

Health Net Community Solutions, Inc. 提供的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

2026 年年度变更通知

您已投保成为 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 会员。

本材料描述了我们计划的明年费用和福利的变更。

- 您可以在 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改下一年度的 Medicare 承保范围。如果您未在 2025 年 12 月 7 日之前加入其他计划，您将继续留在 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 中。
- 如需更改为一个不同的计划，请访问 www.Medicare.gov 或查看《Medicare 与您 2026》手册背面的列表。
- 请注意，这仅是变更内容的摘要。有关费用、福利和规则的更多信息，请参阅 *承保证明*。您可通过 go.wellcare.com/HealthNetCA 获取副本，或致电会员服务专线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）索取邮寄副本。

更多资源

- 本材料提供西班牙语和中文版本，可免费获取。
- 请致电会员服务部 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）了解更多信息。服务时间：10 月 1 日至 3 月 31 日，客服代表每周一至周日，上午 8 点至晚上 8 点提供服务。4 月 1 日至 9 月 30 日，客服代表每周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点提供服务。此通话免费。
- 我们必须以适合您的方式提供信息（英语、盲文、音频、大字体或其他替代格式等语言）。如果您需要其他格式的计划信息，请致电会员服务部。

关于 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

- Wellcare 是 Centene Corporation 的 Medicare 品牌，是一家拥有 Medicare 合同的 HMO、PPO、PFFS、PDP 计划，并且是经批准的 D 部分赞助商。我们的 D-SNP 计划与州 Medicaid 计划签订了合约。我们计划的注册取决于合同的续签。我们的计划还与 California Medicaid 计划签订了书面协议，以协调您的 Medicaid 福利。
- 本材料中提及“我们”或“我们的”时，指的是 Health Net Community Solutions, Inc.。提及“计划”或“我们的计划”时，指的是 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。
- 如果您在 2025 年 12 月 7 日之前未采取任何行动，您将自动投保 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。从 2026 年 1 月 1 日起，您将通过 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 获得医疗和药物承保。如需了解如何更改计划及更改截止日期等更多信息，请参阅第 3 节

H3561_009_2026_CA_ANOC_DSNP_4608622CHS_M

目录

2026 年重要费用汇总.....	4
第 1 节 明年的福利和费用变更	8
第 1.1 节 每月计划保费的变更.....	8
第 1.2 节 最高自付金额的变更.....	8
第 1.3 节 提供者网络的变更.....	9
第 1.4 节 药房网络的变更.....	9
第 1.5 节 医疗服务福利和费用的变更.....	9
第 1.6 节 D 部分药物承保范围变更.....	16
第 1.7 节 处方药福利和费用的变更.....	16
第 2 节 行政变更.....	22
第 3 节 如何更改计划	23
第 3.1 节 变更计划的截止日期.....	24
第 3.2 节 一年中是否有其他时间进行更改？	24
第 4 节 获得处方药的支付帮助	24
第 5 节 问题？	25
从 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 获得帮助	25
获得有关 Medicare 的免费咨询	26
从 Medicare 获得帮助	26
从 California Medi-Cal (Medicaid) 获得帮助	27

