




福利和承保範圍摘要 (SBC) 文件將幫助您選擇健康計劃。SBC 會顯示您和計劃將如何分攤承保醫療保健服務的費用。注意：有關此計劃費用 (稱為保費) 的資訊將單獨提供。這只是一份摘要。如需您的承保範圍的更多資訊，或獲取完整保險條款的副本，請致電 1-855-270-2327 或瀏覽我們的網站 [lacare.org](http://lacare.org) 以獲取資訊。有關常見術語的一般定義，例如 [允許額](#)、[差額收費](#)、[共同保險金](#)、[共付額](#)、[自付額](#)、[醫療服務提供者](#) 或其他以底線標示的術語，請參閱術語表。您可以瀏覽 [healthcare.gov/sbc-glossary](http://healthcare.gov/sbc-glossary) 查看術語表或致電 1-855-270-2327 索取副本。

重要問題	解答	此問題的重要性：
總自付額是多少？	個人 \$0 / 家庭 \$0。 每個日曆年	一般來說，您必須在此計劃開始之前向醫療服務提供者支付所有費用，最高可達自付額。如果您的計劃中有其他家庭成員，每個家庭成員必須達到自己的個人自付額，直到所有家庭成員支付的自付額總額達到整個家庭的自付額。
在您達到自付額之前是否有承保服務？	是的。家庭、醫師和專科醫生診室看診、預防保健以及其他不受自付額限制的服務。	即使您尚未達到自付額，該計劃仍承保一些項目和服務，但共付額或共同保險金可能適用。例如，該計劃承保某些預防服務，無需分攤費用且在您達到自付額之前。請參閱承保的預防服務清單： <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
還有其他具體的自付額嗎？	否	您不必達到具體服務的自付額
該計劃的自付上限是多少？	個人 \$1,150 / 家庭 \$2,300。	自付上限是您一年內可以為承保服務支付的最高限額。如果您還有其他家庭成員參保此計劃，他們必須達到自己的自付上限，直到達到家庭的總自付上限。
什麼不包括在自付上限中？	保費、差額收費及本計劃不承保的醫療保健。	雖然您支付這些費用，但這些費用不計入自付上限中。
如果您使用網絡醫療服務提供者，您的費用會	是的。請參見 lacare 網站 <a href="http://lacare.org">lacare.org</a> 或致電 1-855-270-2327	本計劃使用醫療服務提供者網絡。如果您使用計劃網絡內的參與醫療服務提供者，您將支付較少的金額。如果您使用非參與計劃的醫療服務提供者，您將支

減少嗎？	(TTY 711) 獲取 <a href="#">提供者網絡</a> 清單。	付最多的金額，並且您可能會收到 <a href="#">醫療服務提供者</a> 的賬單，其中包含 <a href="#">醫療服務提供者</a> 的費用與您的 <a href="#">計劃</a> 支付的費用之間的差額（ <a href="#">差額收費</a> ）。請注意，您的 <a href="#">參與計劃的醫療服務提供者</a> 可能會使用 <a href="#">非參與計劃的醫療服務提供者</a> 來提供某些服務（例如實驗室檢測）。在獲得服務之前請諮詢您的 <a href="#">醫療服務提供者</a> 。
我需要 <a href="#">轉診</a> 才能去看 <a href="#">專科醫生</a> 嗎？	是的。	如果您在去看 <a href="#">專科醫生</a> 之前有 <a href="#">轉診</a> ，本 <a href="#">計劃</a> 將會就承保服務給付 <a href="#">專科醫生</a> 看診的部分或全部費用。
 此表中顯示的所有 <a href="#">共付額</a> 和 <a href="#">共同保險金</a> 費用都是在滿足您的 <a href="#">自付額</a> 之後（如果有 <a href="#">自付額</a> ）。		

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 (您將支付最少的費用)	網絡外服務提供者 (您將支付最多的費用)	
如果您去一家醫療保健服務 <a href="#">提供者</a> 的診室或診所就診	治療傷勢或疾病的基本保健護理就診	\$5 <a href="#">共付額</a> / 就診	不予承保	無
	<a href="#">專科醫生</a> 看診	\$8 <a href="#">共付額</a> / 就診	不予承保	需經由 <a href="#">轉診</a> *
	<a href="#">預防保健/篩檢/</a> 免疫	不收費	不予承保	您可能需要為非 <a href="#">預防性</a> 服務付費。詢問您的 <a href="#">醫療服務提供者</a> 您所需的服務是否為預防性服務。然後檢查一下您的 <a href="#">計劃</a> 將支付哪些費用。
如果您需要接受檢查	<a href="#">診斷檢查</a> (X光造影、驗血)	\$8 <a href="#">共付額</a> / 測試 (用於實驗室測試)。	不予承保	無

