

2026

Bản tóm tắt

Quyền lợi

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Ngày 1 Tháng Một, 2026- Ngày 31 Tháng Mười Hai, 2026

Chương trình này có sẵn tại **Quận Orange, California.**

Khi Quý vị Tham gia Providence

Quý vị không chỉ là một phần của chính sách bảo hiểm mà còn là một phần của cộng đồng chăm sóc, tập trung vào sức khỏe và hạnh phúc của quý vị. Bản Tóm tắt Quyền lợi này được cung cấp để giúp quý vị đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe phù hợp. Bản tóm tắt là hướng dẫn ngắn gọn về những gì chúng tôi sẽ chi trả và số tiền quý vị sẽ phải trả nếu tham gia chương trình Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO). Để rõ hơn, đây không phải là bản phân tích đầy đủ về các quyền lợi, và sẽ không liệt kê mọi dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, cũng như mọi hạn chế hoặc loại trừ. Các chương trình có thể cung cấp các quyền lợi bổ sung ngoài các quyền lợi của Part C và Part D.

Để có danh sách đầy đủ các dịch vụ mà chúng tôi đài thọ, quý vị vui lòng tham khảo Chứng từ Bảo hiểm (EOC). Quý vị có thể yêu cầu bản in bằng cách truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/EOC** hoặc gọi cho bộ phận Dịch vụ Khách hàng của chúng tôi theo một trong các số được liệt kê trong phần "Liên hệ" bên dưới.

Tổng quan về Chương trình

Providence Health Assurance là HMO, HMO-POS và HMO SNP có hợp đồng với Medicare và Oregon Health Plan. Việc ghi danh vào Providence Health Assurance phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Các thành viên của chương trình chúng tôi không chỉ nhận được tất cả các quyền lợi được đài thọ bởi Original Medicare, mà còn nhận được một số quyền lợi bổ sung được nêu trong bản tóm tắt này.

Ai Có thể Tham gia?

Để tham gia chương trình của chúng tôi, quý vị phải đủ điều kiện tham gia Medicare Part A, đã ghi danh tham gia Medicare Part B và sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi. Khu vực dịch vụ của chúng tôi bao gồm Quận Orange, California.

Liên hệ

Quý vị có câu hỏi? Chúng tôi luôn sẵn lòng hỗ trợ: Từ ngày 1 Tháng Tư đến ngày 30 Tháng Chín, chúng tôi làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 Tháng Mười đến ngày 31 Tháng Ba, chúng tôi làm việc từ Chủ Nhật đến Thứ Bảy (7 ngày một tuần), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

- + Nếu quý vị là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi miễn phí theo số 1-800-603-2340 (TTY: 711)
- + Nếu quý vị không phải là thành viên của chương trình này, hãy gọi cho chúng tôi miễn phí theo số 1-800-457-6064 (TTY: 711 / 1-800-855-7100)
- + Quý vị cũng có thể truy cập trang web của chúng tôi tại địa chỉ **ProvidenceHealthAssurance.com**

Tài nguyên Hữu ích

- + Truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider** để xem Danh mục Nhà cung cấp và Nhà thuốc của chương trình hoặc để yêu cầu một bản in. Quý vị cũng có thể gọi cho chúng tôi để yêu cầu gửi bản in qua đường bưu điện.

