



什麼是 Medicare Prescription Payment Plan (Medicare 處方付費計劃)？

Medicare 處方付費計劃是處方藥法規中新的支付選項，與您目前的藥物保險配合使用；透過將您的付現額 Medicare D 部分藥物費用分攤到整個日曆年（一月至十二月），藉此幫助您管理這一方面的藥物費用。從 2025 年開始，任何擁有 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃）者都可以使用此項支付選項。所有計劃都提供此支付選項，並且採自願加入的方式。

如果您選擇這項支付選項，您每個月將繼續支付您的計劃保費（如果有），您會收到您的健康或藥物計劃帳單支付您的處方藥費用（而非付費給藥房）。加入 Medicare 處方付費計劃無需任何費用。

加入前需要瞭解什麼？

該計劃的執行內容為何？

您在配藥 D 部分承保的處方藥時無需付費給藥房（包括郵購藥房和特種藥房）。取而代之的是您每個月都會收到來自您健康或藥物計劃的帳單。

即使您將來不必在藥房支付藥物費用，您仍然必須承擔該費用。想在領藥前瞭解您的藥物費用，請致電您的計劃或詢問藥劑師。

這種支付選項可能有助於管理您的每月開銷，但是並不會省下您的金錢或降低您的藥物費用。請前往第 4 頁，瞭解 Extra Help（額外補助）和其他可能為您省錢的方案（如果符合資格）。

我的月度帳單是如何計算的？

您的月度帳單是根據您購買的任何處方藥之費用，加上您上個月的餘額，除以當年度剩餘的月份數。所有計劃都使用相同的公式來計算您每個月的付款金額。

有關月度帳單如何計算的範例，請參閱第 6 頁。

您的付款金額可能每個月都不同，因此您可能無法提前知道帳單的具體金額。當您配發新的處方（或續配既有處方）時，將來的付款金額可能增加，因為隨著新的付現額加到您的月付金額中，該年度用來分攤剩餘的付款金額的月份數就會減少。

在單一日曆年（一月至十二月）裡，您支付的金額絕對不超過：

- 您付給藥房的付現額總額（指您不加入此支付選項的情況下）。
- Medicare 藥物承保年度最高付現額（2026 年為 \$2,100）。處方藥法規規定，2026 年您的付現額藥物費用上限為 \$2,100。每一位擁有 Medicare 藥物承保的人都是如此，不論您是否加入 Medicare 處方付費計劃。

這項計劃對我有幫助嗎？

這必須視您的情況而定。請記住，此支付選項可能有助於管理您的每月開銷，但是並不會省下您的金錢或降低您的藥物費用。

如果您在日曆年初的藥物費用較高，那麼加入 Medicare 處方付費計劃可能對您最有利。儘管您可以在年度的任何月份開始加入此支付選項，但是於當年中越早加入（例如九月之前），您就有更多月份可以分攤您的藥物費用。請造訪 [Medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan/will-this-help-me) 回答幾個問題，瞭解此支付選項是否對您有利。

如有以下情況，此支付選項可能不是您的最佳選擇：

- 您每年的藥物費用很低。
- 您每個月的藥物費用都相同。
- 您正在考慮於日曆年終報名加入此支付選項（於九月之後）。
- 您不想改變支付藥物費用的方式。
- 您獲得或有資格獲得 Medicare 的 Extra Help。
- 您獲得或有資格加入 Medicare Savings Program（Medicare 儲蓄計劃）。
- 您從其他組織獲得協助支付藥物費用，例如 State Pharmaceutical Assistance Program（SPAP，州藥物補助計劃）、優惠券方案或其他健康保險。

請前往第 4 頁，瞭解有助於降低您藥物費用的計劃。

Medicare 急診處方付費計劃選擇之標準

如果您符合以下條件，則可以追溯加入 Medicare 處方付費計劃：

- D 部分投保人認為，由於要求於 24 小時時限內處理其選擇加入該計劃導致延遲處方配藥，可能會嚴重危害投保人之性命、健康或恢復最佳機能的能力；以及
- D 部分投保人請求在急診索賠裁決日期和時間後 72 小時內追溯選擇加入計劃。

