

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)는 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. (Wellcare by 'Ohana Health Plan)에서 제공합니다

2025년 변경 사항 연간 공지

귀하는 현재 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO D-SNP)에 가입되어 있습니다. 내년에는 이 플랜의 비용과 혜택에 변경이 있을 예정입니다. **보험료를 포함한 중요 비용 요약은 5페이지를 참조해 주십시오.**

이 문서에는 귀하의 플랜에 대한 변경 사항이 설명되어 있습니다. 비용, 혜택 또는 규칙에 대한 자세한 내용은 당사의 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에서 **보장 범위 증명서**를 검토해 주십시오. 또한 가입자 서비스부에 전화하여 **보장 범위 증명서**를 우편으로 보내줄 것을 요청하실 수도 있습니다.

취해야 할 조치

1. 질문할 내용: 본인에게 해당하는 변경 사항

- ☐ 혜택과 비용에 적용되는 변동 사항을 살펴보고 자신에게 해당되는지 확인해 주십시오.
 - 의료 비용(의사, 병원)의 변경 사항을 검토합니다.
 - 보장 제한 및 비용 분담을 포함하여 의약품 보장에 대한 변경 사항을 검토합니다.
 - 보험료, 공제액 및 비용 분담에 지출할 금액에 대해 생각해 보십시오.
 - 2025년 “의약품 목록”의 변동 사항을 참조하여 현재 복용 중인 의약품이 계속 보장되는지 확인해 주십시오.
 - 2024년과 2025년 플랜 정보를 비교하여 이러한 의약품이 다른 비용 분담 범주로 이동하고 있는지 또는 2025년에 대해 사전 승인, 단계적 치료 또는 수량 제한과 같은 다른 제한 사항이 적용되는지 확인하십시오.
- ☐ 일차 진료의, 전문의, 병원 및 기타 의료 제공자(약국 포함)가 내년에 당사 네트워크에 소속되는지 확인해 주십시오.
- ☐ 귀하에게 처방약 비용을 보조 받을 자격이 있는지 확인해 주십시오. 소득이 제한된 사람들은 Medicare로부터 이러한 “추가 지원”(Extra Help)을 받을 자격이 있을 수 있습니다.
- ☐ 당사 플랜에 만족하고 계신지 고려해 주십시오.

2. 비교: 기타 플랜 선택 항목에 대해 알아보기

- 해당 지역의 플랜 보장과 비용에 대해 알아 보십시오. 웹사이트 www.medicare.gov/plan-compare에서 Medicare 플랜 찾기를 이용하거나 2025년 Medicare와 여러분 핸드북 뒷면에 있는 목록을 검토해 주십시오. 추가 지원이 필요한 경우, 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 연락하여 숙련된 상담사와 상담하십시오.
- 선호하는 플랜으로 검색 범위를 좁혔으면 해당 플랜의 웹사이트에서 비용과 보장 범위를 확인합니다.

3. 선택: 플랜 변경 여부 결정하기

- 2024년 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않으면 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO - POS D - SNP)를 계속 유지하게 됩니다.
- 다른 플랜으로 변경하려면 10월 15일부터 12월 7일 사이에 플랜을 전환하실 수 있습니다. 새 보장은 2025년 1월 1일부터 시작됩니다. 그러면 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 탈퇴됩니다.
- 가입자의 선택 항목에 대한 자세한 내용은 섹션 3, 18페이지를 참조해 주십시오.
- 가입자께서 최근에 전문요양시설이나 장기 간병 서비스 병원과 같은 기관에 들어갔거나, 현재 거주하고 있을 경우 언제든지 플랜을 전환하거나 Original Medicare (별도의 Medicare 처방약 플랜 여부에 관계없이)로 전환할 수 있습니다. 최근에 기관에서 나왔을 경우, 나온 달 이후 만 이 개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다.

기타 정보 자료

- 이 문서는 중국어, 한국어, 베트남어, 타갈로그어, 일로카노어, 사모아어, 하와이어, 캄보디아어, 몽어, 일본어, 라오어 및 태국어로 무료로 제공됩니다.
- 추가 정보를 원할 경우 저희 가입자 서비스부에 1-877-457-7621번으로 문의하십시오. (TTY 사용자는 711번을 이용해 주십시오). 운영 시간: 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과 전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 통화료는 무료입니다.
- 저희는 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 오디오, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식으로 된 플랜 정보가 필요하시면 가입자 서비스부로 연락해 주십시오.
- 이 플랜에서 제공하는 보장은 적격 의료 보험(QHC)의 자격을 갖추었으며 환자 보호 및 부담 적정 보험법(ACA)의 개인별 공동책임 요건을 충족합니다. 자세한 내용은 미국 국세청(IRS) 웹사이트 www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families를

참조하십시오.

Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 소개

- Wellcare는 Centene Corporation의 Medicare 상표로서 Medicare와 계약이 되어 있는 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이며, 승인된 파트 D 후원사입니다. 당사의 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 체결했습니다. 당사 플랜 등록은 계약 갱신에 따라 달라집니다. 또한 이 플랜은 Hawaii Medicaid 프로그램과 서면 계약하여 가입자의 Medicaid 혜택을 조율합니다.
 - 이 책자에서 “당사” 또는 “저희”라고 언급할 때 이는 WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.를 의미합니다. “플랜”, “당사 플랜” 또는 “저희 플랜”이라고 언급할 때는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)를 의미합니다.
-

H2491_026_2025_HI_ANOC_DSNP_154899K_M

2025년 변경 사항 연간 공지 목차

2025년 중요 비용 요약.....	5
섹션 1 플랜의 명칭 변경 예정.....	7
섹션 2 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항.....	7
섹션 2.1 – 월 보험료의 변경 사항	7
섹션 2.2 – 가입자 부담 최대한도액의 변경 사항	7
섹션 2.3 – 의료 제공자 및 약국 네트워크의 변경 사항	8
섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용의 변경 사항	9
섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장의 변경 사항	15
섹션 3 선택할 플랜 결정하기.....	18
섹션 3.1 – Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입 상태를 유지하려는 경우	18
섹션 3.2 – 플랜 변경을 원하는 경우	18
섹션 4 플랜 변경 기한	19
섹션 5 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램	19
섹션 6 처방약 비용 지원 프로그램.....	20
섹션 7 질문이 있으십니까?.....	20
섹션 7.1 – Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 도움 받기	20
섹션 7.2 – Medicare로부터 도움 받기	21
섹션 7.3 – Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)으로부터 도움 받기	22

2025년 중요 비용 요약

아래 표는 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 2024년 비용과 2025년 비용의 몇 가지 중요한 사항을 비교한 것입니다. 이러한 내용은 비용을 요약한 것에 불과하다는 점에 유의해 주십시오.

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
플랜 월 보험료*	\$0	\$0
* 귀하의 보험료는 이 금액보다 더 높을 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 2.1을 참조하십시오.		
의사 진료실 방문	일차 의료 기관 방문: 방문당 코페이먼트 \$0 전문의 방문: 방문당 코페이먼트 \$0	일차 의료 기관 방문: 방문당 코페이먼트 \$0 전문의 방문: 방문당 코페이먼트 \$0
병원 입원	보장되는 입원에 대해 입원 일 회당: 보장되는 병원 입원당 코페이먼트 \$0	보장되는 입원에 대해 입원 일 회당: 보장되는 병원 입원당 코페이먼트 \$0
파트 D 처방약 보장 (자세한 내용은 섹션 2.5를 참조하십시오.)	공제액: \$0 초기 보장 단계의 코페이먼트: 가입자는 보장되는 모든 파트 D 약에 대해 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 재해성 보장: 이 지불 단계에서 플랜은 가입자의 보장된 파트 D 약에 대해 전체 비용을 지급합니다. 가입자는 부담 금액이 없습니다.	공제액: \$0 초기 보장 단계의 코페이먼트: 가입자는 보장되는 모든 파트 D 약에 대해 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 재해성 보장: 이 지불 단계에서는 보장되는 파트 D 약에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
가입자 부담 최대한도액 파트 A 또는 파트 B에서 보장되는 서비스에 대해 가입자가 본인부담금으로 지불하는 최대 금액을 말합니다. (자세한 내용은 섹션 2.2를 참조하십시오).	네트워크 소속 의료 제공자의 서비스: \$8,850 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.	네트워크 소속 의료 제공자의 서비스: \$9,350 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다.

섹션 1 플랜의 명칭 변경 예정

2025년 1월 1일, 당사 플랜의 명칭이 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO D-SNP)에서 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)로 변경될 예정입니다.

2024년 12월 31일 또는 그 이전에 신규 플랜 이름이 기재된 새로운 ID 카드를 우편으로 받게 되실 것입니다. 앞으로 귀하의 2025년도 플랜 및 혜택에 관한 다른 모든 전달 사항에도 새로운 명칭이 반영될 것입니다.

섹션 2 내년도 혜택 및 비용의 변경 사항

섹션 2.1 – 월 보험료의 변경 사항

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
월 보험료 (또한 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에서 귀하를 대신해 납부하는 것이 아니라면, 귀하는 Medicare Part B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.)	\$0	\$0

섹션 2.2 – 가입자 부담 최대한도액의 변경 사항

Medicare는 모든 건강 플랜에 한 해 동안 본인부담금으로 지불해야 하는 금액의 한도를 정하고 있습니다. 이 한도액이 가입자 부담 최대한도액입니다. 이 한도 금액에 도달하면 일반적으로 가입자는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 해당 연도의 나머지 기간 동안 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
가입자 부담 최대한도액	\$8,850	\$9,350
또한 당사의 가입자는 Medicaid의 지원을 받기 때문에 이 본인부담금 최대 한도액에 도달하는 가입자는 거의 없습니다. 귀하는 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대한 가입자 부담 최대한도액에 대해 본인부담금을 지불할 책임이 없습니다. 보장받는 의료 서비스에 대한 가입자의 비용(예: 코페이먼트)은 가입자 부담 최대한도액에 산입됩니다. 가입자의 처방약에 대한 비용은 가입자 부담 최대한도액에 산입되지 않습니다.		파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 가입자가 본인부담금 \$9,350를 지불한 경우, 가입자는 해당 연도의 나머지 기간 동안 파트 A 및 파트 B 보장 서비스에 대해 어떤 비용도 지불하지 않습니다.

