

由 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，您将继续保持 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 会员状态。
- 如需更换为其他计划，请访问 www.Medicare.gov 或查看《2026 年 Medicare 与您》手册背面的列表。
- 请注意，本文件仅为变更内容的摘要。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（文本电话 (TTY) 用户请拨打 711）索要邮寄副本。

更多资源

- 本材料提供西班牙语和中文版本，可免费获取。
- 请拨打 1-800-431-9007（TTY 用户请拨打 711）致电会员服务部了解更多信息。服务时间：10 月 1 日至次年 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 Part D 赞助商。我们的 D-SNP 计划与州 Medicaid 计划签订了合约。能否参保我们的计划取决于合同的续签。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。
- 本材料中凡提及“我们”或“我方”，均指 Health Net Community Solutions, Inc.。凡提及“计划”“我们的计划”或“本计划”，均指 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划。
- 2026 年 1 月 1 日，Health Net Community Solutions, Inc. 将把 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 与我们旗下的另一计划——Wellcare Dual Liberty (HMO D-

SNP) 进行合并。本材料将向您介绍, 您当前在 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 中享有的福利与您自 2026 年 1 月 1 日起作为 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 会员将享有的福利之间的差异。

- **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_H3561_001_2026_CA_ANOC_DSNP_4608706CHS_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 每月保费的变更.....	8
第 1.2 节 您的自付费用上限变更.....	8
第 1.3 节 医疗服务提供者网络的变更.....	9
第 1.4 节 药房网络的变更.....	9
第 1.5 节 医疗服务的福利与费用变更.....	9
第 1.6 节 Part D 药物承保范围变更.....	16
第 1.7 节 处方药福利和费用的变更.....	17
第 2 节 行政变更.....	21
第 3 节 如何更改计划	23
第 3.1 节 变更计划的截止日期.....	23
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 有问题?	25
获取 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的帮助.....	25
获得有关 Medicare 的免费咨询.....	26
从 Medicare 获得帮助.....	26
获得 California Medi-Cal (Medicaid) 的帮助.....	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>因为您已获得额外帮助 (Extra Help)，所以您无需为本计划支付保费。</p>	\$0	\$0
<p>自付费用上限</p> <p>这是您为承保的 Part A 和 Part B 服务支付的<u>最高</u>费用。 (有关详情，请参阅第 1.2 节。)</p>	<p>\$9,350</p> <p>对于承保的 Part A 和 Part B 服务，您无需承担任何计入自付费用上限的自付费用。</p>	<p>\$9,250</p> <p>对于承保的 Part A 和 Part B 服务，您无需承担任何计入自付费用上限的自付费用。</p>
初级保健诊所就诊	每次就诊共付额 \$0	每次就诊共付额 \$0
专科医生诊所就诊	每次就诊共付额 \$0	每次就诊共付额 \$0
<p>住院治疗</p> <p>包括急性住院、康复住院、长期护理医院以及其他类型的住院医疗服务。</p> <p>住院治疗服务自您凭医生医嘱正式入院之日起开始计算。</p> <p>出院前一天为您的最后一个住院日。</p>	<p>对于承保的住院，每次住院：</p> <p>每次承保的住院共付额 \$0</p>	<p>对于承保的住院，每次住院：</p> <p>每次承保的住院共付额 \$0</p>
<p>Part D 药物承保免赔额</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 Part D 疫苗。</p> <p>如果您获得额外帮助，您需支付以下金额：</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		免赔额: \$0
<p>Part D 药物承保 (请参阅第 1.7 节了解详情, 包括年度免赔额、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/共同保险: 所有承保的 Part D 药物共付额 \$0。</p> <p>灾难性承保阶段: 在此付款阶段, 您无需为承保的 Part D 药物支付任何费用。</p>	<p>如果您从 Medicare 获得额外帮助, 您需支付您的低收入补贴 (LIS) 分摊费用, 如您的 2026 年 LIS 附录所示。</p> <p>如果您没有获得额外帮助, 您需支付以下分摊费用: 初始承保阶段的共付额/共同保险:</p> <p>药物第 1 级: 标准费用分摊: \$19 共付额, 适用于一个月 (30 天) 的药物供应量。 首选费用分摊: \$18 共付额, 适用于一个月 (30 天) 的药物供应量。</p> <p>药物第 2 级: 标准费用分摊: \$20 共付额, 适用于一个月 (30 天) 的药物供应量。 首选费用分摊: \$19 共付额, 适用于一个月 (30 天) 的药物供应量。</p> <p>药物第 3 级: 标准费用分摊: 一个月 (30 天) 供应量总费用的 25%。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品，您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。</p> <p>首选费用分摊： 一个月（30 天）供应量总费用的 25%。</p> <p>对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品，您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。</p> <p>药物第 4 级： 标准费用分摊： \$100 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应量。</p> <p>对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品，您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。</p> <p>首选费用分摊： \$100 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应量。</p> <p>对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品，您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>低者。</p> <p>药物第 5 级： 标准费用分摊： 一个月（30 天）供应量总费用的 25%。 首选费用分摊： 一个月（30 天）供应量总费用的 25%。</p> <p>药物第 6 级： 标准费用分摊： \$0 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应量。 首选费用分摊： \$0 共付额，适用于一个月（30 天）的药物供应量。</p> <p>灾难性承保阶段： 在此付款阶段，您无需为承保的 Part D 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。) 因为您已获得额外帮助, 所以您无需为本计划支付保费。	\$0	\$0

