاری نیست. اگر تا 7 دسامبر برای برنامه دیگری ثبت‌نام نکنید یا به **Original Medicare** جابه‌جا نشوید، به صورت خودکار در طرح **Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)** ما ثبت‌نام خواهید شد.

بخش 4.2 - اگر می‌خواهید طرح‌ها را تغییر دهید

امیدواریم سال آینده شما را به عنوان عضو در طرحمان داشته باشیم، اما اگر می‌خواهید طرح خود را در سال 2024 تغییر دهید این مراحل را دنبال کنید:

مرحله 1: با طرح‌های قابل انتخاب آشنا شوید و آنها را با هم مقایسه کنید

- می‌توانید به یک طرح سلامت **Medicare** دیگر جابه‌جا شوید،
- --یا-- می‌توانید به **Original Medicare** ملحق شوید. اگر به طرح **Original Medicare** ملحق شوید، لازم است تصمیم بگیرید آیا می‌خواهید به یک طرح داروی **Medicare** ملحق شوید یا خیر.

برای آشنایی بیشتر با **Original Medicare** و انواع مختلف طرح‌های **Medicare**، از **Medicare** طرح‌یاب در آدرس www.medicare.gov/plan-compare استفاده کنید، دفترچه راهنمای **Medicare** و شما در سال 2024 را مطالعه کنید، با «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» تماس بگیرید (به بخش 6 مراجعه کنید)، یا با **Medicare** تماس بگیرید (به بخش 8.2 مراجعه کنید).

مرحله 2: تغییر پوشش طرح

- برای جابه‌جایی به یک طرح سلامت **Medicare** دیگر باید در آن طرح جدید ثبت‌نام کنید. عضویت شما به صورت خودکار از **Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)** لغو می‌شود.
- برای جابه‌جایی به **Original Medicare** با یک طرح داروهای تجویزی، در آن طرح دارویی جدید ثبت‌نام کنید. عضویت شما به صورت خودکار از **Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)** لغو می‌شود.

• برای جابه‌جایی به **Original Medicare** بدون طرح داروی تجویزی، باید یکی از این کارها را انجام دهید:

- درخواست کتبی برای لغو عضویت برای ما ارسال کنید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- — یا — 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با **Medicare** تماس بگیرید و درخواست لغو عضویت را ارائه کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر به طرح **Original Medicare** جابه‌جا شوید و در یک طرح داروی تجویزی **Medicare** جداگانه ثبت‌نام نکنید، **Medicare** ممکن است شما را در طرح دارو ثبت‌نام کند مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف دهید.

بخش 5 تغییر طرح‌ها

اگر می‌خواهید برای سال بعد به یک طرح متفاوت یا به **Original Medicare** جابه‌جا شوید، می‌توانید از **15 اکتبر تا 7 دسامبر** این کار را انجام دهید. این تغییر در تاریخ 1 ژانویه 2024 اعمال خواهد شد.

آیا زمان‌های دیگری از سال برای تغییر طرح وجود دارد؟

در بعضی شرایط خاص نیز تغییرات در سایر زمان‌ها در طول سال مجاز است. مثلاً افرادی که **Medicaid** دارند، کسانی که برای داروهایشان **Extra Help** دریافت می‌کنند، کسانی که از پوشش بیمه کارفرمایان استفاده می‌کنند یا در حال خروج از پوشش بیمه کارفرما هستند، و کسانی که از منطقه خدماتی خارج می‌شوند.

به دلیل اینکه بیمه **California Medi-Cal (Medicaid)** دارید، ممکن است بتوانید فقط یک‌بار در هر کدام از دوره‌های ثبت‌نام ویژه زیر عضویت خود را در طرح ما لغو کنید یا به طرحی دیگر جابه‌جا شوید:

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

اگر برای 1 ژانویه 2024 در طرح **Medicare Advantage** طرح سلامت ثبت‌نام کرده‌اید اما انتخاب‌های موجود در این طرح را نمی‌پسندید، می‌توانید از 1 ژانویه تا 31 مارس 2024 به یک طرح سلامت **Medicare** دیگر جابه‌جا شوید (با پوشش داروی تجویزی **Medicare** یا بدون این پوشش)، یا به **Original Medicare** (با پوشش داروی تجویزی **Medicare** یا بدون این پوشش) جابه‌جا شوید.