2026 年重要费用汇总

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
<p>每月保费*</p> <p>* 您的保费可能高于此金额。有关详细信息，请参阅第 1.1 节。</p> <p>因为您获得额外帮助 (Extra Help)，因此您无需为此计划支付保费。</p>	\$0	\$0
<p>最高自付金额</p> <p>这是您为 A 部分和 B 部分承保服务自付的最高金额。 (有关详情，请参阅第 1.2 节。)</p>	<p>\$9,350</p> <p>对于 A 部分和 B 部分承保服务，您不负责支付计入最高自付金额的任何自付费用。</p>	<p>\$9,250</p> <p>对于 A 部分和 B 部分承保服务，您不负责支付计入最高自付金额的任何自付费用。</p>
初级保健诊所就诊	每次就诊 \$0 共付额	每次就诊 \$0 共付额
专科诊所就诊	每次就诊 \$0 共付额	每次就诊 \$0 共付额
<p>住院</p> <p>包括急症住院、康复住院、长期护理医院和其他类型的住院服务。 住院护理从您根据医嘱正式入院之日起开始。 出院前一天是您最后的住院日。</p>	<p>对于承保的入院，每次入院：</p> <p>每次承保的住院 \$0 共付额</p>	<p>对于承保的入院，每次入院：</p> <p>每次承保的住院 \$0 共付额</p>
<p>D 部分药物承保自付额</p> <p>(有关详情，请参阅第 1.7 节。)</p>	\$0	<p>\$425，不包括承保的胰岛素产品和大多数成人 D 部分疫苗。</p> <p>如果您获得额外帮助，您将支付以下金额：</p> <p>免赔额：\$0</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
<p>D 部分药物承保 (请参阅第 1.7 节了解详情, 包括年度自付额、初始承保范围和灾难性承保阶段。)</p>	<p>初始承保阶段的共付额： 所有承保的 D 部分药物为 \$0 共付额。</p> <p>灾难性承保阶段： 在此付款阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。</p>	<p>如果您从 Medicare 获得额外帮助，您将如您的 2026 年 LIS 附录所示，支付 LIS 费用分摊。</p> <p>如果您没有获得额外帮助，则需支付以下费用分摊：</p> <p>初始承保阶段的共付额/共同保险：</p> <p>药物第 1 级：</p> <p> 标准费用分摊： \$19 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应。</p> <p> 首选费用分摊： \$18 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应。</p> <p>药物第 2 级：</p> <p> 标准费用分摊： \$20 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应。</p> <p> 首选费用分摊： \$19 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应。</p> <p>药物第 3 级：</p> <p> 标准费用分摊： 一个月（30 天）供应总费用的 25%。</p> <p> 您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25%（以较</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>低者为准)。</p> <p>首选费用分摊： 一个月 (30 天) 供应总费用的 25%。</p> <p>您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。</p> <p>药物第 4 级：</p> <p>标准费用分摊： \$100 共付额，适用于一个月 (30 天) 的药物供应。</p> <p>您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。</p> <p>首选费用分摊： \$100 共付额，适用于一个月 (30 天) 的药物供应。</p> <p>您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。</p> <p>药物第 5 级：</p> <p>标准费用分摊： 一个月 (30 天) 供应总费用的 25%。</p> <p>首选费用分摊： 一个月 (30 天) 供应总费用的 25%。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>药物第 6 级：</p> <p>标准费用分摊： \$0 共付额，适用于 一个月（30 天）的 药物供应。</p> <p>首选费用分摊： \$0 共付额，适用于 一个月（30 天）的 药物供应。</p> <p>灾难性承保阶段： 在此付款阶段，您 无需为承保的 D 部 分药物支付任何费 用。</p>

第 1 节 明年的福利和费用变更

第 1.1 节 每月计划保费的变更

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
每月保费 (您还必须继续支付您的 Medicare Part B 保费, 除非该保费由 California Medi-Cal (Medicaid) 为您支付。) 因为您获得额外帮助, 因此您无需为此计划支付保费。	\$0	\$0

第 1.2 节 最高自付金额的变更

Medicare 要求所有健康计划限制您的年度自付费用。这一限额称为最高自付金额。在您支付了该金额后, 在该日历年度的剩余时间内, 您通常无需为 A 部分和 B 部分承保服务支付任何费用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
最高自付金额 由于我们的会员也享受 California Medi-Cal (Medicaid) 的补助, 因此很少有会员达到此最高自付金额。 对于 A 部分和 B 部分承保服务, 您不负责支付计入最高自付金额的任何自付费用。 您的承保医疗服务费用 (如共付额) 计入您的最高自付金额。 您的处方药费用不计入您的最高自付金额。	\$9,350	\$9,250 在您为 A 部分和 B 部分承保服务支付了 \$9,250 的自付费用后, 则无需在本日历年度的剩余时间内为 A 部分和 B 部分承保服务支付任何费用。

第 1.3 节 提供者网络的变更

我们明年的提供者网络发生了变化。查看 2026 年 *提供者和药房目录* go.wellcare.com/2026providerdirectories，了解您的提供者（初级保健提供者、专科医生、医院等）是否属于我们的网络。以下是获取更新的 *提供者和药房目录* 的方法：

- 访问我们的网站 go.wellcare.com/2026providerdirectories。
- 致电会员服务部 1-800-431-9007（TTY 用户拨打 711）以获取最新的提供者信息或要求我们给您邮寄 *提供者和药房目录*。

我们可以在一年中对计划中包含的医院、医生和专科医生（提供者）进行调整。如果年中提供者变更对您造成影响，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）寻求帮助。有关您在网络医疗服务提供者退出计划时所拥有的权利的更多信息，请参阅《承保证明》第 3 章第 2.3 节。

第 1.4 节 药房网络的变更

您为处方药支付的金额取决于您使用的药房。Medicare 药物计划有一个药房网络。在大多数情况下，只有当您的处方在我们的一家网络药房配药时，才会获得承保。我们的网络包含提供首选费用分摊的药房，这些药房可能为某些药物提供比其他网络药房标准费用分摊更低的费用分摊。

