



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

麦当劳被许可人和麦当劳叔叔之家慈善基金会 (Ronald McDonald House Charities)

健康和福利计划信托：健康计划 2

承保对象：个人+家庭 | 计划类型：PPO



福利和承保范围摘要 (SBC) 文档可帮助您选择健康计划。SBC 会为您展示您和计划如何分摊承保的医疗保健服务的费用。
注意：有关此计划费用（称为“保费”）的信息将另行提供。本文档仅为摘要信息。如需详细了解您的承保范围，或要获得完整保险条款的副本，请致电 1-800-730-8445 或访问 <https://policy-srv.box.com/s/kro6cziri4zm51phuu8hynsw6i8trqu0>。
 的一般定义，如允许额、差额账单、共同保险、共付额、自付额、提供者或其他带下划线的术语，请参见术语表。您可以在有关常用术语 www.healthcare.gov/sbc-glossary/ 上查看术语表，或致电 1-855-756-4448 索取副本。

重要问题	解答	重要意义：
总自付额是多少？	网络内： 个人 5,000 美元/家庭 9,000 美元 网络外： 个人 10,000 美元/家庭 18,000 美元	通常，您必须先自行支付提供者产生的所有费用，直至达到自付额后，后续费用才会由本计划承担。如果您的计划中有其他家庭成员，则每位家庭成员都必须满足自己的个人自付额，直至所有家庭成员支付的自付额费用总额达到家庭总自付额为止。
在您自付的费用达到自付额之前，是否有服务在承保范围内？	是。在您自付的费用尚未达到自付额时，部分收取共付额的预防保健和服务已在承保范围内。	即使您尚未达到自付额度，本计划也为某些项目和服务提供承保。但可能需要共付额或共同保险。例如，本计划涵盖某些预防服务，不但不需要分担费用，而且不要求您自付的费用达到自付额。请参见承保的预防服务清单，网址为 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ 。
是否有针对特定服务的其他自付额？	是。网络内和网络外住院自付额为 500 美元。没有其他特定自付额要求。	您必须先自行支付这些服务的费用，直至达到自付额后，这些服务的后续费用才会由本计划承担。
此计划的自付限额是多少？	网络内： 个人 7,000 美元/家庭 14,000 美元 网络外： 个人 14,000 美元/家庭 28,000 美元	自付限额是您在一年内为承保的服务自行支付的金额上限。如果您有其他家庭成员参与此计划，则他们必须达到个人自付限额，直至达到家庭总自付限额为止。
自付限额中不包括什么？	保费、差额账单费用和不在本计划承保范围内的医疗保健服务。	即便您支付了这些费用，它们也不会计入自付限额。
如果您选择网络提供者提供的服务，那么您支付的费用会减少吗？	是。请访问 www.bcbsil.com/licensees 或致电 1-800-730-8445，以索取网络提供者名单。	本计划使用提供者网络。如果您选择本计划的网络中的提供者，则您支付的费用会更少。如果您使用网络外提供者，那么您支付的费用最多，而且您可能会收到提供者的账单，要求您支付提供者的费用与您的计划支付的费用之间的差额（差额账单）。请注意，您的网络提供者可能会使用网络外提供者来提供某些服务（例如实验室工作）。请在获得服务之前咨询您的提供者。
看专科医生是否需要转介？	否。	无需转介即可到您选择的专科医生处看诊。

 如果自付额适用，则此图表中显示的所有共付额和共同保险费用均为达到自付额要求后的费用。

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外情况和其他重要信息
		网络内提供者 (您将支付最少的费用)	网络外提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您前往医疗保健提供者的办公室或诊所就诊	为治疗受伤或疾病而到初级医疗机构就诊	每次就诊 30 美元； <u>自付额</u> 不适用	50% <u>共同保险</u>	线上就诊；每次就诊共付额 10 美元， <u>自付额</u> 不适用。详情请参阅您的福利手册。
	<u>专科医生</u> 看诊	每次就诊 30 美元； <u>自付额</u> 不适用	50% <u>共同保险</u>	无
	<u>预防保健/筛查/免疫接种</u>	不收费； <u>自付额</u> 不适用	50% <u>共同保险</u>	您可能需要为非预防性服务付费。请询问您的提供者，了解所需服务是否为预防性服务。然后确认您的计划将支付多少费用。
如果涉及到检测	<u>诊断检测</u> (X 光检查、血液检查)	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	无
	影像检查 (CT/PET 扫描、MRI)	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	建议为高成本/高科技的程序预先获得批准。