第 1.2 节 您的自付费用上限变更

Medicare 要求所有健康计划对您全年的自付费用设定上限。这一上限称为“自付费用上限”。一旦您支付的费用达到该金额, 在本日历年剩余时间内, 您通常无需为承保的 Part A 和 Part B 服务支付任何费用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
自付费用上限 因为我们的会员也从 California Medi-Cal (Medicaid) 获得帮助, 所以很少有会员达到自付费用上限。 对于承保的 Part A 和 Part B 服务, 您无需承担任何计入自付费用上限的自付费用。 您的承保医疗服务费用 (如共付额) 计入您的自付费用上限。 您的处方药费用不计入您的自付费用	\$9,350	\$9,250 一旦您在承保的 Part A 和 Part B 服务上支付的自付费用达到 \$9,250, 在本日历年剩余时间内, 您无需再为这些承保的 Part A 和 Part B 服务支付任何费用。

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
上限。		

第 1.3 节 医疗服务提供者网络的变更

我们明年的医疗服务提供者网络发生了变化。查看《2026 年医疗服务提供者 and 药房名录》(go.wellcare.com/2026providerdirectories) 以了解您的医疗服务提供者（初级保健医生、专科医生、医院等）是否在我们的网络中。以下是获取最新《医疗服务提供者 and 药房名录》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) 以获取最新的医疗服务提供者信息或要求我们给您邮寄《医疗服务提供者 and 药房名录》。

在计划年度期间，我们可能会对纳入本计划的医院、医生及专科医生（医疗服务提供者）进行调整。如果年中医疗服务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。有关网络内医疗服务提供者退出本计划时您所享有的权利的更多信息，请参阅您的《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 年医疗服务提供者 and 药房名录》(go.wellcare.com/2026providerdirectories)，了解哪些药房在我们的网络内。以下是获取最新《医疗服务提供者 and 药房名录》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《医疗服务提供者 and 药房名录》。