我们明年的药房网络发生了变化。查看 2026 年 *提供者和药房目录* go.wellcare.com/2026providerdirectories，了解哪些药房属于我们的网络。以下是获取更新的 *提供者和药房目录* 的方法：

- 访问我们的网站 go.wellcare.com/2026providerdirectories。
- 致电会员服务部 1-800-431-9007（TTY 用户拨打 711）以获取最新的药房信息或要求我们给您邮寄 *提供者和药房目录*。

我们可以在一年内对计划中包含的药房进行调整。如果年中药房变更对您造成影响，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）寻求帮助。

第 1.5 节 医疗服务福利和费用的变更

《年度变更通知》说明了 Medicare 福利和费用的变更。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
事先授权	<p>以下网络内福利的事先授权要求有所调整。</p> <p>医生/执业者服务，包括医生诊所就诊 - 额外的远程医疗服务可能需要事先授权。</p> <p>视力护理 - Medicare 承保的眼镜可能需要事先授权。</p> <p>如果您的福利需要或不需要事先授权，则可能仍然需要从本计划转诊。</p>	<p>医生/执业者服务，包括医生诊所就诊 - 其他远程医疗服务无需事先授权。</p> <p>视力护理 - Medicare 承保的眼镜无需事先授权。</p> <p>如果您的福利需要或不需要事先授权，则可能仍然需要从本计划转诊。</p>
紧急服务 - 全球紧急承保	<p>您为每项承保服务支付 \$110 的共付额。</p> <p>如果您住院，则不会免除共付额。</p>	<p>您为每项承保服务支付 \$115 的共付额。</p> <p>如果您住院，则不会免除共付额。</p>
紧急服务 - 全球急症承保	<p>您为每项承保服务支付 \$110 的共付额。</p> <p>如果您住院，则不会免除共付额。</p>	<p>您为每项承保服务支付 \$115 的共付额。</p> <p>如果您住院，则不会免除共付额。</p>
健身福利	<p>您在网络内支付 \$0 的共付额。</p> <p>Peerfit Move 是一项灵活的健身福利，提供每月积分，可用于各种大型健身房或当地健身工作室。会员每月将获得 32 个积分，用于其选择的健身体验。积分可用于支付月度健身房会员资格（不限次数入场，并可使用所有设施和参加</p>	<p>健身福利不在承保范围内</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	<p>所有课程)，和/或健身工作室课程，以及 FitKits（包括居家健身套装）。会员还可不限次数观看健身视频，共付额为 \$0，也不消耗积分。</p> <p>任何未使用的每月分配积分不会结转至下个月，而是在每个月的第一天刷新。会员可选择购买额外积分。</p>	
足病科服务 - 常规足部护理	<p>您为每项常规足病科服务支付 \$0 的共付额，每年最多 12 次就诊。</p>	<p>足病科服务 - 常规足部护理不在承保范围内。</p>
<p>慢性病特殊补充福利 (SSBCI)</p> <p>上述福利是慢性病特殊补充福利的一部分。并非所有会员都符合资格。除属于高风险人群外，您还必须患有以下一种或多种慢性疾病：癌症、心血管疾病、慢性及致残性精神健康疾病、慢性肺部疾病、糖尿病。还有其他符合条件的疾病未列出。仅凭您的病情无法保证您符合该福利的资格。在提供福利之前，必须满足所有适用的资格要求。如需详细信息，请联系我们或查看本计划的《承保证明》。</p>	<p>不提供 SSBCI 福利。</p>	<p>如果您符合 SSBCI 资格，您可将每月 Wellcare Spendables® 津贴用于以下福利。津贴与您的非处方 (OTC)、牙科、视力和听力福利相合并计算。一旦确定符合资格，这些扩展福利将在 7-10 个工作日内生效。</p> <p>您支付 \$0 的共付额。有关 Wellcare Spendables® 卡的更多信息，请参阅本表中的 Wellcare Spendables® 福利一行。</p> <p>加油机加油付款 如果符合资格，您可以使用 Wellcare</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>Spendables® 卡直接在加油机上支付汽油费用。此卡不可用于在收银台现场付款。您的卡只能用于加油，金额不超过可用津贴。</p> <p>健康食品 如果符合资格，您可以在参与计划的零售商处，使用 Wellcare Spendables® 卡帮助支付经批准的健康和营养食品及农产品的费用。可通过在线门户网站订购预制餐食和农产品礼盒。该津贴不能用于购买烟草或酒精产品。 经批准的物品包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 肉类和家禽• 水果和蔬菜• 营养饮品 <p>居家支持和安全用品 如果符合资格，您可以使用您的卡帮助支付居家支持和安全用品的费用，包括某些产品的安装服务。经批准的物品和服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 扶手或门把手和防滑地板覆盖物• 安全座椅和浴室改造辅助工具• 便携式空调和空气质量产品