- + Quý vị muốn xem danh mục thuốc của chương trình (danh sách thuốc kê toa Part D), cùng với tất cả hạn chế? Truy cập **ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary**, hoặc gọi cho chúng tôi để nhận bản in.
- + Để tìm hiểu thêm về bảo hiểm và chi phí của Original Medicare, hãy xem sổ tay "Medicare & Quý vị" hiện có, xem trực tuyến tại **www.Medicare.gov** hoặc yêu cầu một bản in bằng cách Quý vị cũng có thể gọi đến số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 giờ mỗi ngày, 24 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Phí bảo hiểm Hàng tháng của Chương trình	\$0 Quý vị phải tiếp tục thanh toán phí bảo hiểm Medicare Part B của mình.
Khoản giảm Phí Bảo hiểm Part B (Part B Buydown)	Chương trình của quý vị sẽ giảm phí bảo hiểm Part B Hàng tháng của quý vị tối đa \$10 nhưng không vượt quá phí bảo hiểm Part B của Original Medicare cho năm 2026. (Xem <i>Chúng Tôi Bảo Hiểm</i> để biết chi tiết.).
Khoản khấu trừ Y tế Hàng năm	\$0 Không có khoản khấu trừ y tế.
Trách nhiệm Số tiền Tự trả Tối đa (không bao gồm thuốc kê toa)	Giới hạn hàng năm của quý vị cho chương trình này: Trong mạng lưới: \$400

Quyền lợi		Trong Mạng Lưới
Bảo hiểm Nằm viện Nội trú ¹		\$0 đồng thanh toán
Bảo hiểm Nằm viện Ngoại trú ¹		\$0 đồng thanh toán cho phẫu thuật ngoại trú tại cơ sở bệnh viện
Dịch vụ Trung tâm Phẫu thuật Lưu động (ASC) ¹		\$0 đồng thanh toán cho phẫu thuật ngoại trú tại Trung tâm Phẫu thuật Lưu động Trung tâm Phẫu thuật
Thăm khám Bác sĩ	Thăm khám với Bác sĩ Chăm sóc Chính	\$0 đồng thanh toán
	Thăm khám với Bác sĩ Chuyên khoa ²	\$0 đồng thanh toán
Chăm sóc Phòng ngừa (ví dụ: khám sức khỏe định kỳ hàng năm, tiêm chủng, tiêm phòng cúm)		Quý vị không phải trả gì cả.
Chăm sóc Cấp cứu		\$150 đồng thanh toán Nếu quý vị được nhập viện trong vòng 24 giờ, tiền đồng thanh toán cho chăm sóc cấp cứu sẽ phản hồi quý vị được miễn.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Các dịch vụ Cần thiết Khẩn cấp

\$0 đồng thanh toán

- ¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.
² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Quyền lợi		Trong Mạng Lưới
Dịch vụ Chẩn đoán/ Xét nghiệm/Chụp chiếu	Dịch vụ X-quang chẩn đoán (ví dụ: MRI, siêu âm, chụp CT) ¹	\$0 đồng thanh toán
	Dịch vụ X-quang Trị liệu ¹	\$50 đồng thanh toán
	X-quang Ngoại trú	\$0 đồng thanh toán
	Xét nghiệm và Thủ thuật Chẩn đoán ¹	\$0 đồng thanh toán
	Dịch vụ Xét nghiệm ¹	\$0 đồng thanh toán
Dịch vụ Thính giác	Được Medicare đài thọ ²	\$0 đồng thanh toán
	Khám Định kỳ	\$0 đồng thanh toán
	Máy trợ thính	\$499 đồng thanh toán cho mỗi máy trợ thính Tiêu chuẩn, \$699 đồng thanh toán cho mỗi máy trợ thính loại Nâng cao, hoặc \$999 đồng thanh toán cho mỗi máy trợ thính loại Cao cấp.
Dịch Vụ Nha Khoa	Được Medicare đài thọ	\$0 đồng thanh toán
	Khác/Không được Medicare đài thọ	Trợ cấp \$350 mỗi sáu tháng cho bất kỳ dịch vụ nha khoa nào quý vị chọn; số tiền chưa sử dụng sẽ hết hạn nếu không dùng trong năm được cấp
Dịch vụ Nhãn khoa	Các lần khám/ Sàng lọc ² /Được Medicare đài thọ	\$0 đồng thanh toán mỗi lần khám \$0 đồng thanh toán cho sàng lọc bệnh tăng nhãn áp
	Khám Định kỳ	Không có tiền đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho một lần khám mắt định kỳ (bao gồm đo khúc xạ) mỗi năm dương lịch.
	Kính mắt được Medicare Đài thọ	\$0 đồng thanh toán cho một cặp kính mắt hoặc kính áp tròng được Medicare đài thọ sau mỗi lần phẫu thuật đục thủy tinh thể
Dịch Vụ Sức Khỏe Tâm Thần	Khám Nội trú ¹	\$0 đồng thanh toán
	Thăm khám Ngoại trú Trị liệu Cá nhân ¹ và theo Nhóm ¹	\$0 đồng thanh toán

