

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) *ofrecido por* Health Net Community Solutions, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para ver un Resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. Además, puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- ☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan para 2024 y 2025 a fin de averiguar si alguno de estos medicamentos se traslada a un nivel diferente de costo compartido o si estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad durante 2025.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Verifique si usted califica para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.

☐ Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- ☐ Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare, o consulte la lista en la contratapa del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- ☐ Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2024, permanecerá inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2, página 21 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare por dos meses completos después del mes en el que se mudó de la institución.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para más información, llame a nuestro número de Servicios para los miembros al número 1-800-431-9007. (Los usuarios TTY deben llamar al 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. Considere que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y número de teléfono, y le devolveremos la llamada en un (1) día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Debemos proporcionar información de manera que usted la entienda (en idiomas que no sean inglés, braille, audio, letra grande o en otros formatos alternativos, etc.). Llame a Servicios para los miembros si necesita información del plan en otro formato.

- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

- Wellcare es la marca de Medicare de Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS y PDP que tiene un contrato con Medicare y es un patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Health Net Community Solutions, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

H3561_009_2025_CA_ANOC_DSNP_154928S_M

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	8
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	17
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	21
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)	21
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan	22
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y California Medi-Cal (Medicaid)	22
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 6 Preguntas	23
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)	23
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	24
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de California Medi-Cal (Medicaid)	25

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y de 2025 para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio de un médico	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con un especialista: \$0 de copago por consulta
Estancias hospitalarias de pacientes internados	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$0 de copago por cada hospitalización cubierta	Para admisiones cubiertas, por admisión: \$0 de copago por cada hospitalización cubierta
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.	Deducible: \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Usted paga \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$8,850 Usted no es responsable de pagar ningún costo que pague de su bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de lo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	De proveedores de la red: \$9,350 Usted no es responsable de pagar ningún costo que pague de su bolsillo que se tome en cuenta para el monto máximo de lo que paga de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(Usted debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare a menos que la pague California Medi-Cal (Medicaid)).		

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su costo para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,850	\$9,350 Una vez que usted haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.2025wellcaredirectories.com. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o las farmacias, o bien para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias de 2025* en www.2025wellcaredirectories.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y de farmacias de 2025* en www.2025wellcaredirectories.com para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le indica los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Remisiones	Los siguientes beneficios dentro de la red tienen un cambio en los requisitos de remisión. - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de quiropráctica <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Agencia de atención médica a domicilio <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Atención hospitalaria para pacientes internados <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios del programa de tratamiento para opioides <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Cirugía para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de radiología de diagnóstico <u>no</u> requiere(n) una remisión.	
		- Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar puede(n) requerir una remisión. - Servicios de quiropráctica puede(n) requerir una remisión. - Agencia de atención médica a domicilio puede(n) requerir una remisión. - Atención hospitalaria para pacientes internados puede(n) requerir una remisión. - Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico puede(n) requerir una remisión. - Servicios del programa de tratamiento para opioides puede(n) requerir una remisión.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	• Servicios de radiología terapéutica <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de radiología <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Enemas de bario cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Exámenes de tacto rectal cubiertos por Medicare <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare tras la consulta de bienvenida <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Prueba de detección de glaucoma <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión.	• Cirugía para pacientes externos - Servicios hospitalarios para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. • Servicios de radiología de diagnóstico puede(n) requerir una remisión. • Servicios de radiología terapéutica puede(n) requerir una remisión. • Servicios de radiología puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico- Otros profesionales de la salud puede(n) requerir una remisión. • Enemas de bario cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes puede(n) requerir una remisión. • Exámenes de tacto rectal cubiertos por Medicare puede(n) requerir una remisión. • Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare tras la consulta de bienvenida puede(n) requerir una remisión. • Prueba de detección de glaucoma puede(n) requerir una remisión.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	- Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Los servicios de fisioterapia y patología del habla <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Cirugía para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Cirugía para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de hospitalización parcial <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista <u>no</u> requiere(n) una remisión. - Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico: Servicios adicionales de telesalud <u>no</u> requiere(n) una remisión.	- Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Procedimientos de diagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio puede(n) requerir una remisión. - Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos - Servicios de sangre para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. - Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos puede(n) requerir una remisión. - Los servicios de fisioterapia y patología del habla puede(n) requerir una remisión. - Servicios de rehabilitación para pacientes externos - Terapia ocupacional puede(n) requerir una remisión. - Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. - Cirugía para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos - Observación hospitalaria para pacientes externos puede(n) requerir una remisión. - Cirugía para pacientes externos - Centro quirúrgico para pacientes externos puede(n) requerir una remisión.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	• Servicios de podiatría <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios para tratar enfermedades renales, incluida la diálisis, <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) <u>no</u> requiere(n) una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) <u>no</u> requiere(n) una remisión.	• Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico - Especialista puede(n) requerir una remisión. • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio médico: Servicios adicionales de telesalud puede(n) requerir una remisión. • Servicios de podiatría puede(n) requerir una remisión. • Servicios para tratar enfermedades renales, incluyendo diálisis puede(n) requerir una remisión. • Servicios para el tratamiento de enfermedades y afecciones renales - Servicios de educación sobre enfermedades del riñón puede(n) requerir una remisión. • Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) puede(n) requerir una remisión. • Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) puede(n) requerir una remisión.
	Si su beneficio requiere o no una remisión, aún puede requerir una autorización previa del plan.	