* 有关限制和例外的详细信息，请参阅此网址中的计划或保单文档：

<https://policy-srv.box.com/s/kro6cziri4zm51phuu8hynsw6i8trqu0>。

SBC IL 非 HMO LG-HP2-2026

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外情况和其他重要信息
		网络内提供者 (您将支付最少的费用)	网络外提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您需要药物来治疗疾病或其他状况 有关处方药保险的更多信息，请访问 www.express-scripts.com/mcdonalds 或致电 1-877-783-2268 处方药保险由 Fidelity Security Life Insurance Company 签发。	仿制药	零售共付额 10 美元/ 邮购共付额 25 美元	在零售药房支付 100% 的费用，然后填写理赔表并提交给 Express Scripts (ESI)	
	首选原研药	零售为 40% 的共同保险，最低 50 美元，最高 300 美元 邮购为 40% 的共同保险，最低 125 美元，最高 750 美元	在零售药房支付 100% 的费用，然后填写理赔表并提交给 Express Scripts (ESI)	保险最多可覆盖 30 天药量（零售处方）；邮购（Express Script's 或 Walgreen's）购药时，最多可覆盖 90 天药量。预防性药物共付额为“0.00 美元”。 按处方购买维持药物 2 次后，会员必须开具有关通过邮购方式获得 90 天药量的处方。
	非首选原研药	零售为 50% 的共同保险，最低 100 美元，最高 500 美元 邮购为 50% 的共同保险，最低 250 美元，最高 1250 美元	在零售药房支付 100% 的费用，然后填写理赔表并提交给 Express Scripts (ESI)	您必须如所示说明支付处方共付额，直到达到自付限额和处方自付额。此后，允许的处方费用将 100% 由本计划承担。 对于某些用于治疗复杂疾病的特殊药物，每一次按处方购药（包括首次购药）时都必须通过 Accredo（ESI Pharmacy 下属的特殊药物分部）购买。
	特殊药物	费用分担与零售相同。	费用分担与零售相同。	仿制药成本与原研药费用之间的任何差额均适用于自付额或自付限额。适用费用分担（按层级）及仿制药与原研药之间的费用差额永远不能超过药物的总费用。
如果您有门诊手术	设施费（例如，门诊手术中心）	20% 共同保险	50% 共同保险	无
	医生/外科医生费用	20% 共同保险	50% 共同保险	无

* 有关限制和例外的详细信息，请参阅此网址中的计划或保单文档：

<https://policy-srv.box.com/s/kro6cziri4zm51phuu8hynsw6i8trqu0>。

SBC IL 非 HMO LG-HP2-2026

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外情况和其他重要信息
		网络内提供者 (您将支付最少的费用)	网络外提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您需要紧急就医	急诊室护理	20% <u>共同保险</u>	20% <u>共同保险</u>	网络内和网络外急诊室的非紧急使用在自付额支付满额后均有 30% 的 <u>共同保险</u> 。
	<u>紧急医疗运送</u>	20% <u>共同保险</u>	20% <u>共同保险</u>	无
	<u>紧急护理</u>	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	无
如果您要住院	设施费（例如病房）	每次入院自付额为 500 美元，外加 20% 的 <u>共同保险</u>	每次入院自付额为 500 美元，外加 50% 的 <u>共同保险</u>	需要预先认证。如果未能预先认证服务，则减少 50% 的权益，违约金最高限额为 1,000 美元。
	医生/外科医生费用	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	无
如果您需要心理健康、行为健康或药物滥用服务	门诊服务	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	30 美元的共付额（仅适用于前往诊所就诊）。线上就诊；每次就诊共付额 10 美元，自付额不适用。详情请参阅您的福利手册。
	住院服务	每次入院自付额为 500 美元，外加 20% 的 <u>共同保险</u>	每次入院自付额为 500 美元，外加 50% 的 <u>共同保险</u>	需要预先认证。涵盖住院治疗服务。
如您怀孕	诊所就诊	每次就诊 30 美元；自付额不适用	50% <u>共同保险</u>	<u>共付额</u> 适用于第一次产前检查（每次怀孕）。 <u>费用分摊</u> 不适用于 <u>预防性服务</u> 。视服务类型而定， <u>共付额</u> 、 <u>共同保险</u> 或 <u>自付额</u> 可能适用。孕产妇护理可能包括 SBC 中其他位置描述的检查和服务（如超声检查服务）。
	生产/分娩专业服务	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	