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 医疗服务的福利与费用变更

年度变更通知告知您 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变更。</p> <p>医师/执业者服务（包括医生诊所就诊）——新增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>无论您的福利是否需要事先授权，都可能仍需获得本计划的转诊。</p>	<p>医师/执业者服务（包括医生诊所就诊）——新增远程医疗服务<u>无需</u>事先授权。</p> <p>视力护理——Medicare 承保的眼镜<u>无需</u>事先授权。</p> <p>无论您的福利是否需要事先授权，都可能仍需获得本计划的转诊。</p>
紧急服务——全球紧急情况承保	<p>每次承保服务您需支付 \$110 的共付额。</p> <p>即使您已住院，该共付额也<u>不</u>予免除。</p>	<p>每次承保服务您需支付 \$115 的共付额。</p> <p>即使您已住院，该共付额也<u>不</u>予免除。</p>
紧急服务——全球紧急情况承保	<p>每次承保服务您需支付 \$110 的共付额。</p> <p>即使您已住院，该共付额也<u>不</u>予免除。</p>	<p>每次承保服务您需支付 \$115 的共付额。</p> <p>即使您已住院，该共付额也<u>不</u>予免除。</p>
健身福利	<p>网络内健身服务的共付额为 \$0。</p> <p>Peerfit Move 是一项灵活的健身福利，每月提供积分，可用于多家大型健身房或当地健身工作室。会员每月将获得 32 个积分，可用于自主选择健身项目。积分可用于每月健身房会员资格，包括不限次数的</p>	<p>健身福利<u>不</u>予承保</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	<p>场馆使用权限、所有设施及课程使用权限，以及/或参加健身工作室课程，还可兑换包含家用健身套装的 FitKits。会员还可免费观看无限量健身视频，无需消耗积分，共付额为 \$0。</p> <p>每月分配的未使用积分不结转至次月，每月 1 日将重新发放。会员可选择购买额外积分。</p>	
听力服务——助听器	每年每只耳朵的助听器补贴最高为 \$1,000。	每年每只耳朵的助听器补贴最高为 \$350。
足病服务——常规足部护理	每次常规足病服务的共付额为 \$0，每年承保最多 12 次就诊。	足病服务——常规足部护理 <u>不予承保</u> 。
<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>	不提供 SSBCI 福利。	<p>如果您有资格获取 SSBCI，可将每月的 Wellcare Spendables® 补贴用于以下福利。该补贴与您的非处方 (OTC)、牙科、视力及听力福利补贴合并计算。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>您需支付 \$0 的共付额有关 Wellcare Spendables® 卡的更多信息，请参阅此表中的 Wellcare Spendables®</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>福利一行。</p> <p>加油机加油付款 如果符合资格，您可使用 Wellcare Spendables® 卡在加油站直接支付油费。该卡不可用于在收银台现场支付。您的卡仅可用于支付不超过可用补贴金额的加油费用。</p> <p>健康食品 如果符合资格，您可使用 Wellcare Spendables® 卡在合作零售商处支付经批准的健康营养食品及农产品费用。可通过在线平台订购预制餐食和农产品礼盒。该补贴不可用于购买烟草或酒精类产品。</p> <p>经批准的物品包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 肉类和家禽• 新鲜水果和蔬菜• 营养饮品 <p>家庭辅助及安全用品 如果符合资格，您可使用该卡支付家庭辅助及安全用品的费用，包括部分产品的安装服务费用。经批准的项目和服务包括：</p> <ul style="list-style-type: none">• 扶手或门把手和防滑地板覆盖物