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 ( 您將支付最少的費用 )	網絡外服務 提供者 ( 您將支付最多的費用 )	
		\$8 <a href="#">共付額</a> / 測試 ( 用於 X 射線診斷成像和超音波 ) 。		
	造影 ( CT / PET 掃描、MRI )	\$50 <a href="#">共付額</a> 測試	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
<b>如果您需用藥物來治療疾病或病症</b> 如需更多關於 <a href="#">處方藥承保範圍</a> 的資訊，可瀏覽以下網址獲得： <a href="http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services">http://www.lacare.org/members/getting-care/pharmacy-services</a>	第 1 級 - 大部分學名藥	零售 - \$3 <a href="#">共付額</a> / 處方 郵購 - \$6 <a href="#">共付額</a> / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天的供應量。*
	第 2 級 - 首選品牌藥	零售 - \$10 <a href="#">共付額</a> / 處方 郵購 - \$20 <a href="#">共付額</a> / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天的供應量。*
	第 3 級 - 非首選品牌藥	零售 - \$15 <a href="#">共付額</a> / 處方 郵購 - \$30 <a href="#">共付額</a> / 處方	不予承保	零售藥房最多 30 天用藥量。 郵購藥房最多 90 天的供應量。*
	第 4 級 - <a href="#">專科藥物</a>	每個處方 10% <a href="#">共同保險金</a> 最高 \$150 <a href="#">共付額</a>	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。不支持郵購。*

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱 [計劃](#) 或政策文件，網址為 [lacare.org](http://www.lacare.org) 。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 ( 您將支付最少的費用 )	網絡外服務 提供者 ( 您將支付最多的費用 )	
如果您需要接受門診手術	機構費 ( 如門診手術中心 )	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
	醫師 / 外科醫師費	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	無
	門診就診	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	無
如果您需要立即接受治療	<a href="#">急診室護理</a>	\$50 <a href="#">共付額</a> 不收取醫師費	\$50 不收取醫師費	如果入院，則免除 <a href="#">共付額</a> 。
	<a href="#">急診醫療交通</a>	\$30 <a href="#">共付額</a>	\$30	無
	<a href="#">緊急護理</a>	\$5 <a href="#">共付額</a> / 就診	\$5 / 就診	無
如果您需要住院	機構費 ( 如醫院病房 )	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。
	醫師 / 外科醫師費	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	無
如果您需要心理健康、行為健康或物質濫用服務	門診服務	\$5 <a href="#">共付額</a> / 診室就診 10% <a href="#">共同保險</a> 最高 \$5 <a href="#">共付額</a> ( 用於其他門診服務 )	不予承保	心理測驗需取得 <a href="#">預先授權</a> 。*
	住院服務	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。
	診所就診	不收費	不予承保	用於產前護理和孕前檢查

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 ( 您將支付最少的費用 )	網絡外服務 提供者 ( 您將支付最多的費用 )	
如果您懷孕了	生產/分娩專業服務	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	無
	生產/分娩設施服務	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	
如果您需要協助康復或有其他特殊的健康需求	<a href="#">家庭健康保健</a>	\$3 <a href="#">共付額</a> / 就診	不予承保	每名會員每個日曆年最多 100 次就診，由居家醫療保健機構提供者提供。需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
	<a href="#">復健服務</a>	\$5 <a href="#">共付額</a> / 就診	不予承保	門診服務 需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
	<a href="#">復健服務</a>	\$5 <a href="#">共付額</a> / 就診	不予承保	門診服務 需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
	<a href="#">專業護理</a>	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	每名會員每個日曆年最多可享 100 天。需要 <a href="#">預先授權</a> 。
	<a href="#">耐用醫療設備</a>	10% <a href="#">共同保險金</a>	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
	<a href="#">臨終關懷服務</a>	不收費	不予承保	需要 <a href="#">預先授權</a> 。*
如果您的孩子需要牙科或眼科保健	兒童眼科檢查	不收費	不予承保	每個日曆年 1 次就診
	兒童眼鏡	不收費	不予承保	每年 1 副眼鏡 ( 或用隱形眼鏡代替眼鏡 ) 。