* 有关限制和例外的详细信息，请参阅此网址中的计划或保单文档：

<https://policy-srv.box.com/s/kro6cziri4zm51phuu8hynsw6i8trqu0>。

SBC IL 非 HMO LG-HP2-2026

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外情况和其他重要信息
		网络内提供者 (您将支付最少的费用)	网络外提供者 (您将支付最多的费用)	
	生产/分娩设施服务	每次入院自付额为 500 美元, 外加 20% 的 <u>共同保险</u>	每次入院自付额为 500 美元, 外加 50% 的 <u>共同保险</u>	需要预先认证。
如果您需要康复协助或其他特殊健康需求	<u>居家医疗保健护理</u>	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	60 次就诊上限 (含私人值班护士照护服务)。需要预先认证。
	<u>康复服务</u>	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	言语、职业和物理治疗共计 60 次就诊。
	<u>适应训练服务</u>	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	
	<u>专业护理照护</u>	每次入院自付额为 500 美元, 外加 20% 的 <u>共同保险</u>	每次入院自付额为 500 美元, 外加 50% 的 <u>共同保险</u>	限制为最长 120 天。需要预先认证。
	<u>耐用医疗设备</u>	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	福利仅限用于医疗目的的项目。购买和租赁设备均可享受 <u>耐用医疗设备福利</u> (不能超过购买价格)。
	<u>临终关怀服务</u>	每次入院自付额为 500 美元, 外加 20% 的 <u>共同保险</u>	每次入院自付额为 500 美元, 外加 50% 的 <u>共同保险</u>	无

* 有关限制和例外的详细信息, 请参阅此网址中的计划或保单文档:

<https://policy-srv.box.com/s/kro6cziri4zm51phuu8hynsw6i8trqu0>。

SBC IL 非 HMO LG-HP2-2026

常见医疗事件	您可能需要的服务	您将支付的费用		限制、例外情况和其他重要信息
		网络内提供者 (您将支付最少的费用)	网络外提供者 (您将支付最多的费用)	
如果您的孩子需要 牙科或眼部护理	儿童眼科检查	不在承保范围内	不在承保范围内	通过 EyeMed 提供福利。
	儿童配镜	不在承保范围内	不在承保范围内	通过 EyeMed 提供福利。
	儿童牙科检查	不在承保范围内	不在承保范围内	通过 Delta Dental 提供福利。

不包括的服务和其他承保范围内的服务：

您的计划通常不涵盖的服务（请查看您的保单或计划文档以了解更多信息，以及任何其他排除在外的服务的清单。）		
• 针灸 • 整容手术 • 牙科护理（成人）	• 长期护理 • 在美国境外旅行时的非急救护理	• 常规眼部护理（成人） • 减重计划
其他在承保范围内的服务（这些服务可能会受到限制。此处的清单并不完整。请查看您的计划文档。）		
• 流产 • 减肥手术 • 脊骨疗法（脊骨疗法和整骨疗法每个日历年限 25 次就诊）	• 助听器（每 24 个月每侧耳 1 部） • 不育症治疗（每个保障期最多可进行 4 次体外试验，获得特别批准后最多为 6 次）	• 私人值班护士照护服务（住院私人值班护士照护服务除外） • 常规足部护理（仅涉及与糖尿病相关的护理）

* 有关限制和例外的详细信息，请参阅此网址中的计划或保单文档：

<https://policy-srv.box.com/s/kro6cziri4zm51phuu8hynsw6i8trqu0>。

SBC IL 非 HMO LG-HP2-2026

您的继续投保权利：如果您想在保险结束后继续投保，可通过一些机构获得帮助。这些机构的联系信息如下：如需团体健康保险，请致电 1-800-730-8445 联系 计划 Blue Cross and Blue Shield of Illinois 或访问 www.bcbsil.com。如需参加雇员退休收入保障法案 (ERISA) 规定的团体健康保险，请致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 www.dol.gov/ebsa/healthreform 联系美国劳工部雇员福利保障管理局。有关非联邦政府团体健康计划，请致电 1-877-267-2323 x61565 或访问 www.cciio.cms.gov 联系美国卫生和公众服务部消费者信息与保险监督中心。联邦 COBRA 续保规则不涵盖教会计划。如已投保此类计划，个人应联系其州保险监管机构，了解他们是否有权根据州法律续保。您也可以选择其他保险选项，包括通过 医疗保险市场 购买个人保险。有关该市场的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov 或致电 1-800-318-2596。

您的申诉和上诉权利：如果您因 理赔被拒 而就您的 计划 提出投诉，有些机构可为您提供帮助。此类投诉称为 申诉 或 上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您将通过该 医疗理赔 获得的福利的解释。您的 计划 文件也会提供完整的信息，帮您了解如何出于任何原因向您的 计划 提交 理赔、上诉 或 申诉。有关您的权利、本声明或相关协助的更多信息，请联系：对于雇员退休收入保障法案 (ERISA) 规定的团体健康保险：Blue Cross and Blue Shield of Illinois，请致电 1-800-730-8445 或访问 www.bcbsil.com，或致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 www.dol.gov/ebsa/healthreform 联系美国劳工部雇员福利保障管理局。此外，消费者援助计划可以帮助您提出 上诉。请致电 (877) 527-9431 联系伊利诺伊州保险部或访问 <http://insurance.illinois.gov>。

此计划是否提供最低基本保险？ 是

最低基本保险 通常包括 计划、通过 医疗保险市场 或其他个人市场保单提供的 医疗保险、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 和某些其他保险。如果您有资格获得某些类型的 最低基本保险，则可能没有资格获得 保费税收抵免。

本计划是否符合最低价值标准？ 是

如果您的 计划 不符合 最低价值标准，则您可能没有资格获得 保费税收抵免，以帮助您通过 医疗保险市场 支付 计划 费用。

语言访问服务：

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-730-8445.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-730-8445.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-730-8445.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-730-8445.