一旦您選擇的 Medicare 處方付費計劃生效，您也有權報銷急診處方和任何 D 部分承保處方配藥的所有分攤費用。

誰可以協助我決定是否該參加此計劃？

- **您的健康或藥物計劃：**請造訪 Blue Shield of California 網站或於上午 8 點至下午 8 點致電 (833) 696-2087，取得更多資訊。TTY 使用者請撥打 711。如果您需要緊急領取處方，請致電您的計劃討論您的選項。
- **Medicare：**請造訪 [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.medicare.gov/prescription-payment-plan) 瞭解更多有關此支付選項的資訊以及該選項是否適合您。

- **State Health Insurance Assistance Program (SHIP, 州健康保險援助計劃)**：請造訪 shiphelp.org 取得您當地的 SHIP 電話號碼，獲得免費的個人化健康保險諮詢。

我要如何報名加入？

如果您有投保 Blue Shield of California 的 Medicare D 部分計劃，請登入您的帳戶或致電 **(833) 696-2087 (TTY: 711)** 開始加入此支付選項：

- **在 2025 年，針對 2026 年**：如果您想加入 2026 年的 Medicare 處方付費計劃，請立即聯絡 Blue Shield of California。您加入的時間將從 2026 年 1 月 1 日開始算起。
- **2026 年期間**：自 2026 年 1 月 1 日起，您可以聯絡 Blue Shield of California，在該日曆年的任何時間開始加入 Medicare 處方付費計劃。

請記住，如果您在該日曆年終（九月之後）加入，那麼此支付選項可能不是您的最佳選擇。原因在於，隨著新的付現額藥物費用加到您的月付金額中，該年度用來分攤剩餘的付款金額的月份數就會減少。

如果加入，我需要瞭解哪些內容？

報名加入後，後續為何？

您的健康或藥物計劃審核您的加入請求後，會寄出一封信函給您，確認您加入 Medicare 處方付費計劃。接著：

1. 當您獲得 D 部分承保的藥物處方時，您的計劃會自動通知藥房您已加入此支付選項，您不必將處方藥費用支付給藥房。
即使您將來不必在藥房支付藥物費用，您仍然必須承擔該費用。想在領藥前瞭解您的藥物費用，請致電您的計劃或詢問藥劑師。
2. 您的計劃每個月都會寄給您一份帳單，內含您尚未支付的處方藥金額、到期時間以及付款方式的資訊。您會收到一份月度計劃保費的獨立帳單（如果您有）。

我該如何支付帳單？

您的健康或藥物計劃核准您加入 Medicare 處方付費計劃後，會寄給您一封信函，其中附有如何付款的資訊。

如果我不支付帳單會如何？

如果您錯過付款時間，您的健康或藥物計劃會寄送信函提醒您。如果您未在該提醒信函所列日期之前付款，Medicare 處方付費計劃會將您從計劃中除名。您只須支付所欠金額，**不必支付任何利息或規費，即使您遲繳金額亦同**。您可以選擇一次付清全部金額或按月繳費。如果您遭到 Medicare 處方付費計劃除名，您仍然享有您的 Medicare 健康或藥物計劃的保險資格。

請務必先支付您的健康或藥物計劃月度保費（如果有），如此才不會喪失藥物承保資格。如果對於同時支付月度計劃保費和 Medicare 處方付費計劃帳單有疑慮，請前往第 5 頁瞭解能協助您降低費用的各項方案的相關資訊。

如果您認為您的 Medicare 處方付費計劃帳單有誤，請致電您的計劃。如果您認為他們有錯誤，您有權依照《會員手冊》或 Evidence of Coverage (EOC，承保範圍說明書) 中的流程提出申訴。

我該如何退出此計劃？

您可以隨時聯絡您的健康或藥物計劃，要求退出 Medicare 處方付費計劃。退出此計劃不會影響您的 Medicare 藥物承保和其他 Medicare 福利。請記住：