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。

普通醫療事件	您可能需要的服務	您將支付的款項		限制、例外情形和其他重要資訊
		網絡醫療服務提供者 ( 您將支付最少的費用 )	網絡外服務 提供者 ( 您將支付最多的費用 )	
	兒童牙科檢查	不收費	不予承保	口腔檢查和預防性清潔僅限每 6 個月 1 次。 請參閱您的 <a href="#">計劃</a> 文件，以瞭解有關服務的其他資訊。

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱[計劃](#)或政策文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。

除外服務及其他承保的服務：

您的計劃通常不承保的服務 ( 查看您的保單或計劃文件以了解更多資訊以及任何其他除外服務的清單。 )

- 脊椎矯正護理
- 不孕症治療
- 私人看護
- 整容手術
- 長期護理
- 例行眼科保健 ( 成人 )
- 牙科護理 ( 成人 )
- 在美國境外旅行時的非急救護理
- 減重方案
- 助聽器

其他承保服務 ( 限制可能適用於這些服務。本文件並非完整清單。請參閱您的計劃文件。 )

- 針灸
- 具有醫療必要性的常規足部護理
- 與墮胎有關的服務
- 減肥手術

## 您的續保權利：

如果您想在保險結束後續保，有一些機構可以幫助您。這些機構的聯繫資訊是：加州醫療保健管理部 **1 (888) HMO-2219 (1-888-466-2219)** 或 [hmohelp.ca.gov](http://hmohelp.ca.gov)；衛生及公共服務部 **1-877-267-2323 x61565** 或 [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)；Covered California **1 (800) 300-1506** 或 [coveredca.com](http://coveredca.com)；或聯繫 L.A. Care Health Plan **1-855-270-2327**。我們每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆為您提供服務。您也可以選擇其他保險選項，包括透過 [醫療保險市場](#) 購買個人保險承保。如需有關市場的更多資訊，請瀏覽 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致電 1-800-318-2596。

**您申訴和上訴的權利：**如果您針對計劃的 [索賠](#) 遭到拒絕而提出投訴，有一些機構可以提供幫助。此投訴稱為 [申訴](#) 或 [上訴](#)。有關您的權利的更多資訊，請查看您將收到的醫療 [索賠](#) 的福利說明。您的 [計劃](#) 文件還提供了有關如何就您的 [計劃](#)（出於任何原因）提交索賠、上訴或申訴的完整資訊。有關聯繫您的權利、本通知或協助的更多資訊，請聯繫 L.A. Care 客戶服務部 **1-855-270-2327**。我們每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）皆為您提供服務。此外，您可以透過以下方式聯繫加州醫療保健管理部 (DMHC)：**1-888-466-2219** 或瀏覽 [dmhc.ca.gov](http://dmhc.ca.gov)。

## 此計劃是否提供最低基本承保？是

[最低基本承保](#) 通常包括 [計劃](#)、透過 Covered California 或其他個人市場保單提供的 [醫療保險](#)、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及某些其他保險。如果您有資格獲得某些類型的 [最低基本承保](#)，則您可能沒有資格獲得 [保費稅收抵免](#)。

## 此計劃是否符合最低價值標準？是

如果您的 [計劃](#) 未達到 [最小值標準](#)，您可能沒有資格獲得 [保費稅收抵免](#) 以幫助您透過 Covered California 支付 [計劃](#) 費用。

## 語言協助服務：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al **1-855-270-2327**.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **1-855-270-2327**

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 **1-855-270-2327**

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **1-855-270-2327**

**若要查看本計劃可能為示例病情的費用承保的範例，請參閱下一節。**

**書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act, PRA) 披露聲明：**根據 1995 年書面作業簡化法 (Paperwork Reduction Act of 1995) 的規定，除非文件上載有有效的預算管理局 (Office of

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱 [計劃](#) 或政策文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。