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<ul style="list-style-type: none"> • 害虫和昆虫防治用品及居家处理服务 <p>公用事业费用援助 如果符合资格，您可以使用 Wellcare Spendables® 卡帮助支付经计划批准的家庭公用事业费用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 电力、燃气、卫生/垃圾和水务服务 • 固定电话和手机服务 • 互联网服务 • 有线电视（不包括流媒体服务） • 某些石油费用，如家庭取暖用油 <p>房租援助 如果符合资格，您可以使用 Wellcare Spendables® 卡帮助支付家庭房租费用。</p>
<p>交通服务</p>	<p>您每年可以 \$0 的共付额，享受 12 次服务区内的非紧急出行。</p> <p>每次乘车（也称“行程”）单程最多 75 英里，每天最多 4 次单程行程。对于常规护理，请提前最多 1 个月、至少提前 3 天致电。当日乘车需视供应情况而定。一次行程指乘坐出</p>	<p>非紧急医疗交通不在承保范围内。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	租车、面包车或共享出行服务前往医疗机构的单程交通。	
基于价值的保险设计 (VBID) 模式	<p>您支付 \$0 的共付额。由于您的计划参与了基于价值的保险设计计划，因此您可以将 Wellcare Spendables® 津贴用于下列福利：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 加油机加油付款：直接在加油机上支付汽油费用 • 健康食品：在参与计划的零售商处支付经批准的健康和营养食品及农产品的费用 • 家居改善用品：帮助支付家居改善和安全用品的费用 • 房租援助：家庭房租费用 • 公用事业费用援助：经计划批准的家庭公用事业费用 <p>有关 Wellcare Spendables® 卡的更多信息，请参阅本表中的 Wellcare Spendables® 福利一行。</p> <p>Medicare 批准 Wellcare 作为基于价值的保险设计计划的一部分提供这些福利。该计划允许</p>	不提供基于价值的保险设计模式福利。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	<p>Medicare 试验改进 Medicare Advantage 计划 的新方法。</p>	
<p>Wellcare Spendables®</p>	<p>您支付 \$0 的共付额。您将获得 \$62 的每月津贴，用于特定福利。</p> <p>有关 VBID 计划福利变更的信息，请参阅本表中的基于价值的保险设计 (VBID) 模式福利一行。</p> <p>非处方药 (OTC) 您可以在参与计划的零售点、通过移动应用程序或登录您的会员门户网站，使用您的卡订购送货上门服务。</p> <p>牙科、视力和听力 Wellcare Spendables® 卡津贴不可用于支付任何牙科、视力或听力服务费用。</p>	<p>您支付 \$0 的共付额。您的 Wellcare Spendables® 卡上将每月预存 \$71 津贴，用于支付非处方药 (OTC)、牙科、视力和听力服务。未使用的每月津贴将结转到下个月，并在计划年度结束时到期。</p> <p>您的卡津贴可用于：</p> <p>非处方药 (OTC) 您可以在参与计划的零售点、通过移动应用程序或登录您的会员门户网站，使用您的卡订购送货上门服务。</p> <p>牙科、视力和听力 您可以使用您的卡来帮助减少符合条件的牙科、视力和/或听力服务的自付费用。该卡可用于直接向您的牙科、视力或听力服务提供者付款。有关更多信息，请参阅您的《承保证明》。</p> <p>下列福利属于 SSBCI。并非所有会员都符合资格。您必须符合以下计划福利的资格标准。如</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>果您符合条件，您的卡津贴也可用于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 加油机加油付款 • 健康食品 • 居家支持和安全用品 • 房租援助 • 公用事业费用援助 • 虫害控制用品和服务 <p>有关这些福利的更多信息，请参阅本表中的慢性病特殊补充福利 (SSBCI) 一行。</p>

第 1.6 节 D 部分药物承保范围变更

我们的药物清单变更

我们的承保药物清单称为处方集或药物清单。我们以电子方式提供药物清单的副本。

我们对药物清单进行了调整，可能包括删除或添加药物、更改某些药物的报销限制，或将其转移到不同的费用分摊等级。**查看药物清单，确保您的药物明年仍可报销，并了解是否存在任何限制，或您的药物是否已被调整至不同的费用分摊等级。**