اگر اخیراً به مؤسسه‌ای (مانند مرکز پرستاران باتجربه یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت) نقل‌مکان کرده‌اید، یا اکنون در این مرکز زندگی می‌کنید یا به‌تازگی از این مرکز خارج شده‌اید، در هر زمان می‌توانید پوشش **Medicare** را تغییر دهید. می‌توانید به هر طرح سلامت **Medicare** دیگر جابه‌جا شوید (با پوشش داروی تجویزی **Medicare** یا بدون این پوشش)، یا به **Original Medicare** (با پوشش داروی تجویزی **Medicare** یا بدون این پوشش) جابه‌جا شوید.

بخش 6 برنامه‌هایی که مشاوره رایگان در مورد **Medicare** و **Medicaid** ارائه می‌دهند

«برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» (SHIP) یک برنامه مستقل دولتی است که مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر ایالت دارد. در **SHIP, California** را «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت **California**» (HICAP) می‌نامند.

این برنامه‌ایالتی از دولت فدرال پول دریافت می‌کند تا مشاوره رایگان بیمه سلامت محلی را به افرادی که **Medicare** دارند ارائه کند. مشاوران «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت **California**» (HICAP) می‌توانند در خصوص سؤالات یا مشکلات مرتبط با **Medicare** به شما کمک کنند. آنها به شما کمک می‌کنند با انتخاب‌های طرح **Medicare** آشنا شوید، و به سؤالاتان درباره جابه‌جایی طرح‌ها پاسخ می‌دهند. از طریق شماره 1-800-434-0222 (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند) می‌توانید با «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت **California**» (HICAP) تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر درباره «برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت **California**» (HICAP) به وبسایت آنها مراجعه کنید: <https://www.aging.ca.gov/hicap/>.

برای سؤالات مربوط به مزایای California Medi-Cal (Medicaid)، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT) از طریق شماره 1-800-541-5555 (کاربران TTY با 1-800-430-7077 تماس بگیرید) با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید. درباره اینکه پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش California Medi-Cal (Medicaid) شما تأثیر می‌گذارد، سؤال کنید.

بخش 7 برنامه‌هایی که در پرداخت هزینه داروهای تجویزی کمک می‌کنند

ممکن است برای دریافت کمک‌هزینه داروهای تجویزی واجد شرایط باشید. در زیر انواع کمک‌ها را فهرست کرده‌ایم:

- **Extra Help از Medicare.** به دلیل اینکه Medicaid دارید، از قبل در Extra Help ثبت‌نام شده‌اید که به آن «کمک به افراد کم درآمد» نیز گفته می‌شود. Extra Help بعضی از حق بیمه‌های داروهای تجویزی، فرانشیزهای سالیانه، و بیمه مشترک را پرداخت می‌کند. چون شما واجد شرایط هستید، وقفه پوشش‌دهی یا جریمه دیرکرد ثبت‌نام نخواهید داشت. اگر سؤالی در مورد Extra Help دارید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY می‌توانند 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته از طریق شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند؛
 - دفتر سوشال سیکیوریتی به شماره 1-800-772-1213 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 7 عصر برای دسترسی به نماینده. پیام‌رسانی خودکار 24 ساعت شبانه‌روز در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند؛ یا
 - با دفتر ایالتی Medicaid تماس بگیرید (برای ارائه درخواست).
- **کمک از برنامه کمک دارویی ایالتی.** California برنامه‌ای به نام California MediCal Rx Customer Service Center دارد که به افراد کمک می‌کند بر اساس نیاز مالی، سن و یا وضعیت سلامت‌شان هزینه داروهای نسخه‌ای را بپردازند. برای آشنایی بیشتر با این برنامه، با «برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی» بررسی کنید.
- **کمک برای سهیم شدن در هزینه نسخه برای اشخاص مبتلا به HIV/ایدز.** «برنامه کمک‌های دارویی ایدز» (ADAP) به افراد واجد شرایط ADAP مبتلا به HIV/ایدز کمک می‌کند به داروهای نجات بخش HIV دسترسی پیدا کنند. این افراد باید معیارهای خاصی داشته باشند، از جمله گواهی اقامت در ایالت و وضعیت HIV، درآمد پایین همان‌طور که توسط دولت ایالتی تعریف شده است، و همچنین وضعیت بدون بیمه/بدون بیمه مناسب. داروهای تجویزی Medicare Part D که تحت پوشش ADAP نیز هستند، از طریق California AIDS Drug Assistance Program (ADAP) واجد شرایط دریافت کمک برای تسهیم هزینه نسخه‌اند. برای اطلاع از معیارهای برخورداری از شرایط، داروهای تحت پوشش، و نحوه ثبت‌نام در برنامه، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر، به وقت محلی، از طریق شماره (TTY 711) 1-916-558-1784 با AIDS Drug Assistance Program (ADAP) تماس بگیرید.