- 如果您仍有欠款，即使您不再參加此支付選項，您仍然必須支付所欠款項。
- 您可以選擇一次付清全部餘額或按月繳費。
- 退出 Medicare 處方付費計劃後，您必須直接在藥房支付新的付現額藥物費用。

如果我變更健康或藥物計劃會如何？

如果您退出目前的計劃，或變更為新的 Medicare 藥物計劃或包含藥物承保的 Medicare 健康計劃（例如包含藥物保險的 Medicare Advantage 計劃），您參加的 Medicare 處方付費計劃將會終止。

如果您希望再次加入 Medicare 處方付費計劃，請與您的新計劃聯絡。

有哪些方案可以協助降低我的費用？

如果您的收入和資源有限，請瞭解您是否有資格參加以下其中一項方案：

- **Extra Help**：這是一項 Medicare 方案，協助您支付 Medicare 藥物費用。請造訪 ssa.gov/medicare/part-d-extra-help 瞭解您是否符合申請資格。您也可以向您所在州醫療援助 (Medicaid) 辦公室提出申請。請造訪 Medicare.gov/ExtraHelp 瞭解更多資訊。
- **Medicare 儲蓄計劃**：是州政府推出的計劃，可能有助於支付部分或全部的 Medicare 保費、自付額、共付額和共同保險。請造訪 Medicare.gov/medicare-savings-programs 瞭解更多資訊。
- **州藥物補助計劃 (SPAP)**：這些計劃可能包括您的 Medicare 藥物計劃保費和/或費用分攤。SPAP 提撥金可能計入您的 Medicare 藥物承保付現額度。請造訪 go.medicare.gov/spap 瞭解更多資訊。
- **製藥公司藥物補助計劃（有時稱為病患補助計劃 (PAP)）**：這是來自製藥公司的計劃，旨在協助降低有 Medicare 保險之患者的藥物費用。請造訪 go.medicare.gov/pap 瞭解更多資訊。

許多人符合儲蓄計劃的資格，但是並沒有意識到這一點。請造訪 Medicare.gov/basics/costs/help，或聯絡您當地的社會安全署辦公室瞭解更多資訊。請造訪 ssa.gov/locator/ 尋找您當地的社會安全署辦公室。

我可以從哪裡獲得更多資訊？

- **您的健康或藥物計劃**：請造訪 Blue Shield of California 網站，或致電 (833) 696-2087 (TTY: 711) 瞭解更多資訊。
- **Medicare**：請造訪 Medicare.gov/prescription-payment-plan，或致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)，每週 7 天、每天 24 小時。TTY 使用者可以撥打 1-877-486-2048。

如何提出與 Medicare 處方付費計劃相關的投訴與申訴

要針對 Medicare 處方付費計劃的任何方面提出投訴與申訴，您可以依照目前 Blue Shield of California 的投訴與申訴流程：[Blue Shield of California 申訴流程](#)。

月度帳單的計算範例

範例 1：

您服用多種費用很高的藥物，每個月的付現額總計為 \$500。2025 年一月，您透過您的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃加入 Medicare 處方付費計劃。

您的 Medicare 處方付費計劃第一個月帳單與該年度剩餘月份的帳單，兩者的計算方式不同：

- 首先，我們計算您第一個月「可能的最高付款金額」：

\$2,000 [年度最高付現額]	
– \$0 [使用此支付選項之前無付現額]	= \$166.67 [您第一個月「可能的最高付款金額」]
= \$2,000	
12 [該年度剩餘月份]	

- 接著，我們計算您一月份要支付的金額：

- 比較您一月份的付現額總額（\$500）與我們剛才計算的「可能的最高付款金額」：\$166.67。
- 您的計劃將向您收取這兩筆金額中較小的那一筆金額。因此，您一月份要支付 \$166.67。
- 您的餘額為 \$333.33（\$500-\$166.67）。

對於二月份和該年度剩餘月份，我們以不同的方式計算您的付款金額：

\$333.33 [餘額] + \$500 [新的費用]	
= \$833.33	= \$75.76 [您二月份的付款金額]
11 [該年度剩餘月份]	