药物目录中的大部分变更都是在每年的年初进行的。然而，我们可能会根据 Medicare 规则进行其他变更，这些变更将在日历年内影响您。我们至少每月更新在线药物清单，以提供最新药物清单。如果我们进行的变更将影响您正在使用的药物的获取，我们将向您发送变更通知。

如果您在年初或全年受到药物承保范围变化的影响，请查看您的《承保证明》第 9 章，并咨询您的处方医生以了解您的选项，例如申请临时供应、申请例外情况，以及/或寻找新药物。如需更多信息，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。

第 1.7 节 处方药福利和费用的变更

您是否通过额外帮助计划支付药物费用？

如果您参与了帮助支付药物费用的计划（额外帮助），关于 D 部分药物费用的信息可能不适用

于您。我们已向您寄送了一份单独的材料，名为《获得额外帮助支付处方药费用的投保人用承保证明附录》，其中详细说明了您的药物费用。如果您获得额外帮助且未在 2025 年 9 月 30 日前收到此材料，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711），并索要 LIS 附录。

药物支付阶段

药物支付分为 3 个阶段：年度自付额阶段、初始承保阶段和灾难性承保阶段。承保缺口阶段和承保缺口折扣计划不再包含在 D 部分福利中。

- **阶段 1：年度自付额**

您每年日历年初均从该支付阶段开始。在此阶段，您将支付您的第 2 级（仿制药）、第 3 级（首选原研药）、第 4 级（非首选药物）和第 5 级（特殊等级）药物的全部费用，直到您达到年度自付额。

- **阶段 2：初始承保范围**

一旦您支付了年度自付额，您将进入初始承保阶段。在此阶段，我们的计划将支付您药物费用中应承担的部分，而您支付剩余部分。您通常会在此阶段停留，直到您本年度的自付费用达到 \$2,100。

- **阶段 3：灾难性承保**

这是第三个也是最后一个药物支付阶段。在此阶段，您无需为承保的 D 部分药物支付任何费用。您通常在这个日历年度的剩余时间里一直处于这个阶段。

承保缺口折扣计划已被制造商折扣计划取代。根据制造商折扣计划，药物制造商在初始承保阶段和灾难承保阶段支付我们计划承保的 D 部分原研药药物和生物制剂的全部费用的一部分。制造商根据制造商折扣计划支付的折扣不计入自付费用。

该表显示了您在此阶段的每次处方费用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
年度自付额	由于我们没有自付额，因此这个付款阶段不适用于您。	\$425 在此阶段，您支付 \$19 标准费用分摊或 \$18 首选费用分摊来购买第 1 级药物：首选仿制药，支付 \$0 费用分摊来购买第 6 级药物：精选护

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		理药物，并全额支付第 2 级药物：仿制药、第 3 级：首选原研药、第 4 级：非首选药物以及第 5 级：特殊等级，直到您达到年度自付额。

第 2 阶段的药物费用：初始承保范围

本表显示了您在网络药房以标准费用分摊和首选费用分摊方式购买一个月用量时的每张处方费用。

大多数成人 D 部分疫苗可免费获得。有关疫苗费用的更多信息，或有关长期供应费用的信息；在提供首选费用分摊的网络药房；或对于邮购处方，请转到您的《承保证明》的第 6 章。