섹션 2.3 – 의료 제공자 및 약국 네트워크의 변경 사항

가입자가 지불하는 처방약 비용은 이용 약국에 따라 달라질 수 있습니다. Medicare 의약품 플랜에는 약국 네트워크가 있습니다. 대부분의 경우, 가입자의 처방약은 네트워크 소속 약국 중 한 곳에서 제조하여 발생하는 코페이먼트일 *경우에만* 보장을 받을 수 있습니다.

업데이트된 명부는 당사의 웹사이트 www.2025wellcaredirectories.com에 나와 있습니다. 또한 가입자 서비스부에 연락하여 업데이트된 의료 제공자 및/또는 약국 정보를 요청하거나 저희에게 명부를 우편으로 보내 달라고 요청하셔도 됩니다. 그러면 저희가 영업일 기준 3일 이내에 우편으로 보내드리겠습니다.

내년에는 저희의 제공자 네트워크에 변경 사항이 발생합니다. **2025년도 의료 제공자 및 약국 명부를 www.2025wellcaredirectories.com에서 검토하여 가입자의 의료 제공자(주치의, 전문의, 병원 등)가 당사 네트워크에 소속되어 있는지 확인하십시오.**

내년의 약국 네트워크에 변경 사항이 있습니다. 어떤 약국이 네트워크에 속해 있는지 알아보려면 **2025년 의료 제공자 및 약국 명부 www.2025wellcaredirectories.com을 검토해 주십시오.**

연중 상시 플랜 소속의 병원, 의사, 전문의(의료 제공자) 및 약국은 변경될 수 있음에 유의해 주십시오. 연중 당사 의료 제공자 변경이 귀하께 영향을 줄 경우 도움을 드릴 수 있도록 가입자 서비스부에 연락해 주십시오.

섹션 2.4 – 의료 서비스 혜택 및 비용의 변경 사항

변경 사항 연간 공지는 가입자의 Medicare 혜택과 비용에 대한 변경 사항에 대해 설명한다는 점을 유의하시기 바랍니다.

내년 특정 의료 서비스에 대한 비용과 혜택을 변경할 예정입니다. 아래의 정보는 이러한 변경 사항을 나타냅니다.

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
네트워크 비소속 서비스 지정 (POS) 보장 범위: 정기 치과 혜택	네트워크 비소속 POS 혜택은 없습니다.	네트워크 비소속 정기 (Medicare 비보장) 치과 서비스만 POS 혜택을 통해 보장됩니다. 정기 치과 혜택 한도가 있는 경우, 한도는 네트워크 소속 및 네트워크 비소속 의료 제공자 간에 통합됩니다. 네트워크 비소속 치과의를 이용할 경우 본인부담금이 더 높아질 수 있습니다. 네트워크 비소속 치과 서비스 제공자는 플랜 지불금을 전액 지불금으로 받기로 계약을 맺지 않았습니다. 플랜이 지불하는 금액보다 더 많은 금액을 청구하는 경우, 코페이먼트가 \$0인 서비스에 대해서도 차액에 대한 책임은 가입자에게 있습니다.
정기 지압요법 서비스	가입자는 정기 지압요법 서비스에 대해 매년 최대 12회까지 방문당 코페이먼트 \$0를 지불합니다.	정기 지압요법 서비스는 보장되지 <u>않습니다</u> .