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 害虫和昆虫防治用品与上门处理服务 <p>公用事业支持 如果符合资格，您可使用 Wellcare Spendables® 卡支付计划批准的家庭公用事业费用，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 电费、天然气、卫生 / 垃圾和水费 • 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） • 特定石油类支出，如家用取暖油 <p>租金支持 如果符合资格，您可使用 Wellcare Spendables® 卡支付家庭租金费用。</p>
运输服务	<p>每年在我们的服务区域内，12 次非紧急出行的共付额为 \$0。</p> <p>出行（也称为“行程”）限制为单程 75 英里，每天最多 4 次单程出行。常规医疗出</p>	<p>非紧急医疗运输不予承保。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	<p>行需提前至多 1 个月且至少 3 天预约。当日出行服务需视供应情况而定。出行指乘坐出租车、面包车或拼车服务前往医疗地点的单程交通。</p>	
<p>价值型保险设计 (VBID) 模式</p>	<p>您需支付 \$0 共付额。由于您的保险计划参与了价值型保险设计项目，您可将 Wellcare Spendables® 补贴用于以下福利：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 加油机加油付款：在加油站直接支付油费 • 健康食品 在合作零售商处购买经批准的健康营养食品及农产品 • 家庭改善用品：补贴家庭改善及安全用品的费用 • 租金支持 家庭租金费用 • 公用事业支持 计划批准的家庭公用事业费用 <p>有关 Wellcare Spendables® 卡的更多信息，请参阅此表中的 Wellcare Spendables® 福利一行。</p> <p>Medicare 批准</p>	<p>不提供价值型保险设计模式福利。</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	<p>Wellcare 在价值型保险 设计项目中提供这些福 利。该项目可以让 Medicare 得以尝试新方 式来改进 Medicare Advantage 计划。</p>	
<p>Wellcare Spendables®</p>	<p>您需支付 \$0 共付额。 您将获得每月 \$61 的补 贴，可用于特定福利项 目。</p> <p>有关价值型保险设计 (VBID) 模式项目的福利 变更信息，请参阅本表 格中的“价值型保险设 计 (VBID) 模式福利” 一行。</p> <p>非处方 (OTC) 物品 您可在合作零售点使用 该卡，或通过移动应用 程序、登录会员门户下 单，享受送货上门服 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>您需支付 \$0 共付额。 您的 Wellcare Spendables® 卡每月将 预存 \$71 补贴，可用 于非处方 (OTC) 物 品、牙科、视力及听力 服务。每月未使用的补 贴可结转至次月，在计 划年度结束时失效。</p> <p>您的卡津贴可用于：</p> <p>非处方 (OTC) 物品 您可在合作零售点使 用该卡，或通过移动 应用程序、登录会员 门户下单，享受送货 上门服务。</p> <p>牙科、视力和听力 您 可使用该卡减少符合 条件的牙科、视力和/ 或听力服务的自付费 用。该卡可直接用于 向牙科、视力或听力 服务提供者付款。详 情请参阅您的《承保 证明》。</p> <p>下文所述福利是 SSBCI 的一部分。并</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>非所有会员都符合资格。您必须满足以下计划福利的资格标准。如果您符合资格，您的卡补贴也可用于：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 加油机加油付款 • 健康食品 • 家庭辅助及安全用品 • 租金支持 • 公用事业支持 • 虫害控制物品和服务 <p>有关这些福利的更多信息，请参阅本表格中的慢性病特殊补充福利 (SSBCI) 一行。</p>

第 1.6 节 Part D 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 Part D 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 Part D 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）、第 5 级（特殊等级）和第 6 级（精选护理药物）药物的全部费用，直到您达到年度免赔额。

- **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 Part D 药物支付任何费用。您通常在这个日历年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 Part D 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)
年度免赔额	由于我们没有免赔额，因此此付款阶段不适用于您。	<p>\$425</p> <p>在此阶段，对于第 1 级药物（首选仿制药），您需支付 \$19 标准费用分摊额或 \$18 首选费用分摊额；对于第 6 级药物（精选护理药物），费用分摊额为 \$0；对于第 2 级药物（仿制药）、第 3 级药物（首选原研药）、第 4 级药物（非首选药物）和第 5 级药物（特殊等级），在达到年度免赔额前，您需支付全额费用。</p>

第 2 阶段的药物费用：初始承保范围

该表格显示了您在网络内药房以标准分摊费用和首选分摊费用方式购买一个月用量的处方药的每张处方费用。

大多数成人 Part D 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，请参阅您的《承保证明》的第 6 章。

当您为 Part D 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)
药物第 1 级 — 首选仿制药：	您需要为所有承保的 Part D 药物支付的共	标准费用分摊：您需支