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de quiropráctica de rutina	Usted paga \$0 de copago por consulta, hasta 24 consulta(s) cada año por servicios de quiropráctica de rutina.	<u>Sin</u> cobertura para servicios de quiropráctica de rutina.
Servicios de acupuntura de rutina	Usted paga \$0 de copago por consulta, hasta 24 consulta(s) cada año por servicios de acupuntura de rutina.	Los servicios de rutina de acupuntura <u>no</u> están cubiertos.
Atención de emergencia - Cobertura de emergencias en todo el mundo	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$110 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se elimina si lo ingresan en un hospital.
Servicios auditivos - Audífonos	Hasta \$1,000 de asignación por oído cada año para audífonos.	Hasta \$350 de asignación por oído cada año para audífonos.
Servicios de apoyo a domicilio	Usted paga \$0 de copago por 12 consultas cada año. Los servicios incluyen limpieza, tareas domésticas y preparación de comidas, así como asistencia en las actividades de la vida cotidiana.	Los servicios de apoyo a domicilio <u>no</u> están cubiertos.
Comidas para después de cuidados agudos (se aplican limitaciones y exclusiones)	Usted paga \$0 de copago por comidas posteriores a cuidados agudos. Hay un máximo de 3 comidas al día por hasta 14 días, por un máximo de 42 comidas.	Beneficios de comidas: las comidas posteriores a cuidados agudos <u>no</u> están cubiertas.
Beneficio de asesoramiento nutricional/dietético	Usted paga \$0 de copago por cada consulta de asesoramiento nutricional/dietético individual.	Las consultas de asesoramiento nutricional/dietético <u>no</u> están cubiertas.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios no psiquiátricos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Atención de salud mental para pacientes externos - Servicios psiquiátricos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Servicios por trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos - Sesiones grupales	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio <u>no</u> está cubierta.	Usted paga \$0 de copago por cada sesión grupal cubierta por Medicare. Telesalud para este servicio está cubierta.
Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS)	Usted paga \$0 de copago.	El Sistema de respuesta a emergencias personales <u>no</u> está cubierto.
Servicios adicionales para dejar de fumar	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto, hasta 5 consulta(s) cada año.	Servicios adicionales para dejar de fumar <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de transporte	Usted paga \$0 de copago por 24 viajes que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Los traslados (también denominados “viajes”) se limitan a 75 millas por tramo y hasta 4 viajes de un tramo por día. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.	Usted paga \$0 de copago por 12 viajes que no sean de emergencia dentro de nuestra área de servicio cada año. Los traslados (también denominados “viajes”) se limitan a 75 millas por tramo y hasta 4 viajes de un tramo por día. Para atención de rutina, llame con una anticipación de 1 mes como máximo y 3 días como mínimo. Los traslados en el mismo día están sujetos a disponibilidad. Se considera un viaje el traslado de un solo tramo en taxi, camioneta, o servicios de transporte compartido a un lugar de atención médica.
Servicios de urgencia - Cobertura de atención de urgencia en todo el mundo	Usted paga \$100 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.	Usted paga \$110 de copago por cada servicio cubierto. El copago <u>no</u> se anula si lo ingresan en un hospital.
Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID) Medicare aprobó a Wellcare para brindar estos beneficios como parte del programa Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage.	Usted paga \$0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para ciertos beneficios. Los Artículos de seguridad y mejora del hogar <u>no</u> están incluidos. Para más información consulte su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i>.	Usted paga \$0 de copago. Puede usar su asignación Wellcare Spendables™ para ciertos beneficios. Los Artículos de seguridad y mejora del hogar están incluidos. Para más información consulte su <i>Evidencia de cobertura (EOC)</i>.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina	Hasta \$300 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.	Hasta \$100 de crédito combinado cada año para todos los anteojos o lentes de contacto adicionales.
Wellcare Spendables™	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$75 para usarse en ciertos beneficios. El beneficio máximo es \$900 cada año. Consulte la sección de Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design,VBID) de esta tabla para obtener información sobre los cambios a los beneficios del programa VBID.	Usted paga \$0 de copago. Usted recibe una asignación mensual de \$62 para usarse en ciertos beneficios. Consulte la sección de Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design,VBID) de esta tabla para obtener información sobre los cambios a los beneficios del programa VBID.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plataforma de apoyo social	La plataforma de apoyo social <u>no</u> es un beneficio cubierto.	Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto. Sin límite de servicios de la plataforma de apoyo social cada año. Nuestro plan proporciona una plataforma de apoyo social en línea para apoyar su bienestar general. Usted tiene acceso a actividades comunitarias y terapéuticas, así como a recursos patrocinados por el plan que le ayuden a controlar el estrés y la ansiedad. La plataforma le facilita incorporarse y mantenerse involucrado con el fin de mantener una trayectoria saludable de salud conductual. Está disponible en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana para que la pueda utilizar cuando lo desee. La plataforma Twill incluye: • Programas de bienestar hechos a la medida • Apoyo de pares y expertos • Herramientas de salud digitales personalizadas Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, la modificación de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su traslado a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción, o bien si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de diferente costo compartido.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se implementan al principio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para ofrecerle la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará a su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura para medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar cuáles son sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica del medicamento con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que sustituye. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser reemplazado por un biosimilar, es posible que usted no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que obtenga el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realicemos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA en: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para los miembros o pedir más información a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será sustituido por el Programa de descuentos del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de cobertura no aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted del costo. Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Medicare aprobó a Wellcare para brindar copagos/coseguros más bajos como parte del programa de Diseño de seguro basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID). Este programa permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes Medicare Advantage. Para obtener más información sobre los beneficios de VBID, comuníquese con Servicios para los miembros.	El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	El costo de un suministro para un mes cuando se surte(n) en una farmacia de la red con un costo compartido estándar: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos que pagan los fabricantes conforme al Programa de descuentos del fabricante no cuentan para los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el año próximo, pero si desea cambiarse de plan en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se mudan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Debido a que usted cuenta con California Medi-Cal (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluidos:

- Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar de la inscripción automática), o
- Si es elegible, un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) integrado que le brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025, y no le gusta su opción de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), o actualmente vive allí, puede modificar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes en que se muda de ahí.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y California Medi-Cal (Medicaid)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para más información sobre California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), visite su sitio web (<https://www.aging.ca.gov/hicap/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de California Medi-Cal (Medicaid) comuníquese con California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077) de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes; cerrado los feriados estatales. Puede consultar cómo se vería afectada su cobertura de California Medi-Cal (Medicaid) si se inscribe en otro plan o vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene California Medi-Cal (Medicaid), ya está inscrito en “Ayuda adicional”, que también se denomina Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS). La “Ayuda adicional” paga parte de las primas de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - A la oficina de Medicaid de su estado.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de parte de Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-431-9007. (Solo TTY, llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas. 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. Tenga en cuenta que, fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede atender su llamada. Deje su nombre y

número de teléfono, y le devolveremos la llamada en el plazo de un (1) día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025*, (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.wellcare.com/healthnetCA. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.wellcare.com/healthnetCA. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*

Lea el manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2025*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de California Medi-Cal (Medicaid)

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a California Medi-Cal (Medicaid) al 1-800-541-5555 de 8 a.m. a 5 p.m. hora del Pacífico (PT), de lunes a viernes; cerrado los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.

Notificación de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare By Health Net cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare By Health Net no discrimina ilegalmente, y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Wellcare By Health Net proporciona los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades a fin de ayudarlos a que se comuniquen mejor, como los que se indican a continuación:
 - Intérpretes cualificados de la lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de mayor tamaño, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Wellcare By Health Net llamando al **1-800-431-9007**.

Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajería fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Previa solicitud, este documento puede ponerse a su disposición en formato Braille, letra grande, audiocassette o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a la siguiente dirección:

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

Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare By Health Net no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Wellcare By Health Net llamando al **1-866-458-2208**. De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.

- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
Wellcare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409-9103
- **En persona:** acuda al consultorio de su médico o a Wellcare By Health Net e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** visite el sitio web de Wellcare By Health Net en wellcare.com/healthnetCA.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office of Civil Rights del Department of Health Care Services de California, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** llame al **1-916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
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
Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- **Electrónicamente:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, también puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** complete un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Electrónicamente:** visite el Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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.

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

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，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。

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)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces 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 pab dawb xwb.

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）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

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. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນຸນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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.

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.

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). Libre ang mga serbisyonang ito.

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

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 безкоштовні.

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 miễn phí.