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
정기 치과 서비스 - 종합 치과 서비스 - 진단 및 예방 치과 서비스	진단 치과 서비스는 종합 치과 서비스에 따라 보장됩니다.	진단 치과 서비스는 진단 및 예방 치과 서비스에 따라 보장됩니다.
정기 치과 서비스 - 종합 치과 서비스	네트워크 소속 보장 종합 치과 서비스에 대해 매년 최대 \$3,000의 보조금.	모든 네트워크 소속 및 비소속 보장 종합 치과 서비스에 대해 매년 최대 \$3,000의 보조금.
네트워크 비소속 서비스 지정 (POS) 보장 범위: 정기 종합 치과 혜택	네트워크 비소속 POS 혜택은 없습니다.	네트워크 비소속 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 종합 치과 보장 서비스에 대해 총 비용의 25%를 납부합니다.
정기 치과 서비스 - 진단 및 예방 치과 서비스 - 기타 진단 서비스	매년 기타 진단 서비스 1회로 제한됩니다.	매일~1년마다 1회의 기타 진단 서비스로 제한됩니다.
정기 치과 서비스 - 종합 치과 서비스 - 구강 및 악안면 수술	보장 서비스 유형에 따라 12~60개월 또는 평생 또는 평생 치아당 일 회로 제한됩니다.	서비스 유형에 따라 평생 구강 및 악안면 수술 1회로 제한됩니다.
정기 치과 서비스 - 종합 치과 서비스 - 보철술 - 고정	서비스 유형에 따라 12~84개월마다 1회의 보철 고정 서비스로 제한됩니다.	서비스 유형에 따라 7년마다 1회의 보철 고정 서비스로 제한됩니다.
네트워크 비소속 서비스 지정 (POS) 보장 범위: 정기 진단 및 예방 치과 혜택	네트워크 비소속 POS 혜택은 없습니다.	네트워크 비소속 가입자는 네트워크 비소속 의료 제공자로부터 받은 예방 치과 보장 서비스에 대해 총 비용의 25%를 납부합니다.
정기 치과 서비스 - 종합 치과 서비스 - 일반 부속 서비스	서비스 유형에 따라 매일~60개월마다 일반 부속 서비스 1회로 제한됩니다.	부속 치과 서비스 주기는 서비스 유형에 따라 서비스 날짜당부터 무제한 방문까지 다양합니다.

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
정기 치과 서비스 – 종합 치과 서비스 – 보철술 - 분리형	서비스 유형에 따라 12~84개월마다 보철, 탈착식 서비스 1회로 제한됩니다.	서비스 유형에 따라 6개월~5년마다 보철, 탈착식 서비스 1회로 제한됩니다.
정기 치과 서비스 – 진단 및 예방 치과 서비스 – 기타 예방 치과 서비스	서비스 유형에 따라 6~60개월마다 1회의 기타 예방 치과 서비스로 제한됩니다.	서비스 유형에 따라 매일~1년마다 1회의 기타 예방 치과 서비스로 제한됩니다.
응급 치료 – 전 세계 응급 치료 보장	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$100를 지불합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다</u> .	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$110를 지불합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다</u> .
피트니스 혜택	가입자는 피트니스 혜택에 대해 자기분담금 \$0를 납부합니다. 피트니스 혜택에는 참여하는 피트니스 센터의 피트니스 센터 멤버십 또는 웨어러블 피트니스 트래커가 포함된 홈 피트니스 키트가 포함됩니다. 일 년에 최대 1개의 키트를 받을 수 있습니다. 가입자는 디지털 피트니스 프로그램, 1:1 건강 노화 코칭 프로그램 및 웰빙 클럽도 이용할 수 있습니다.	가입자는 피트니스 혜택에 대해 자기분담금 \$0를 납부합니다. 피트니스 혜택에는 참여하는 피트니스 센터의 피트니스 센터 멤버십 또는 웨어러블 피트니스 트래커가 포함된 홈 피트니스 키트가 포함됩니다. 일 년에 최대 1개의 키트를 받을 수 있습니다. 가입자는 디지털 피트니스 프로그램, 1:1 웰빙 코칭 프로그램 및 웰빙 클럽도 이용할 수 있습니다.
영양/식이요법 상담 혜택	가입자는 개별 영양/식이요법 상담 방문당 코페이먼트 \$0를 지불합니다.	영양/식이요법 상담 방문은 보장되지 <u>않습니다</u> .

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
외래 정신 건강 관리 – 비정신과 서비스 – 그룹 세션	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 이 서비스에 대한 원격의료는 보장되지 <u>않습니다</u> .	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 이 서비스에 대한 원격医료를 보장합니다.
외래 정신 건강 관리 – 정신과 서비스 – 그룹 세션	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 이 서비스에 대한 원격의료는 보장되지 <u>않습니다</u> .	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 이 서비스에 대한 원격医료를 보장합니다.
외래 약물 사용 장애 서비스 – 그룹 세션	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 이 서비스에 대한 원격의료는 보장되지 <u>않습니다</u> .	Medicare에서 보장하는 그룹 세션마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 이 서비스에 대한 원격医료를 보장합니다.
추가 흡연 중단	가입자는 매년 최대 5회까지의 보장 서비스마다 코페이먼트 \$0를 지불합니다.	추가 금연 서비스는 보장되지 <u>않습니다</u> .
긴급하게 필요한 서비스 – 전 세계 긴급 진료 서비스	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$100를 지불합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다</u> .	가입자는 보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$110를 지불합니다. 병원에 입원하는 경우 코페이먼트가 면제되지 <u>않습니다</u> .