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
	付额为 \$0。 您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。	付 \$19 的共付额 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。 <i>首选费用分摊:</i> 您支付 \$18 的共付额 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。
药物第 2 级 — 仿制药:	您需要为所有承保的 Part D 药物支付的共付额为 \$0。 您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。	<i>标准费用分摊:</i> 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。 <i>首选费用分摊:</i> 您需支付 \$19 的共付额 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。
药物第 3 级 — 首选原研药:	您需要为所有承保的 Part D 药物支付的共付额为 \$0。 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。	<i>标准费用分摊:</i> 您支付总费用的 25% 对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品, 您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。 <i>首选费用分摊:</i> 您支付总费用的 25% 对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品, 您

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		<p>需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。</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 4 级 — 非首选药物:</p>	<p>您需要为所有承保的 Part D 药物支付的共付额为 \$0。</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>对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品, 您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。</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>对于属于该层级的每一种承保胰岛素产品, 您需对每月的供应量支付 \$35 与 25% 费用中的较低者。</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>您需要为所有承保 Part D 药物支付的共付额为 \$0。</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</p>

	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
		购处方药不在承保范围内。
药物第 6 级 - 精选护理药物:	您需要为所有承保的 Part D 药物支付的共付额为 \$0。 您一个月 (30 天) 邮购处方的费用为 \$0。	标准费用分摊: 您支付 \$0 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 \$0 的共付额 一个月 (30 天) 的邮购处方药不在承保范围内。

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 Part D 福利的变更

描述	2025 年 (今年)	2026 年 (明年)
Part D 费用分担免除	由于您符合 Part D 费用分摊免除的条件，所有承保的 Part D 药物均无需您支付费用。	<u>不提供</u> Part D 费用分摊免除，因此您需支付 LIS 的费用分摊额。详情请参阅您的《LIS 附录》。

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。有关详细信息，请参阅您的《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。有关详细信息，请参阅您的《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。有关详细信息，请参阅您的《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。有关详细信息，请参阅您的《承保证明》第 10 章。
首选 Part B 糖尿病产品	OneTouch™ 是我们首选的糖尿病检测用品（血糖监测仪和试纸）品牌。除非有医疗必要性并经过批准，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（血糖监测仪和试纸）品牌。除非有医疗必要性并经过批准，否则其他品牌不予承保。
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	如果您正在参与 Medicare 处方药付款计划，并且继续参加同一 Part D 计划中，您的参保将自动续期至 2026 年。 如需了解有关此支付选

	2025 年（今年）	2026 年（明年）
	用。您可能已参与该支付选项。	项的更多信息，请致电我们：1-833-750-9969（TTY 用户请拨打 1-800-716-3231）或访问 www.Medicare.gov 。

第 3 节 如何更改计划

想要继续参加 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 计划，您无需采取任何行动。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)。

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 Part D 迟延投保罚金（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《2026 年 Medicare 与您》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:

- 拥有 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), 您可在一年中的任何月份通过选择以下任一 Medicare, 终止本计划的会员资格:

- Original Medicare, *附加*单独的 Medicare 处方药计划,
- Original Medicare, (*不附加*单独的 Medicare 处方药计划) (若选择此选项, 除非您已选择退出自动参保, 否则 Medicare 可能会为您登记加入某处方药计划), 或
- (若符合资格) 综合性 D-SNP 计划——该计划将您的 Medicare 及大部分或全部 California Medi-Cal (Medicaid) 福利与服务整合在单一计划中。

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更换到 Original Medicare。

第 4 节 获得处方药的支付帮助

您可能有资格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迟延投保罚款。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, 该热线每周 7 天、每天 24 小时服务。

- 社会保障局，电话：1-800-772-1213，从周一至周五上午 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) 办事处。
- **HIV/艾滋病患者的处方费用分摊援助。** 艾滋病药物援助计划 (ADAP) 旨在确保符合 ADAP 资格的 HIV/艾滋病患者能够获得挽救生命的抗艾滋病药物。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 药物可通过艾滋病药物援助计划 (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，请致电艾滋病药物援助计划 (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，请拨打 1-833-750-9969 (TTY 用户请拨打 1-800-716-3231) 或访问 www.Medicare.gov。