我們將按二月的計算方式計算您三月份的付款金額：

\$75.57 [餘額] + \$500 [新的費用]	
= \$1,257.57	= \$125.76 [您三月份的付款金額]
10 [該年度剩餘月份]	

四月份時，當您續配處方藥時，您當年度的年度付現額（2025 年為 \$2,000）將會達到上限。您必須繼續支付已欠的費用並獲得處方藥，但四月之後，該年度接下來的時間都不會再增加任何新的付現額。

$$\begin{array}{rcl}
 \$1,131.81 \text{ [餘額]} + \$500 \text{ [新的費用]} & & \\
 = \$1631.81 & & = \$181.31 \text{ [您四月份和該年度所有剩餘月份的付款金額]} \\
 \hline
 9 \text{ [該年度剩餘月份]} & &
 \end{array}$$

儘管您的付款金額每個月都不同，但是到了年底，您支付的金額絕不超過：

- 您必須要付的付現額總額。
- 年度最高付現額總額（2025 年為 \$2,000）。

請記住，這只是您的付現額藥物費用每月要付的金額。您每個月仍然要支付健康或藥物計劃（如果有）的保費。

範例 1：一月開始參加，而年初的藥物費用很高

月份	您的藥物費用 (不使用此支付選項)	您的每月付款金額 (使用此支付選項)	備註
一月	\$500	\$166.67	這是您開始加入此支付選項的月份。請記住，您第一個月的帳單是根據「可能的最高付款金額」計算的。我們以不同的方式計算您該年度剩餘月份的帳單。
二月	\$500	\$75.76	
三月	\$500	\$125.76	
四月	\$500	\$181.31	這個月，您達到年度付現額上限（2025 年為 \$2,000）。該年度剩下的時間內，您不會再有新的付現額藥物費用。
五月	\$0.00	\$181.31 *	* 您每個月仍可獲得 \$500 的藥物，但由於您已達到年度付現額上限，因此在年度接下來的時間都不會再增加任何新的付現額。您將繼續支付已欠的款項。
六月	\$0.00	\$181.31 *	
七月	\$0.00	\$181.31 *	
八月	\$0.00	\$181.31 *	
九月	\$0.00	\$181.31 *	
十月	\$0.00	\$181.31 *	
十一月	\$0.00	\$181.31 *	
十二月	\$0.00	\$181.31 *	
總計	\$2,000.00	\$2,000.00	即使您不使用此支付選項，您全年支付的總

			金額也相同。
--	--	--	--------

如果對於從一月到四月每月支付 \$500 有疑慮，此支付選項有助於您管理費用。如果您傾向連續四個月每月支付 \$500，然後在該年度接下來的月份中不必支付費用，那麼此支付選項可能不適合您。請聯絡您的健康或藥物計劃，取得適合您個人需求的協助。

範例 2：

您服用多種藥物，每月的總付現額為 \$80。2025 年一月，您透過您的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃加入 Medicare 處方付費計劃。

您的 Medicare 處方付費計劃第一個月帳單與該年度剩餘月份的帳單，兩者的計算方式不同：

$$\begin{array}{rcl} \$2,000 \text{ [年度最高付現額]} & & \\ - \$0 \text{ [使用此支付選項之前} & & \\ \text{無付現額]} & & \\ \hline = \$2,000 & = \$166.67 \text{ [您第一個月「可能的} & \\ & \text{最高付款金額「]} & \\ 12 \text{ [該年度剩餘月份]} & & \end{array}$$

- 首先，我們計算您第一個月「可能的最高付款金額」：
- 接著，我們計算您一月份要支付的金額：
 - 比較您一月份的付現額總額（\$80）與我們剛才計算的「可能的最高付款金額」：\$166.67。
 - 您的計劃將向您收取這兩筆金額中較小的那筆金額。因此，您一月份要支付 \$80。
 - 您的餘額為 \$0。

對於二月份和該年度剩餘月份，我們以不同的方式計算您的付款金額：

$$\begin{array}{rcl} \$0 \text{ [餘額]} + \$80 \text{ [新的費用]} = \$80 & & \\ \hline & = \$7.27 \text{ [您二月份的付款金額]} & \\ 11 \text{ [該年度剩餘月份]} & & \end{array}$$