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 Medicare는 Wellcare가 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 이러한 혜택을 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다.	코페이먼트 \$0를 지불합니다. Wellcare Spendables™ 보조금을 특정 혜택에 사용할 수 있습니다. 가정 개선 및 안전 품목은 포함되지 <u>않습니다</u> . 자세한 정보는 보장 범위 증명서(EOC)를 참고하십시오.	코페이먼트 \$0를 지불합니다. Wellcare Spendables™ 보조금을 특정 혜택에 사용할 수 있습니다. 가정 개선 및 안전 품목이 포함됩니다. 자세한 정보는 보장 범위 증명서(EOC)를 참고하십시오.
Wellcare Spendables™	코페이먼트 \$0를 지불합니다. 가입자는 특정 혜택에 사용할 수 있는 월 보조금 \$85를 받습니다. 최대 혜택은 매년 \$1,020입니다. VBID 프로그램 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 이 차트의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 섹션을 참조하십시오.	코페이먼트 \$0를 지불합니다. 가입자는 특정 혜택에 사용할 수 있는 월 보조금 \$59를 받습니다. VBID 프로그램 혜택 변경 사항에 대한 자세한 내용은 이 차트의 가치 기반 보험 설계(VBID) 모델 섹션을 참조하십시오.

비용	2024년(올해)	2025년(내년)
소셜 지원 플랫폼	사회적 지원 플랫폼은 보장 혜택이 <u>아닙니다</u>.	보장되는 서비스마다 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 매년 무제한 소셜 지원 플랫폼 서비스. 당사의 플랜은 가입자의 전반적인 웰빙을 지원하는 온라인 소셜 지원 플랫폼을 제공합니다. 가입자는 지역사회, 치료 활동 및 플랜이 후원하는 자원을 이용하여 스트레스와 불안을 관리할 수 있습니다. 가입자는 이 플랫폼을 통해 쉽게 가입하고 계속 참여하여 건강한 행동 건강 여정을 유지할 수 있습니다. 온라인에서 주 7일 24시간 이용할 수 있으므로 원할 때에는 언제든지 이용할 수 있습니다. Twill 플랫폼에는 다음이 포함됩니다. • 맞춤형 웰빙 프로그램 • 피어 및 전문가 지원 • 맞춤형 디지털 건강 도구 자세한 정보는 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

섹션 2.5 – 파트 D 처방약 보장의 변경 사항

의약품 목록에 관계된 변경 사항

저희의 보장 의약품 목록은 처방규정 또는 의약품 목록이라고 부릅니다. 의약품 목록 사본은 전자식으로 제공됩니다.

당사는 의약품 목록을 변경했습니다. 여기에는 의약품의 제거 또는 추가, 특정 의약품에 대한 보장에 적용되는 제한사항의 변경, 또는 다른 비용 부담 범주로의 이동이 포함될 수 있습니다.

의약품 목록을 검토하셔서 내년에 귀하의 의약품이 보장되는지 확인하시고 제한 사항이 있는지, 또는 귀하의 의약품이 다른 비용 부담 범주로 이동하였는지 확인해 주십시오.

의약품 목록의 대부분의 변경 사항은 매년 초에 새로 변경된 사항입니다. 하지만 플랜 연도에 귀하에게 영향을 주게 될 Medicare 규칙으로 허용된 변경사항이 있을 수 있습니다. 당사는 최신 의약품 목록을 제공하기 위해 최소 한 달에 한 번 온라인 의약품 목록을 갱신합니다. 가입자가 복용 중인 의약품에 대한 접근에 영향을 주는 변경을 하는 경우, 당사는 변경에 대한 고지를 보내드립니다.

올해 초 또는 연중 의약품 보장의 변화에 영향을 받는 경우, *보장 범위 증명서*의 9장을 검토하고 담당 의사와 상담하여 임시 공급분 요청, 예외 처리 요청 및/또는 새 의약품 찾기 등과 같은 옵션을 확인해 주십시오. 자세한 내용은 가입자 서비스부에 연락하셔도 됩니다.

당사는 대체하는 브랜드 약과 제한 사항이 동일하거나 적은 새로운 제네릭 약 버전으로 대체할 경우, 현재 당사의 의약품 목록에 있는 브랜드 약을 즉시 삭제할 수 있습니다. 또한 새로운 제네릭 약을 추가할 경우, 당사는 브랜드 약을 당사의 의약품 목록에 계속 두기로 결정할 수도 있지만, 새로운 제한 사항을 즉시 추가할 것입니다.

2025년부터 당사는 원래의 생물학적 제제를 즉시 특정 바이오시밀러로 대체할 수 있습니다. 예를 들어, 바이오시밀러로 대체되는 원래의 생물학적 제제를 복용 중인 경우, 당사가 변경하기 30일 전에 변경 사항에 대한 통지를 받지 못하거나 네트워크 약국에서 원래의 생물학적 제제를 일 개월 공급받지 못할 수 있습니다. 당사가 변경한 시점에 원래의 생물학적 제제를 복용 중인 경우, 가입자는 당사가 변경한 특정 변경 사항에 대한 정보를 계속 얻게 되지만 이러한 정보는 변경 후 도착할 수 있습니다.

