



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un **plan** de salud. El SBC muestra cómo usted y el **plan** compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Individual \$0/familiar \$0.	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Este plan no tiene <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su deducible.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos. Sin embargo, consulte el cuadro que comienza en la página 2 para ver otros costos de servicios que cubre su plan.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Médico: individual \$1,500/familiar \$3,000. Global: individual \$9,100/familiar \$18,200 (puede alcanzarse con los copagos médicos y de medicamentos con receta médica, o solo con los copagos de medicamentos con receta médica).	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> y servicios que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-877-858-6507.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$20 de copago/visita.	Sin cobertura.	Pueden aplicarse cargos adicionales por servicios no preventivos prestados en el consultorio del médico. Pueden aplicarse cargos adicionales por servicios no preventivos prestados en el consultorio del médico. Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	
	<u>Atención preventiva/ evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Pueden aplicarse cargos por visitas al consultorio si los servicios se prestan en el consultorio de un médico. También puede aplicarse un cargo por visitas al consultorio o servicios profesionales o del médico según dónde se reciban los servicios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>La <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> está administrada por CVS/Caremark</p> <p>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.caremark.com</p>	Medicamentos genéricos (nivel 1)	\$7 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor), \$14 de copago/medicamentos con receta médica (farmacia al por menor participante o pedidos por correo).	Sin cobertura.	<p>La cobertura de medicamentos con receta médica se proporciona a través de CVS/Caremark. Para obtener una lista de farmacias participantes, visite www.caremark.com/sofrxplan o llame al 1-888-766-5490.</p> <p>Medicamentos genéricos y de marca: Cubre un suministro de hasta 90 días en farmacias al por menor y un suministro de 60 a 90 días a través del servicio de pedidos por correo.</p> <p>Algunos medicamentos en todos los niveles requieren autorización previa. Puede aplicarse un cargo adicional por marca.</p> <p>Los medicamentos de especialidad y de costo compartido están disponibles solo en un suministro de 30 días; no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo.</p>
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	\$30 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor), \$60 de copago/medicamentos con receta médica (farmacia al por menor participante o pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	\$50 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor), \$100 de copago/medicamentos con receta médica (farmacia al por menor participante o pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad (nivel 4)	Medicamentos de especialidad de marca preferidos: \$30 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor), \$60 de copago/medicamentos con receta médica (farmacia al por menor participante o pedidos por correo). Medicamentos de especialidad de marca no preferidos: \$50 de copago/medicamentos con receta médica (al por menor), \$100 de copago/medicamentos con receta médica (farmacia al por menor participante o pedidos por correo).	Sin cobertura.	
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro (p. ej. centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	Sin cobertura.	También pueden aplicarse cargos por visitas al consultorio si los servicios se prestan en el consultorio de cualquier médico. Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	También pueden aplicarse cargos por visitas al consultorio si los servicios se prestan en el consultorio de cualquier médico. Se requiere autorización previa.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 de copago/visita.	\$100 de copago/visita.	No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	Ninguna.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 de copago/visita.	Sin cobertura.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej. habitación del hospital)	\$250 de copago/admisión.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$20 de copago/visita.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de copago/admisión. Hospitalización residencial: Sin cargo.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Se requiere autorización previa.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$250 de <u>copago</u> /admisión.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita para fisioterapia y terapias ocupacional o del habla, y servicios quiroprácticos.	Sin cobertura.	La fisioterapia y las terapias ocupacional y del habla de rehabilitación para tratar lesiones se limitan a 60 visitas por lesión. Los servicios quiroprácticos se limitan a 60 visitas por lesión.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	La terapia ocupacional de habilitación se limita a la atención médica en el hogar, la atención del programa de cuidados paliativos, el tratamiento del trastorno del espectro autista, el tratamiento de discapacidades del desarrollo y el síndrome de Down.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Limitada a 60 días de atención después de la hospitalización por año calendario. Se requiere autorización previa.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Limitados a 210 días de por vida.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Médico de atención primaria: \$20 de copago/visita; especialista: \$40 de copago/visita.	Sin cobertura.	Limitado a 1 examen de rutina de la vista por año calendario.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica.
- Anteojos para niños.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Tratamiento para la infertilidad.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para los pies.
- Enfermería particular.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cuidado quiropráctico.
- Atención de rutina para la vista (adultos).