当您为 D 部分承保药物支付的自付费用达到 \$2,100 后，您将进入下一阶段（灾难性承保阶段）。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
药物 1 级 - 首选仿制药：	<p>您为所有承保的 D 部分药物支付 \$0 的共付额。</p> <p>您一个月（30 天）邮购处方的费用为 \$0。</p>	<p>标准费用分摊：您支付 \$19 的共付额</p> <p>一个月（30 天）的邮购处方药不在承保范围内。</p> <p>首选费用分摊：您支付 \$18 的共付额</p> <p>一个月（30 天）的邮购处方药不在承保范围内。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
<p>药物 2 级 - 仿制药：</p>	<p>您为所有承保的 D 部分药物支付 \$0 的共付额。 您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。</p>	<p>标准费用分摊：您支付 \$20 的共付额 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。 首选费用分摊：您支付 \$19 的共付额 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p>
<p>药物第 3 级 - 首选原研药：</p>	<p>您为所有承保的 D 部分药物支付 \$0 的共付额。 您每月需支付 \$0 用于购买在本层级承保的每种胰岛素产品。 您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。</p>	<p>标准费用分摊：您支付总费用的 25% 您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。 首选费用分摊：您支付总费用的 25% 您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
<p>药物第 4 级 - 非首选药物：</p>	<p>您为所有承保的 D 部分药物支付 \$0 的共付额。</p> <p>您每月需支付 \$0 用于购买在本层级承保的每种胰岛素产品。</p> <p>您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。</p>	<p>标准费用分摊：您支付 \$100 的共付额</p> <p>您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。</p> <p>一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p> <p>首选费用分摊：您支付 \$100 的共付额</p> <p>您需支付 \$35 或本层级每种承保的胰岛素产品每月供应费用的 25% (以较低者为准)。</p> <p>一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p>
<p>药物第 5 级 - 特殊级别：</p>	<p>您为所有承保的 D 部分药物支付 \$0 的共付额。</p> <p>您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。</p>	<p>标准费用分摊：您支付总费用的 25%</p> <p>一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p> <p>首选费用分摊：您支付总费用的 25%</p> <p>一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
药物第 6 级 - 精选护理药物：	<p>您为所有承保的 D 部分药物支付 \$0 的共付额。</p> <p>您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。</p>	<p>标准费用分摊：您支付 \$0 的共付额</p> <p>一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p> <p>首选费用分摊：您支付 \$0 的共付额</p> <p>一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。</p>

我们对药物清单中部分药物的等级进行了调整。如需确认您的药物是否属于不同等级，请查阅药物清单。

VBID D 部分福利的变更

描述	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
D 部分费用分摊免除	<p>由于您符合资格免除 D 部分费用分摊，因此您无需为所有承保的 D 部分药物支付任何费用。</p>	<p>不提供 D 部分费用分摊免除，因此您将支付 LIS 费用分担。请参阅您的 LIS 附录。</p>

灾难性承保阶段的变更

有关您在灾难性承保阶段的费用的具体信息，请参阅《承保证明》第 6 章第 6 节。

第 2 节 行政变更

下表中的行政变更信息反映了您计划相较于上一年度的变更，这些变更不会直接影响福利或费用分摊。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
提前承保决定请求	会员可在即将到来的福利年度生效日期之前申请承保决定。	会员可于 2026 年 1 月 1 日或之后提交承保决定申请。在此日期之前提交的任何申请仅适用于当前福利年度。
1 级上诉	您可以通过书面请求向我们提出 1 级标准上诉。有关更多详细信息，请参阅《承保证明》第 9 章。	您可以通过书面请求或致电会员服务部，向我们提出 1 级标准上诉。有关更多详细信息，请参阅《承保证明》第 9 章。
会员退保选项	如果您需要从我们的计划转换为 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage 计划，您需要向我们发送书面退保申请。有关更多详细信息，请参阅《承保证明》第 10 章。	如果您需要从我们的计划转换到 Original Medicare 或其他 Medicare Advantage 计划，您可以向我们发送书面申请要求退保，或访问我们的网站进行在线退保。有关更多详细信息，请参阅《承保证明》第 10 章。
首选 B 部分糖尿病产品	OneTouch™ 是我们首选的糖尿病检测用品（葡萄糖监测仪和试纸）品牌。除非医学上必要并获得授权，否则其他品牌不予承保。	Accu-Chek Guide™ 和 True Metrix™ 是我们首选的糖尿病检测用品（葡萄糖监测仪和试纸）品牌。除非医学上必要并获得授权，否则其他品牌不予承保。

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
Medicare 处方付款计划	Medicare 处方药付款计划是一项今年开始实施的支付选项，可帮助您通过将自付费用分摊至整个日历年（1 月至 12 月）来管理我方计划承保的药物自付费用。您可能已参与该支付选项。	如果您正在参与 Medicare 处方药付款计划，并且继续留在同一 D 部分计划中，您的参与资格将自动续期至 2026 年。 如需了解有关此支付选项的更多信息，请致电我们： 1-833-750-9969。（TTY 用户请致电 1-800-716-3231。）或访问 www.Medicare.gov 。

第 3 节 如何更改计划

要留在 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划中，您不需要做任何事情。除非您在 12 月 7 日前选择其他计划或转为 Original Medicare 计划，否则您将自动投保我们的 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划。