이러한 약 유형 중 일부는 귀하에게 새로운 약일 수 있습니다. 약 유형에 대한 정의는 *보장 범위 증명서*의 12장을 참조하십시오. 또한 미국 식품의약청(FDA)은 의약품에 대한 소비자 정보를 제공합니다. FDA 웹사이트

<https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>를 참조하십시오. 가입자 서비스부에 연락하거나 의료 서비스 제공자, 처방자 또는 약사에게 자세한 정보를 요청할 수도 있습니다.

처방약 혜택 및 비용에 대한 변경 사항

2025년부터는 연간 공제액 단계, 초기 보장 단계, 고액 보장 단계의 **세 가지 의약품 지불 단계**가 있습니다. 보장 공백 단계 및 보장 공백 할인 프로그램은 파트 D 혜택에 더 이상 존재하지 않습니다.

보장 공백 할인 프로그램은 제조업체 할인 프로그램으로 대체됩니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라, 의약품 제조업체는 초기 보장 단계 및 고액 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대해 플랜 비용 전액의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불하는 할인은 본인부담금에 산입되지 않습니다.

공제액 단계에 대한 변경 사항

단계	2024년(올해)	2025년(내년)
1단계: 연간 공제액 단계	저희는 공제액이 없기 때문에, 이 지불 단계는 귀하께 적용되지 않습니다.	저희는 공제액이 없기 때문에, 이 지불 단계는 귀하께 적용되지 않습니다.

초기 보장 단계에서 가입자의 비용 부담에 대한 변경 사항

단계	2024년(올해)	2025년(내년)
2단계: 초기 보장 단계 이 단계 동안 플랜은 의약품 비용의 당사 부담금을 부담하고 귀하는 비용의 귀하 부담금을 납부합니다. 이 행의 비용은 네트워크 소속 약국에서 처방약을 조제한 경우 일개월(30일) 공급분에 대한 것입니다. 대부분의 성인 파트 D 백신은 무료로 보장됩니다. Medicare는 가치 기반 보험 설계 프로그램의 일환으로 Wellcare가 더 낮은 코페이먼트/공동보험료를 제공하는 것을 승인하였습니다. 이 프로그램을 통해 Medicare는 Medicare Advantage 플랜을 개선할 수 있는 새로운 방법을 시도할 수 있습니다. VBID 혜택에 대한 자세한 내용은 가입자 서비스부에 문의하십시오.	표준 비용 부담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 구입한 일 개월 분량 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 비용: 가입자는 보장되는 모든 파트 D 약에 대해 처방당 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 총 약 비용이 \$5,030에 도달하면, 다음 단계(보장 공백 단계)로 진행합니다.	표준 비용 부담이 적용되는 네트워크 소속 약국에서 구입한 일 개월 분량 처방약에 대해 가입자가 지불해야 하는 비용: 가입자는 보장되는 모든 파트 D 약에 대해 처방당 코페이먼트 \$0를 납부합니다. 파트 D 약에 대해 가입자가 본인부담금 \$2,000를 지불하면 다음 단계(고액 보장 단계)로 진행합니다.

고액 보장 단계에 대한 변경 사항

고액 보장 단계는 세 번째이자 마지막 단계입니다. 2025년부터 의약품 제조업체는 고액 보장 단계 동안 보장되는 파트 D 브랜드 약 및 생물학적 제제에 대해 플랜 비용 전액의 일부를 지불합니다. 제조업체 할인 프로그램에 따라 제조업체가 지불하는 할인은 본인부담금에 산입되지 않습니다.

섹션 3 선택할 플랜 결정하기

섹션 3.1 – Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP) 가입 상태를 유지하려는 경우

플랜을 유지하시려는 경우 별다른 조치는 필요하지 않습니다. 12월 7일까지 다른 플랜에 가입하지 않거나 Original Medicare로 변경하지 않는 경우, 자동으로 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에 가입됩니다.

섹션 3.2 – 플랜 변경을 원하는 경우

저희는 귀하께서 내년에도 가입자로 남아 계시길 바라지만, 2025년 플랜 변경을 원하시면 다음의 단계를 따라 주십시오:

1단계: 선택 사항을 알아보고 각 내용을 비교해 보십시오.

- 다른 종류의 Medicare 건강 플랜에 가입하실 수 있으며,
 - 또는 – Original Medicare로 변경하실 수 있습니다. Original Medicare로 변경할 경우 가입자는 Medicare 의약품 플랜에 가입할지 여부를 결정해야 합니다.

Original Medicare 및 여러 유형의 Medicare 플랜에 대해 더욱 자세히 알고 싶으시면 Medicare 플랜 찾기(www.medicare.gov/plan-compare)를 이용하거나, 2025년 Medicare와 여러분 핸드북을 읽어 보거나, 주 건강 보험 지원 프로그램(섹션 5 참조) 또는 Medicare (섹션 7.2 참조)로 전화해 주십시오.