Su derecho a continuar con la cobertura:

Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación:

Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número gratuito general 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

Si no tiene **cobertura esencial mínima** durante un mes, deberá realizar el pago cuando envíe la declaración de ingresos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura de salud durante dicho mes.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su **plan** no cumple con el **valor mínimo estándar**, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un **crédito fiscal para primas del plan** que lo ayudará a pagar un **plan** en el **Mercado**.

-----Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.-----

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este **plan** cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus **proveedores** cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de **costo compartido** (**deducibles**, **copagos** y **coseguro**) y en los **servicios excluidos** por el **plan**. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos **planes** médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- El **deducible** general del **plan** \$0
- **Copago** de **especialista** \$40
- **Copago** del hospital (establecimiento) \$250
- Otro **copago** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
 Exámenes de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,800

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$998
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,058

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El **deducible** general del **plan** \$0
- **Copago** de **especialista** \$40
- **Copago** del hospital (establecimiento) \$250
- Otro **copago** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluye la educación sobre enfermedades*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos con receta médica
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$847
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$55
El total que Joe pagaría es	\$902

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- El **deducible** general del **plan** \$0
- **Copago** de **especialista** \$40
- **Copago** del hospital (establecimiento) \$250
- Otro **copago** \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Atención en la Sala de Emergencias (*incluye suministros médicos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$1,925

En este ejemplo, Mía pagaría:

<i>Costos compartidos</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$355
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$355

Nota: Si su **plan** tiene un programa de bienestar y usted decide participar, es posible que sus costos sean menores.

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja formal:

Civil Rights Coordinator

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

1-800-648-7817, TTY: 711, fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 1-860-262-7705)

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, planes Coventry Health Care y sus filiales (Aetna).

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - **हन्दिी में भाषा सहायता के लएि, 1-800-370-4526 पर मुफ्त कॉल करें।**
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-370-4526.
- Ibo - **Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-370-4526 na akwughị ụgwọ ọ bụla**
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-370-4526 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-370-4526.
- Japanese - **日本語で援助をご希望の方は、1-800-370-4526 まで無料でお電話ください。**
- Karen - လာဝတီမဟာလာဝတီကတိတ်ကျိတ်အဂီဝ် ကျိတ် ကိး 1-800-370-4526 လာဝတီအိတ်ဒီးတဝ်လာတ်သုတ်လာတ်စုသုတ်
- Korean - **한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-982-3862번으로 전화해 주십시오.**
- Kru-Bassa - **Be`m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bāsó`-wuđũñ wɛɛ, dá 1-800-370-4526**
- Kurdish - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 به خۆرای یه یومندی بکمن.**
- Laotian - **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.**
- Marathi - **तीलभाषा (मराठी) सहाय्यासाठी 1-800-370-4526 क्रमांकावरकोणत्याहीखर्चाशिवायकॉलकरा.**
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-370-4526 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian-Pohnpeyan - **Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-370-4526 ni sohte isais.**
- Mon-Khmer, Cambodian - **សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លៃ។**
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-800-370-4526
- Nepali - **(नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1- 800-370-4526 मा फोन गर्नुहोस् ।**
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoony ë thok ë Thuwoŋjäŋ cöl 1-800-370-4526 kecin ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.
- Panjabi - **ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।**
- Pennsylvania Dutch - Fer Hilfe in Deutsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persian - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی**
- Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.

- Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-370-4526 gratuitamente.
- Romanian - Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-800-370-4526
- Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.
- Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totogi.
- Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-370-4526.
- Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.
- Sudanic-Fulfude - Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero doo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.
- Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.
- Syriac - ܟܠ ܥܡܟܢ ܟܠ ܫܘܟܠܐ ܕܗܘܐ ܥܠܝܗ ܟܠ ܥܡܟܢ ܟܠ ܫܘܟܠܐ ܕܗܘܐ ܥܠܝܗ 1-800-370-4526 ܕܘܟܠܐ.
- Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.
- Telugu - భాషలో సాయం కోరకు ఎలాంటి ఖర్చు లేకుండా 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి. (తెలుగు)
- Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
- Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā ʻōtōngi.
- Trukese - Ren ánnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.
- Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedi 1-800-370-4526.
- Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.
- Urdu - اگر کسی کو اردو کی زبان کی مدد کی ضرورت ہے تو وہ 1-800-370-4526 پر کال کر سکتا ہے۔
- Vietnamese - Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-370-4526.
- Yiddish - פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פון אפצאל.
- Yoruba - Fún iránlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 láí san owó kankan rárá.