如果您想更改 2026 年的计划，请遵循以下步骤：

- 要更改为不同的 Medicare 健康计划，请投保新计划。您将自动退出 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。
- 要切换到拥有 Medicare 药物承保的 Original Medicare，请投保新的 Medicare 药物计划。您将自动退出 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)。
- 若要切换至没有药物计划的 Original Medicare，您可以向我们提交书面申请以进行退保，或访问我们的网站在 go.wellcare.com/HealthNetCA 在线退保。如需了解如何操作的更多信息，请致电会员服务热线 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）。或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 联系 Medicare 并要求退保。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。如果您未投保 Medicare 药物计划，可能需支付 D 部分延迟投保罚金（详见第 4 节）。
- 如需了解 Original Medicare 计划及不同类型 Medicare 计划的更多信息，请访问 www.Medicare.gov，查阅《Medicare 与您 2026》手册，联系您所在州的健康保险援助计划

(参见第 5 节)，或拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

第 3.1 节 变更计划的截止日期

Medicare 投保人可在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日期间更改其承保范围。

如果您在 2026 年 1 月 1 日投保了 Medicare Advantage 计划，但对所选计划不满意，您可以在 2026 年 1 月 1 日至 3 月 31 日期间，切换至另一项 Medicare 健康计划（无论是否包含 Medicare 药物承保）或切换至 Original Medicare 计划（无论是否包含单独的 Medicare 药物承保）。

第 3.2 节 一年中是否有其他时间进行更改？

在某些情况下，人们可能有其他机会在一年中改变他们的保险范围。示例包括符合以下条件的人员：

- 享有 California Medi-Cal (Medicaid)
- 获得额外帮助以支付他们的药物费用
- 已经或即将离开雇主保险范围
- 离开计划的服务区域

由于您享有 California Medi-Cal (Medicaid)，因此您可以在一年中的任何一个月，通过选择以下 Medicare 选项之一来终止您的计划会员资格：

- Original Medicare，并另行选择 Medicare 处方药计划；
- Original Medicare 不另行选择 Medicare 处方药计划（如果您选择此选项，Medicare 可能会将您纳入药物计划，除非您已选择退出自动投保。）；或
- 如果符合资格，选择一项整合型 D-SNP，该计划将为您提供 Medicare 以及大部分或全部 California Medi-Cal (Medicaid) 福利和服务。

如果您最近搬入或目前住在某个机构（如专业护理机构或长期护理医院），您可以**随时**更改您的 Medicare 承保范围。您可以随时更改为任何其他 Medicare 健康计划（有或没有 Medicare 药物承保）或切换到 Original Medicare（有或没有单独的 Medicare 药物承保）。如果您最近搬出了一家机构，则有机会在搬出后的 2 个完整月内转换计划或切换到 Original Medicare。

第 4 节 获得处方药的支付帮助

您可能有机会获得处方药的支付帮助。可提供不同类型的帮助：

- **来自 Medicare 的额外帮助。**收入有限的人可能有资格获得额外帮助，以支付处方药费用。如果您符合条件，Medicare 可能承担您药物费用的 75% 或更多，包括每月药物计划

保费、年度自付额和共同保险费用。此外，符合条件的人员将不会被处以延迟投保罚款。要查看您是否符合资格，请致电：

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048，每周 7 天、每天 24 小时均可拨打。
- 社会保障局，电话：1-800-772-1213，周一至周五上午 8 点至晚上 7 点，可联系客服代表。自动语音服务 24 小时全天候提供。TTY 用户可拨打 1-800-325-0778。
- 您所在州的 California Medi-Cal (Medicaid) 办公室。
- **HIV/爱滋病患者的处方费用分摊援助。**爱滋病药物援助计划 (ADAP) 旨在确保符合 ADAP 资格的 HIV/爱滋病患者能够获得挽救生命的抗 HIV 药物。要符合您所在州 ADAP 的资格要求，您必须满足以下条件：提供州居住证明和 HIV 状况证明、符合州定义的低收入标准，以及无保险或保险不足的状况。同时由 ADAP 承保的 Medicare Part D 药物可通过爱滋病药物援助计划 (ADAP) 获得处方药费用分摊援助。如需了解资格标准、覆盖药物、如何加入该计划，或如果您已加入该计划，如何继续获得帮助，请致电爱滋病药物援助计划 (ADAP) 热线 1-844-421-7050 (TTY 711)，服务时间为当地时间上午 8 点至下午 5 点，周一至周五（节假日除外）。致电时，请务必告知他们您的 Medicare Part D 计划名称或保单编号。
- **Medicare 处方药付款计划。**Medicare 处方药付款计划是一种支付选项，可与您当前的药物保障计划配合使用，帮助您管理由本计划覆盖的药物自付费用，通过将费用分摊到整个日历年（1 月至 12 月）来实现。任何拥有 Medicare 药物计划或包含药物承保的 Medicare 健康计划（例如拥有药物承保范围的 Medicare Advantage 计划）的人均可使用此支付选项。此支付选项可以帮助您管理费用，但它不会为您节省资金或降低药物费用。