بخش 8 سؤالی دارید؟

بخش 8.1 - دریافت کمک از Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

سؤالی دارید؟ اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم. لطفاً از طریق شماره 1-800-431-9007 با خدمات اعضا تماس بگیرید. (فقط TTY، با شماره 711 تماس بگیرید). ما برای تماس‌های تلفنی در دسترس هستیم. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. نمایندگان از 1 آوریل تا 30 سپتامبر روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. تماس با این شماره‌ها رایگان است.

شواهد پوشش سال 2024 خود را مطالعه کنید (این دفترچه شامل جزئیات مزایا و هزینه‌ها در سال آینده است)

در این اعلامیه تغییرات سالیانه خلاصه تغییرات مزایا و هزینه‌ها در سال 2024 عنوان شده است. برای اطلاعات بیشتر به شواهد پوشش Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) در سال 2024 مراجعه کنید. شواهد پوشش یک توصیف دقیق و قانونی از مزایای طرح است. در این دفترچه، حقوق شما و

قوانینی که باید از آن پیروی کنید تا خدمات تحت پوشش و داروهای تجویزی را دریافت کنید توضیح داده شده است. یک نسخه از شواهد پوشش در وبسایت ما موجود است: www.wellcare.com/healthnetCA. همچنین می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید و از ما بخواهید شواهد پوشش را برایتان پست کنیم.

به وبسایت ما مراجعه کنید

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

بخش 8.2 - دریافت کمک و راهنمایی از Medicare

برای دریافت اطلاعات مستقیماً از Medicare:

با شماره **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227) تماس بگیرید

همچنین می توانید 24 ساعت شبانه روز و هر روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

به وبسایت **Medicare** بروید

به وبسایت Medicare در این آدرس مراجعه کنید: www.medicare.gov در اینجا اطلاعاتی در مورد هزینه، پوشش دهی، و رتبه بندی کیفیت به صورت ستاره دار موجود است تا بتوانید طرح سلامت Medicare را در منطقه خود با هم مقایسه کنید. برای مشاهده اطلاعات مربوط به طرح ها به www.medicare.gov/plan-compare مراجعه کنید.

Medicare و شما در سال 2024 را مطالعه کنید

دفترچه **Medicare** و شما در سال 2024 را مطالعه کنید. هر سال در پاییز این دفترچه برای افراد عضو Medicare پست می شود. این دفترچه شامل خلاصه ای از مزایای Medicare، حقوق و پوشش ها و پاسخ متداول ترین پرسش ها درباره Medicare می شود. اگر نسخه ای از این سند را ندارید می توانید آن را از وبسایت Medicare در آدرس <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf> دانلود کنید، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

بخش 8.3 - دریافت کمک و راهنمایی از Medicaid

برای دریافت اطلاعات از Medicaid می توانید با شماره 1-800-541-5555 با California Medi-Cal (Medicaid) تماس بگیرید. کاربران TTY باید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 عصر به وقت اقیانوس آرام (PT) با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

اعلامیه عدم تبعیض

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

Wellcare By Health Net موارد زیر را ارائه می‌دهد:

. کمک‌ها و خدمات رایگان به افراد دارای معلولیت برای کمک به برقراری ارتباط بهتر، مانند:

- مترجم زبان اشاره
- اطلاعات کتبی به قالب‌های دیگر (چاپ با حروف بزرگ، صوتی، قالب‌های الکترونیکی در دسترس، قالب‌های دیگر)
- . خدمات رایگان زبانی به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، مانند:

- مترجمان واجد شرایط
- اطلاعات به صورت کتبی به سایر زبان‌ها

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

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY: 711)

نحوه ثبت شکایت‌نامه

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

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

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

Wellcare Civil Rights Coordinator

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

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

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

wellcare.com/healthnetCA

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

(دفتر حقوق مدنی - سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی California)

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

. از طریق تلفن: با شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب صحبت کنید یا تکلم کنید،

لطفاً با **TTY (سرویس رله مخابراتی)** به شماره **711** تماس بگیرید.

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

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

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

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

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

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

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

شماره تماس بگیرید:

TTY/TDD 1-800-537-7697

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

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

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

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

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

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

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

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក 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: ຖ້າທ່ານກວາທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ 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, hngangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: 711). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

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

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

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

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: 711). Walang bayad ang mga serbisyonang 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.