若要查看范例，了解本计划在一个示例医疗状况如何支付费用，请参阅下一节。

关于这些保险范例：



这并非成本估算工具。所示的处理方法仅为范例，说明本计划可能如何为医疗服务提供承保。您的实际费用将有所不同，具体取决于您接受的实际护理、医疗服务提供者收取的价格以及许多其他因素。请重点关注计划下的费用分摊金额（自付额、共付额和共同保险）以及排除在外的服务。使用此信息比较您在不同健康计划下可能要支付的费用部分。请注意，这些保险范例基于仅限个人的保险。

Peg 即将生产

（9 个月的网络内产前护理和住院分娩）

■ 本计划的总自付额	5,000 美元
■ 专科服务共付额	30 美元
■ 两者的医院（设施）费用	500 美元+20%
■ 其他共同保险	20%

此范例事件包括以下服务：

专科就诊（产前护理）
生产/分娩专业服务
生产/分娩设施服务
诊断测试（超声和血液检查）
专科就诊（麻醉）

范例总费用	12,700 美元
在此范例中，Peg 将支付：	
费用分摊	
自付额*	5,500 美元
共付额	40 美元
共同保险	1,400 美元
未涵盖的内容	
限制或排除	60 美元
Peg 要支付的总额是	7,000 美元

Joe 的 2 型糖尿病管理

（对控制良好的疾病进行为期一年的常规网络内护理）

■ 本计划的总自付额	5,000 美元
■ 专科服务共付额	30 美元
■ 两者的医院（设施）费用	500 美元+20%
■ 其他共同保险	20%

此范例事件包括以下服务：

初级保健医生诊所就诊（包括疾病教育）
诊断检测（血液检查）
处方药
耐用医疗设备（血糖计）

范例总费用	5,600 美元
在本范例中，Joe 将支付：	
费用分摊	
自付额	900 美元
共付额	400 美元
共同保险	1,200 美元
未涵盖的内容	
限制或排除	20 美元
Joe 要支付的总额是	2,520 美元

Mia 的单纯骨折

（网络内急诊室就诊和后续护理）

■ 本计划的总自付额	5,000 美元
■ 专科服务共付额	30 美元
■ 两者的医院（设施）费用	500 美元+20%
■ 其他共同保险	20%

此范例事件包括以下服务：

急诊室护理（包括医疗用品）
诊断检测（X 光检查）
耐用医疗设备（拐杖）
康复服务（理疗）

范例总费用	2,800 美元
在此范例中，Mia 将支付：	
费用分摊	
自付额	2,500 美元
共付额	100 美元
共同保险	0 美元
未涵盖的内容	
限制或排除	0 美元
Mia 要支付的总额为	2,600 美元

*注意：对于此保险范例中包含的特定服务，本计划还有其他自付额。请参见上方“是否有针对特定服务的其他自付额？”一行。

本计划将负责这些示例承保服务的其他费用。



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

反歧视声明

健康保险对每个人都很重要

我们不会因种族、肤色、国籍（包括英语能力有限或母语差异）、年龄、残疾或性别（依适用法规界定）而歧视任何人。我们为残障人士提供合理的便利措施和免费的沟通辅助工具，以保障能与我们进行有效沟通。我们还为母语非英语人士提供免费的语言协助服务。

如需免费获得合理便利措施、沟通辅助工具或语言协助服务，请致电 855-710-6984 联系我们。

如果您认为我们未能提供服务，或者认为我们存在其他方面的歧视行为，可向以下机构提交申诉：

民权协调员办公室
收件人：民权协调员办公室
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

电话：855-664-7270（语音信箱）
TTY/TDD：855-661-6965
传真：855-661-6960
电子邮件：civilrightscoordinator@bcbsil.com

您可以通过邮寄、传真或电子邮件提交申诉。如果您在提交申诉过程中需要帮助，请拨打您保险卡背面所列的免费电话（TTY：711）。

您可以向美国卫生和公众服务部民权办公室提出民权投诉：

美国卫生和公众服务部
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

电话：800-368-1019
TTY/TDD：800-537-7697
投诉门户：
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
投诉表单：
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

本声明可在我们的网站上查阅：bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another 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 855-710-6984 (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 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
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 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

bcbsil.com

IL1557_ENG_20250410



中文 Chinese	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 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
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 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
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 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસ/લેરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
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। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
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. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'gíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohji' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی 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 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
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 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog 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 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
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 để tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.