对于符合条件的人士，Medicare 的额外帮助以及 SPAP 和 ADAP 的帮助比参与 Medicare 处方药付款计划更具优势。无论收入水平如何，所有会员都有资格参加 Medicare 处方药付款计划。要了解有关此支付选项的更多信息，请致电 1-833-750-9969 (TTY 用户请致电 1-800-716-3231) 或访问 www.Medicare.gov。

第 5 节 问题？

从 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 获得帮助

- 致电会员服务部，电话：1-800-431-9007。（TTY 用户拨打 711。）

我们提供电话咨询服务。10 月 1 日至 3 月 31 日，客服代表每周一至周日，上午 8 点至晚上 8 点提供服务。4 月 1 日至 9 月 30 日，客服代表每周一至周五，上午 8 点至晚上 8 点提供服务。拨打这些号码是免费的。

- **阅读您的 2026 年承保证明**

本年度变更通知概述了 2026 年福利和费用的变化。有关详细信息，请参阅 2026 年 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 《承保证明》。承保证明是关于我们的计划福利的合法、详细描述。它解释了您获得承保服务和处方药所需的权利和规则。请访问我们的网站 go.wellcare.com/HealthNetCA 获取《承保证明》，或致电会员服务部 1-800-431-9007（TTY 用户请致电 711），要求我们邮寄一份副本。

- **访问 go.wellcare.com/HealthNetCA**

我们的网站提供了关于我们提供者网络（*提供者和药房目录*）和承保药物清单（*处方集/药物清单*）的最新信息。

获得有关 Medicare 的免费咨询

州健康保险援助计划 (SHIP) 是一个独立的政府计划，每个州都有训练有素的顾问。在 California，SHIP 被称为 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)。

致 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP)，获取免费个性化健康保险咨询。他们可以帮助您了解您的 Medicare 和 California Medi-Cal (Medicaid) 计划选择，并回答关于更换计划的问题。拨打 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 热线 1-800-434-0222。访问 (www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/) 了解有关 California 健康保险咨询与倡导计划 (HICAP) 的更多信息。

从 Medicare 获得帮助

- **致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

您可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每周 7 天、每天 24 小时提供服务。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。

- **与 www.Medicare.gov 实时聊天**

您可以在 www.Medicare.gov/talk-to-someone 上实时聊天。

- **写信给 Medicare**

您可以写信给 Medicare，地址为 PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **访问 www.Medicare.gov**

Medicare 官方网站提供有关费用、承保范围和质量星级评级的信息，以帮助您比较您所在地区的 Medicare 健康计划。

- 阅读《*Medicare 与您 2026*》

《*Medicare 与您 2026*》手册每年秋天都会邮寄给 Medicare 投保人。它总结了 Medicare 福利、权利和保护，并回答了有关 Medicare 的最常见问题。请访问 www.Medicare.gov 或致电 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 获取副本。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。

从 California Medi-Cal (Medicaid) 获得帮助

美国太平洋时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点致电 1-800-541-5555，联系 California Medi-Cal (Medicaid)。TTY 用户请致电 1-800-430-7077 寻求有关 California Medi-Cal (Medicaid) 投保或福利问题的帮助。

Nondiscrimination Notice

Discrimination is against the law. Wellcare By Health Net follows State and Federal civil rights laws. Wellcare By Health Net does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Wellcare By Health Net provides:

- Free aids and services in a timely manner to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services in a timely manner to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Wellcare By Health Net by calling **1-800-431-9007**. Between October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays. If you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

Wellcare By Health Net

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

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

How to File a Grievance

If you believe that Wellcare By Health Net has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with the 1557 Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact Wellcare By Health Net's 1557 Coordinator by calling **1-855-577-8234**, Monday - Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. ET, or, if you cannot hear or speak well, please call **TTY 711**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
1557 Coordinator
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631
- **By fax:** **1-866-388-1769**
- **In person:** Visit your doctor's office or Wellcare By Health Net and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit Wellcare By Health Net's website at **go.wellcare.com/HealthNetCA**.

- **By Email:** SM_Section1557Coord@centene.com

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
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

Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

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

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <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 of charge.

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, գանգահարեք 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，如盲文文件和大数据文件。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: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ 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, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

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 serbisyong 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.