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Quyền lợi	Trong Mạng Lưới
Cơ sở Điều dưỡng Chuyên môn (SNF) ¹	\$0 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày từ 1–20 và \$100 đồng thanh toán mỗi ngày cho các ngày từ 21–100.
Vật lý Trị liệu ¹	\$0 đồng thanh toán
Xe cấp cứu ¹	\$100 đồng thanh toán
Chuyên chở	Không được Đãi thọ
Thuốc Medicare Part B ¹	0% - 20% tổng chi phí (Chi phí chia sẻ insulin lên đến \$35 mỗi tháng)
Chương trình Cung cấp Bữa ăn (chỉ sau khi xuất viện)	\$0 đồng thanh toán cho 2 bữa ăn mỗi ngày trong 14 ngày, sau một lần nhập viện nội trú đủ điều kiện
Chương trình Sức khỏe	\$0 đồng thanh toán cho thành viên phòng gym hàng tháng với các câu lạc bộ thể hình tham gia
Tóc giả	Không có tiền đồng bảo hiểm hoặc đồng thanh toán cho tóc giả sợi tổng hợp do rụng tóc vì hóa trị

¹ Các dịch vụ có thể yêu cầu cho phép trước. Xem Chứng từ Bảo hiểm để biết thêm thông tin.

² Các dịch vụ có thể yêu cầu giấy giới thiệu từ bác sĩ của quý vị.

Quyền lợi Thuốc Kê toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Khoản khấu trừ Thuốc kê toa

Khoản khấu trừ Hàng năm
(Áp dụng cho tất cả các bậc)

Chương trình này không có khoản khấu trừ thuốc kê toa.

Bảo hiểm Ban đầu

Quý vị phải trả các khoản sau cho đến khi tổng chi phí tự trả hằng năm của quý vị đạt \$2,100. Quý vị có thể nhận thuốc của mình tại các nhà thuốc bán lẻ trong mạng lưới và nhà thuốc đặt hàng qua đường bưu điện.

Chi phí Chia sẻ Ưu tiên tại Nhà bán lẻ và Đặt hàng qua Đường bưu điện

	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 100 ngày
Bậc 1 (Thuốc gốc Ưu tiên)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 2 (Thuốc gốc)	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán	\$0 đồng thanh toán
Bậc 3 (Biệt dược Ưu tiên)	\$40 đồng thanh toán (\$35 đồng thanh toán cho insulin)	\$80 đồng thanh toán (\$70 đồng thanh toán cho insulin)	\$120 đồng thanh toán (Nhà bán lẻ Ưu tiên: \$105 đồng thanh toán cho insulin Đặt hàng qua Đường bưu điện: \$95 đồng thanh toán cho insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu tiên)	\$100 đồng thanh toán (\$35 đồng thanh toán cho insulin)	\$200 đồng thanh toán (\$70 đồng thanh toán cho insulin)	\$300 đồng thanh toán (Nhà bán lẻ Ưu tiên: \$105 đồng thanh toán cho insulin) Đặt hàng qua Đường bưu điện: \$95 đồng thanh toán cho insulin)
Bậc 5 (Chuyên khoa)	33% tổng chi phí	Không được Đãi thọ	Không được Đãi thọ

Quyền lợi Thuốc Kê toa

Providence Medicare Sycamore + Rx (HMO)