我們將按二月的計算方式計算您三月份的付款金額：

$$\begin{array}{rcl} \$72.73 \text{ [餘額]} + \$80 \text{ [新的費用]} = \$152.73 & & \\ \hline & = \$15.27 \text{ [您三月的付款金額]} & \\ 10 \text{ [該年度剩餘月份]} & & \end{array}$$

儘管您的付款金額每個月都不同，但是到了年底，您支付的金額絕不超過：

- 您必須要付的付現額總額。
- 年度最高付現額總額（2025 年為 \$2,000）。

請記住，這只是您的付現額藥物費用每月要付的金額。您每個月仍然要支付健康或藥物計劃（如果有）的保費。

範例 2：從一月開始參加，但全年費用保持一致

月份	您的藥物費用 (不使用此支付選項)	您的每月付款金額 (使用此支付選項)	備註
一月	\$80.00	\$80.00	這是您開始使用此支付選項的月份。請記住，您第一個月的帳單是根據「可能的最高付款金額」計算的。我們以不同的方式計算您該年度剩餘月份的帳單。
二月	\$80.00	\$7.27	
三月	\$80.00	\$15.27	
四月	\$80.00	\$24.16	
五月	\$80.00	\$34.16	
六月	\$80.00	\$45.59	
七月	\$80.00	\$58.93	
八月	\$80.00	\$74.92	
九月	\$80.00	\$94.93	
十月	\$80.00	\$121.59	
十一月	\$80.00	\$161.59	
十二月	\$80.00	\$241.59	
總計	\$960.00	\$960.00	即使您不使用此支付選項，您全年支付的總金額也相同。

根據您的具體情況，由於九月開始付款的金額較高，使用此支付選項可能無法讓您受益。請聯絡您的健康或藥物計劃，取得適合您個人需求的協助。

範例 3：

您每個月為定期服用的處方支付 \$4 的付現額。

2025 年四月，您需要一份新的一次性處方，費用為 \$613；因此，您四月份的總付現額為 \$617。同月份，在您配取處方藥之前，您決定透過您的 Medicare 藥物計劃或包含藥物保險的 Medicare 健康計劃加入 Medicare 處方付費計劃。

您的 Medicare 處方付費計劃第一個月帳單與該年度剩餘月份的帳單，兩者的計算方式不同：

- 首先，我們計算您第一個月「可能的最高付款金額」：

\$2,000 [年度最高付現額]	
– 此支付選項	= \$220.89 [您第一個月「可能的最高付款金額」]
= \$1,988	
9 [該年度剩餘月份]	

- 然後，我們計算您四月要支付的金額：

- 比較您四月份的付現額總額（\$617）與我們剛才計算的「可能的最高付款金額」：\$220.89。
- 您的計劃將向您收取這兩筆金額中較小的那一筆金額。因此，您四月份要支付 \$220.89。
- 您的餘額為 \$396.11（\$617 – \$220.89）。

對於五月和該年度剩餘的月份，我們以不同的方式計算您的付款金額：

\$396.11 [餘額] + \$4 [新的費用]	
	= \$50.01 [您五月份的付款金額]
= \$400.11	
8 [該年度剩餘月份]	