2단계: 보장 변경

- 다른 Medicare 건강 플랜으로 변경하려면 신규 플랜에 가입하십시오. 그러면 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 자동으로 탈퇴됩니다.
- 처방약 플랜이 있는 Original Medicare로 변경하려면 새 의약품 플랜에 가입하십시오. 그러면 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 자동으로 탈퇴됩니다.
- 처방약 플랜이 없는 Original Medicare로 변경하려면 가입자는 다음 중 한 가지를 해야 합니다.
 - 서면 탈퇴 요청서를 당사로 보내주십시오. 자세한 방법은 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.
 - – 또는 – Medicare에 주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하여 탈퇴를 요청할 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

Original Medicare로 전환하고 별도의 Medicare 처방약 플랜에 가입하지 않은 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다.

섹션 4 플랜 변경 기한

내년에 다른 플랜 또는 Original Medicare로 변경하고자 하는 경우에는 **10월 15일부터 12월 7일까지** 변경할 수 있습니다. 변경 사항은 2025년 1월 1일에 적용됩니다.

변경이 가능한 연중 다른 시기가 있습니까?

특정 상황에서는 연중 다른 시기도 변경이 가능합니다. 예를 들어, Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 가입자, 의약품 비용을 지원하는 ‘추가 지원’을 받는 가입자와 직장 보험을 보유하고 있거나 탈퇴 예정인 가입자 그리고 서비스 지역에서 외부로 이사하는 가입자가 이러한 상황에 해당합니다.

귀하는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)을 가지고 있기 때문에 연중 언제든지 당사 플랜에서 탈퇴할 수 있습니다. 또한 다음을 포함하여 다른 Medicare 플랜에 언제든지 가입할 수 있는 옵션도 있습니다.

- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 있는 Original Medicare,
- 별도의 Medicare 처방약 플랜이 없는 Original Medicare (이 옵션을 선택한 경우, 자동 등록 신청을 해지하지 않았다면 Medicare에서 가입자를 의약품 플랜에 등록시킬 수 있습니다), 또는
- 자격이 있는 경우, Medicare와 대부분의 또는 모든 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택 및 서비스를 하나의 플랜으로 제공하는 통합 D-SNP.

2025년 1월 1일부터 Medicare Advantage 플랜에 등록하였으나 자신의 플랜 선택이 마음에 들지 않는 경우, 2025년 1월 1일에서 3월 31일 사이에 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 여부에 관계없이) 또는 Original Medicare (Medicare 처방약 보장 여부에 관계없이)로 전환할 수도 있습니다.

가입자께서 최근에 (전문요양시설이나 장기 간병 서비스 병원과 같은) 기관에 들어갔거나, 현재 거주하고 있는 경우 Medicare 보장을 **언제든지** 변경할 수 있습니다. 가입자께서는 다른 Medicare 건강 플랜(Medicare 처방약 보장 여부에 관계없이)으로 변경하거나, 언제든지 Original Medicare (별도의 Medicare 처방약 플랜 여부에 관계없이)로 전환할 수 있습니다. 최근에 기관에서 나왔을 경우, 나온 달 이후 만 이 개월 동안 플랜을 전환하거나 Original Medicare로 전환할 수 있습니다.

섹션 5 Medicare 및 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 대한 무료 상담을 제공하는 프로그램

주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)은 모든 주에서 시행되고 있으며 전문 상담원이 주재하고 있는 독립 정부 프로그램입니다. Hawaii에서, SHIP는 Hawaii 주 건강보험 지원 프로그램(SHIP)이라고 불립니다.

이는 주 프로그램으로서 연방 정부에서 예산을 받아 Medicare 가입자들에게 **무료** 현지 건강 보험 상담을 제공하고 있습니다. Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP) 상담원은 가입자의 Medicare 관련 질문 또는 문제와 관련하여 도움을 드릴 수 있습니다. 또한 Medicare 플랜 선택 사항을 파악하는 데 도움을 드리고 플랜 전환에 관한 문의에 답변해 드릴 수 있습니다. Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램(SHIP)에 1-888-875-9229번(TTY 사용자는 1-866-810-4379번을 이용해 주십시오)으로 연락할 수 있습니다. Hawaii 주 건강 보험 지원 프로그램의 (SHIP) 웹사이트(<http://www.hawaiiiship.org/>)에서 더 많은 것을 배울 수 있습니다.

Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 혜택에 대한 질문이 있으시면 월요일~금요일, 오전 7시 45분~오후 4시 30분(하와이 표준 시간 기준)에 1-800-316-8005(TTY 711)번으로 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 문의해 주십시오. 다른 플랜에 가입하거나 Original Medicare로 돌아갈 경우 귀하의 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid) 보장 수혜에 어떤 영향을 주는지 문의하십시오.