Management and Budget, OMB) 管制編號，否則任何人皆無需對資訊蒐集的請求作出回覆。本資訊蒐集的有效 OMB 管制編號為 **0938-1146**。完成本資訊蒐集的所需時間預估為每次回覆平均 **0.08** 小時，其中包括檢視說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料以及完成並檢查資訊蒐集的時間。如果您對上述預估時間的準確性有意見或是您有改善此表格的建議，請寫信至 CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

關於這些承保範例：



這不是一份費用估計表。所示的治療僅為該計劃如何承保醫療護理的範例。您的實際費用會有所不同，具體取決於您實際接受的護理服務、您醫療服務提供者收費的價格及許多其他因素。專注於計劃項下的分攤費用金額（自付額、共付額和共同保險金）和除外服務。使用此資訊比較您在不同健康計劃下可能支付的費用部分。請注意，這些承保範圍範例基於僅自付保險。

**Peg 即將生產**

(9 個月的網絡內產前護理和醫院分

- 計劃的總自付額 \$0
- 專科醫生 [分攤費用] \$8
- 醫院 (機構) [分攤費用] 10%
- 其他 [分攤費用] \$8

此範例事件包括以下服務：

- 專科醫生診室就診 (產前護理)
- 生產/分娩專業服務
- 生產/分娩機構服務

診斷檢查 (超音波和驗血)

專科醫生就診 (麻醉)

總範例費用	\$12,700
在此範例中，Peg 將支付：	
<i>分攤費用</i>	
自付額	\$0
共付額	\$200
共同保險金	\$1,000
<i>未承保的內容</i>	
限額或除外項目	\$60
<b>Peg 將支付的總費用為</b>	<b>\$1,210</b>

**管理 Joe 的 2 型糖尿病 (一年的**

常規網絡內護理，病情控制良好)

- 計劃的總自付額 \$0
- 專科醫生 [分攤費用] \$8
- 醫院 (機構) [分攤費用] 10%
- 其他 [分攤費用] \$8

此範例事件包括以下服務：

- 基本保健醫生診室就診 (包括疾病教育)
- 診斷檢查 (驗血)

\* 有關限制及例外情況的詳細資訊，請參閱計劃或政策文件，網址為 [lacare.org](http://lacare.org)。

[處方藥](#)

[耐用醫療設備](#) ( 血糖儀 )

總範例費用	\$5,600
在此範例中，Joe 將支付：	
<i>分攤費用</i>	
<a href="#">自付額</a>	\$0
<a href="#">共付額</a>	\$300
<a href="#">共同保險金</a>	\$80
<i>未承保的內容</i>	
限額或除外項目	\$20
<b>Joe 將支付的總費用為</b>	<b>\$400</b>

## Mia 的簡單骨折

( 網絡內急診室就診和追蹤護理 )

- [計劃](#)的總自付額 \$0
- [專科醫生](#) [[分攤費用](#)] \$8
- 醫院 ( 機構 ) [[分攤費用](#)] 10%
- 其他 [[分攤費用](#)] \$8

此範例事件包括以下服務：

[急診室護理](#) ( 包括醫療用品 )

[診斷檢查](#) ( X 光造影 )

[計劃](#)將負責這些範例承保服務的其他費用。

[耐用醫療設備](#) ( 拐杖 )

[康復服務](#) ( 物理治療 )

總範例費用	\$2,800
在此範例中，Mia 將支付：	
<i>分攤費用</i>	
<a href="#">自付額</a>	\$0
<a href="#">共付額</a>	\$200
<a href="#">共同保險金</a>	\$30
<i>未承保的內容</i>	
限額或除外項目	\$0
<b>Mia 將支付的總費用為</b>	<b>\$230</b>

## Language Assistance

### English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call **1-855-270-2327** (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-855-270-2327** (TTY: 711). These services are free of charge.

### الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-855-270-2327** (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

### Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈւժԵՍԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-855-270-2327** (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

### ប្រាសាទ្រាសជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-270-2327** (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រម ក៏អាចកាន់បានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-855-270-2327** (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះ មិនគិតថ្លៃឡើយ។

### 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-855-270-2327** (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-855-270-2327** (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

### فارسی زبان به مطلب (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-855-270-2327** (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-855-270-2327** (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

### हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-855-270-2327** (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-855-270-2327** (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEb TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-855-270-2327** (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-855-270-2327** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は **1-855-270-2327 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-855-270-2327 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-855-270-2327 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. ਅਧਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-855-270-2327 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-855-270-2327 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.