Chi phí Chia sẻ của Nhà bán lẻ Ưu tiên			
	Lên đến 30 ngày	Lên đến 60 ngày	Lên đến 100 ngày
Bậc 1 (Thuốc gốc Ưu tiên)	\$16 đồng thanh toán	\$32 đồng thanh toán	\$48 đồng thanh toán
Bậc 2 (Thuốc gốc)	\$20 đồng thanh toán	\$40 đồng thanh toán	\$60 đồng thanh toán
Bậc 3 (Biệt dược Ưu tiên)	\$47 đồng thanh toán (\$35 đồng thanh toán cho insulin)	\$94 đồng thanh toán (\$70 đồng thanh toán cho insulin)	\$141 đồng thanh toán (\$105 đồng thanh toán cho insulin)
Bậc 4 (Thuốc Không Ưu tiên)	\$100 đồng thanh toán (\$35 đồng thanh toán cho insulin)	\$200 đồng thanh toán (\$70 đồng thanh toán cho insulin)	\$300 đồng thanh toán (\$105 đồng thanh toán cho insulin)
Bậc 5 (Chuyên khoa)	33% tổng chi phí	Không được Đãi thọ	Không được Đãi thọ

Nếu quý vị cư trú tại một cơ sở chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ trả giống như tại một nhà thuốc bán lẻ tiêu chuẩn. Quý vị có thể nhận thuốc tại một nhà thuốc ngoài mạng lưới nhưng có thể phải trả nhiều hơn so với khi nhận thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới. Quý vị có thể nhận thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới tiêu chuẩn nhưng có thể phải trả nhiều hơn so với khi nhận thuốc tại một nhà thuốc trong mạng lưới ưu tiên.

Bảo hiểm Tai ương (Áp dụng cho tất cả các bậc)	Sau khi chi phí thuốc kê toa tự trả hằng năm của quý vị (bao gồm cả thuốc mua tại nhà thuốc bán lẻ và qua đặt hàng qua đường bưu điện) đạt \$2,100, chương trình sẽ đãi thọ toàn bộ chi phí cho các loại thuốc kê toa Part D được đãi thọ của quý vị. Quý vị không phải trả gì cả.
---	--

Danh mục thuốc và/hoặc mạng lưới nhà thuốc có thể thay đổi bất kỳ lúc nào. Quý vị sẽ nhận được thông báo khi cần thiết.

Thông báo Quan trọng về Chi phí Quý vị phải trả cho Vắc-xin - Chương trình của chúng tôi đãi thọ hầu hết các loại vắc-xin Part D miễn phí. Gọi cho Dịch vụ Khách hàng để biết thêm thông tin.

Thông báo Quan trọng về Chi phí Quý vị phải trả cho Insulin - Quý vị sẽ không phải trả quá \$35 cho mỗi lượng sản phẩm insulin đủ dùng trong một tháng được chương trình của chúng tôi đãi thọ, bất kể thuốc đó thuộc bậc chi phí chia sẻ nào.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-603-2340 (TTY: 711) or speak to your provider.”

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-603-2340 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

中文 (Chinese-Simplified)

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-603-2340（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。”

中文 (Chinese-Traditional)

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-603-2340（TTY：711）或與您的提供者討論。」

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

українська мова (Ukrainian)

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-603-2340 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

日本語 (Japanese)

注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-603-2340 (TTY: 711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-603-2340 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

ភាសាខ្មែរ (Khmer)

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-603-2340 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider."

فارسي (Farsi)

توجه: اگر فارسي صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 1-800-603-2340 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-603-2340 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

ไทย (Thai)

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-603-2340 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-603-2340 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.”

አማርኛ (Amharic)

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ እገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-800-603-2340 (TTY: 711) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। 1-800-603-2340 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।”

ລາວ (Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ

ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-603-2340 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ."

ՀԱՅԵՐԵՆ (Armenian)

ՈւՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվակապակց և օգնություն անվճար ծառայություններով: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներով ու ծառայություններով նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 1-800-603-2340 հեռախոսահամարով (TTY` 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

Lus Hmoob (Hmong)

LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 1-800-603-2340 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"