您的付款金額全年都不相同。原因在於您在該年度增加了藥物費用，但該年度剩餘能分攤費用的月份也較少了。

到了年底，您支付的金額絕不超過：

- 您必須要付的付現額總額。
- 年度最高付現額總額（2025 年為 \$2,000）。

請記住，這只是您的付現額藥物費用每月要付的金額。您每個月仍然要支付健康或藥物計劃（如果有）的保費。

範例 3：從四月開始參加，但全年費用各不相同

月份	您的藥物費用 (不使用此支付 選項)	您的每月付款金 額 (使用此支付 選項)	備註
一月	\$4.00	\$4.00*	* 您在開始加入 Medicare 處方付費計劃之前直接將這些款項付給藥房。
二月	\$4.00	\$4.00*	
三月	\$4.00	\$4.00*	
四月	\$617.00	\$220.89	這是您開始使用此支付選項的月份。請記住，您第一個月的帳單是根據「可能的最高付款金額」計算的。我們以不同的方式計算您該年度剩餘月份的帳單。
五月	\$4.00	\$50.01	
六月	\$4.00	\$50.59	
七月	\$124.00	\$71.25	這個月，除了 \$4 的藥物之外，您還需要一份 \$120 的藥物。按照我們五月份所使用的相同公式，您的付款金額增加，原因在於您在該年度增加了藥物費用，但該年度剩餘能分攤費用的月份也較少了。
八月	\$4.00	\$72.05	
九月	\$4.00	\$73.05	
十月	\$124.00	\$114.39	這個月，除了 \$4 的藥物之外，您還需要一份 \$120 的藥物。按照我們五月份所使用的相同公式，您的付款金額增加，原因在於您在該年度增加了藥物費用，但該年度剩餘能分攤費用的月份也較少了。
十一月	\$4.00	\$116.39	
十二月	\$4.00	\$120.38	
總計	\$901.00	\$901.00	即使您不使用此支付選項，您全年支付的總金額也相同。

如果對於在四月份支付 \$617 有疑慮，此支付選項將有助於您把費用分攤到全年的每個月份中支付，但付款金額有所不同。如果您擔心年終的付款金額較高，那麼此支付選項可能不適合您。請聯絡您的健康或藥物計劃，取得適合您個人需求的協助。



非歧視通知

歧視屬於違法行為。Blue Shield of California 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。Blue Shield of California 不會因種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障而排斥或區別對待任何人。

Blue Shield of California 提供：

- 為殘障人士免費提供如下協助與服務，以便殘障人士有效地與我們進行溝通，例如：
 - ✓ 合格的手語翻譯
 - ✓ 其他格式的書面資訊（大字印刷版、音訊版、可存取的電子格式、其他格式）
- 為母語非英語的人士提供的免費語言服務，例如：
 - ✓ 合格的口譯員
 - ✓ 其他語言版本的文本資訊

如您需要以上服務，請使用您會員識別卡背面的電話號碼聯絡 Blue Shield of California 客戶服務部。

如您認為 Blue Shield of California 未能提供如上服務，或以任何其他方式基於種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、懷孕或相關狀況、性別特徵、性別刻板印象、性別認同、性取向、年齡或殘障進行歧視，您可以向以下機構提交申訴：

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
電話：(844) 831-4133 (TTY: 711), 傳真：(844) 696-6070
電子郵件：BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

您可以親自前來申訴，或將申訴透過郵遞、傳真或發送電子郵件的方式提交。如需提交申訴方面的協助，民權協調員將隨時為您提供協助。

您還可以透過民權辦公室的投訴門戶網站，以電子方式向 U.S. Department of Health and Human Services（美國衛生和公共服務部）的民權辦公室提交民權投訴，網址為 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>，或透過郵遞或電話提交投訴，聯絡方式如下：

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
電話：1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

投訴表格可前往 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> 獲取。



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

ATTENTION: If you speak [insert language], 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 1-800-776-4466 (TTY: 711) or speak to your provider.

العربية
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 1-800-776-4466 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ՀԱՅԵՐԵՆ

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրվում է համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները նույնպես տրամադրվում են անվճար: Զանգահարեք 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

中文

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 1-800-776-4466 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

हिंदी

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 सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-776-4466 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Lus Hmoob

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 1-800-776-4466 (TTY: 711) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.

日本語

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。1-800-776-4466 (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。

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-776-4466 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ

ເລື່ອງ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

ភាសាខ្មែរ

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-776-4466 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

فارسي
توجه: اگر [وارد کردن زبان] 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 1-800-776-4466 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.

ਪੰਜਾਬੀ

ਧਿਆਨ ਦਿਉ: 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। 1-800-776-4466 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

РУССКИЙ

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 1-800-776-4466 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Español

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 1-800-776-4466 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 1-800-776-4466 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ไทย

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือ เพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-776-4466 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ

українська мова

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 1-800-776-4466 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника».

Việt

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 1-800-776-4466 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.