第 5 节 有问题？

获取 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 的帮助

- 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 日至次年 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。这些通话均是免费的。

- 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，请访问 Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 2026 年的《承保证明》。《承保证明》是对我们计划福利

具有法律效力的详细描述。其中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

我们的网站有关于我们药房网络（《医疗服务提供者和药房名录》）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/](https://www.aging.ca.gov/Programs%20and%20Services/Medicare%20Counseling/) 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)，该热线每周 7 天、每天 24 小时提供服务。TTY 用户可拨打 1-877-486-2048。

- 在 www.Medicare.gov 上实时聊天

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《2026 年 Medicare 与您》

《2026 年 Medicare 与您》手册每年秋天都会邮寄给 Medicare 投保人。该手册总结了 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。

获得 California Medi-Cal (Medicaid) 的帮助

请致电 California Medi-Cal (Medicaid)，电话：1-800-541-5555，服务时间为太平洋时间周一至周五上午 8 点至下午 5 点。TTY 用户请拨打 1-800-430-7077，咨询 California Medi-Cal (Medicaid) 的参保或福利相关问题。

不歧视声明

歧视是违法行为。Wellcare By Health Net 遵守州和联邦的民权法律。Wellcare By Health Net 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

Wellcare By Health Net:

- 及时为残障人士提供免费的协助和服务，帮助他们更好地沟通，例如：
 - 合格的手语译员
 - 其他格式的书面信息（大字体、音频、可访问的电子格式、其他格式）
- 及时为母语非英语者提供免费的语言服务，例如：
 - 合格的口译员
 - 以其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请致电 **1-800-431-9007** 与 Wellcare By Health Net 联系。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期间，您可在周一至周日的上午 8 点至晚上 8 点致电我们。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期间，您可在周一至周五的上午 8 点至晚上 8 点致电我们。在非工作时间、周末和联邦节假日期间，我们将使用留言系统。如果您有听障或语障，请致电 **TTY 711**。应要求，本文件可以盲文、大字体、录音带或电子形式提供给您。若要获取这些替代格式之一的副本，请致电或致函：

Wellcare By Health Net

P.O. Box 10420

Van Nuys, CA 91410-0420

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

如何提交投诉

如果您认为 Wellcare By Health Net 未能提供这些服务或在性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族群身份、年龄、精神残疾、身体残疾、健康状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向方面存在其他非法歧视行为，您可以向 1557 协调员提交投诉。您可以通过电话，或以书面、亲自访问或电子方式提交投诉：

- **电话：**致电 **1-855-577-8234** 联系 Wellcare By Health Net 的 1557 协调员，服务时间为周一至周五上午 8 点至晚上 8 点 (ET)；如果您有听障或语障，请致电 **TTY 711**。
- **书面形式：**填写投诉表或写信并寄送到：
1557 Coordinator
P.O. Box 31384
Tampa, FL 33631
- **传真：** **1-866-388-1769**
- **亲自访问：**亲自前往您的医生诊所或 Wellcare By Health Net 并说明您希望提交投诉。
- **电子方式：**访问 Wellcare By Health Net 的网站：**go.wellcare.com/HealthNetCA**。
- **通过电子邮件：** **SM_Section1557Coord@centene.com**

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

您可以通过电话，或以书面或电子方式向 California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights 提交民权投诉：

- **电话：**请致电 1-916-440-7370。如果您有听障或语障，请致电 TTY 711（电信转接服务）。
- **书面形式：**填写投诉表或寄送信函至：
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

您可在下列网址获取投诉表格：http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- **电子方式：**发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

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

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您也可以通过电话、书面形式或电子方式向 U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 提交民权投诉：

- **电话：**请致电 1-800-368-1019。如果您有听障或语障，请致电 TTY/TDD 1-800-537-7697。
- **书面形式：**填写投诉表或寄送信函至：
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

您可在下列网址获取投诉表格：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/Index.html>。

- **电子方式：**访问 Office for Civil Rights 投诉门户网站：
<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 (TTY: 711) 1-800-431-9007 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.