섹션 6 처방약 비용 지원 프로그램

귀하는 처방약 비용을 보조 받을 자격이 있을 수 있습니다.

- **Medicare의 “추가 지원”**. 귀하는 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 가입되어 있으므로 저소득층 보조금이라고도 하는 “추가 지원”에 이미 등록된 것입니다. “추가 지원”은 처방약 보험료, 연간 공제액 및 본인 부담률의 일부를 납부합니다. 적격자이므로 등록 지연 벌금이 없습니다. “추가 지원”에 관한 질문이 있다면 다음 전화번호로 연락해 주십시오:
 - 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048로 주 7일, 하루 24시간 언제든지 문의해 주십시오.
 - 사회보장국에 1-800-772-1213번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 7시 사이에 전화하여 담당자를 요청. 자동 메시지는 하루 24시간 이용 가능합니다. TTY 사용자의 경우 1-800-325-0778번으로 전화를 하시거나
 - 거주하시는 주 Medicaid 사무소.

섹션 7 질문이 있으십니까?

섹션 7.1 – Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)에서 도움 받기

궁금한 점이 있으니까? 당사가 도와 드리겠습니다. 가입자 서비스부에 1-877-457-7621번으로 전화해 주십시오. (TTY 사용자만 711번을 이용해 주십시오). 전화 통화도 가능합니다. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지 업무 시간 이후, 주말 및 연방 공휴일에는 자동 전화 시스템으로 연결됩니다. 이름과

전화번호를 남겨 주십시오. 영업일 기준으로 일(1) 일 이내에 다시 전화드리겠습니다. 이 번호로의 통화는 무료입니다.

2025년 보장 범위 증명서를 읽어 주십시오(내년도 혜택과 비용이 자세히 설명되어 있습니다).

이 *변경 사항 연간 공지*는 2025년도 가입자 혜택과 비용에 대한 변경 사항을 요약한 것입니다. 자세한 내용은 Wellcare 'Ohana Dual Liberty (HMO-POS D-SNP)의 *2025년 보장 범위 증명서*를 참조해 주십시오. *보장 범위 증명서*는 가입자의 플랜 혜택을 법에 근거해 자세히 기재한 설명문입니다. 또한 가입자의 권리와 보장 서비스 및 처방약을 받기 위해 가입자가 따라야 할 규칙을 설명합니다. *보장 범위 증명서* 사본은 당사의 웹사이트 www.wellcare.com/ohana에 나와 있습니다. 또한 가입자 서비스부에 전화하여 *보장 범위 증명서*를 우편으로 보내줄 것을 요청하실 수도 있습니다.

당사의 웹사이트에 방문하세요

또한 당사 웹사이트 www.wellcare.com/ohana를 방문하실 수도 있습니다. 다시 한 번 말씀드리자면, 당사의 웹사이트는 의료 제공자 네트워크(*의료 제공자 및 약국 명부*)와 *보장 의약품 목록(처방규정/의약품 목록)*에 관한 최신 정보를 제공합니다.

섹션 7.2 – Medicare로부터 도움 받기

Medicare를 통해 직접 정보를 얻고자 하는 경우:

1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오.

주 7일, 하루 24시간 언제든지 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

Medicare 웹사이트를 방문해 주십시오

Medicare 웹사이트(www.medicare.gov)를 방문해 주십시오. 귀하의 지역 내 Medicare 건강 플랜을 비교하는 데 도움이 되는 비용, 보장 범위 및 품질 별점 등급에 대한 정보를 확인하실 수 있습니다. 플랜 정보를 확인하시려면 www.medicare.gov/plan-compare를 방문하십시오.

2025년 Medicare와 여러분을 읽어 보십시오

2025년 Medicare와 여러분 핸드북을 읽어 보십시오. 매년 가을 이 문서를 Medicare 가입자에게 우편으로 보내 드립니다. 여기에는 Medicare 혜택, 권리와 보호, Medicare에 관한 자주 묻는 질문에 대한 답변이 요약되어 있습니다. 이 책자가 없으신 경우, Medicare 웹사이트(<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>)에서 받으시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하여 요청하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.

섹션 7.3 – Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)으로부터 도움 받기

Medicaid로부터 정보를 얻으려면 Hawaii Med-QUEST 부서 프로그램(Medicaid)에 1-800-316-8005번으로 월요일~금요일, 오전 7시 45분~오후 4시 30분(하와이 표준 시간 기준)에 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوَقّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-877-374-4056 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-877-374-4056 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-877-374-4056 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-374-4056 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-374-4056 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-877-374-4056 (TTY: 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loa'a iā mākou nā lawelawe unuhi 'ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au paha. No ka loa'a 'ana o ka unuhi 'ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka 'ōlelo Hawai'i ke kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-877-374-4056 (TTY: 711). Mabalin nga makatulong kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoaan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le 1-877-374-4056 (TTY: 711). E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄືນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថបូគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย