



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 1-877-858-6507. 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 1-877-858-6507 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 <u>plan</u> 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 <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> médica: individual \$1,500/familiar \$3,000. Dentro de la <u>red</u> global: individual \$9,450/familiar \$18,900 (alcanzado con <u>copagos</u> médicos y de medicamentos con receta o con <u>copagos</u> de medicamentos con receta únicamente).	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</u> fuera de la <u>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</u> dentro de la <u>red</u> puede usar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>remisión</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>remisión</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 <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos adicionales por los <u>servicios no preventivos</u> prestados en el consultorio del médico.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos adicionales por los <u>servicios no preventivos</u> prestados en el consultorio del médico.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio del médico.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	Sin cobertura.	También pueden aplicarse cargos por visitas al consultorio o por servicios prestados por médicos o profesionales según dónde se reciban esos servicios. Se requiere precertificación para tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones e imágenes por resonancia magnética.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.aetna.com/pharmacy-insurance/individual-s-families	Medicamentos genéricos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Sin cobertura.	Sin cobertura.	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)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	Sin cobertura.	También podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio de cualquier médico. Se requiere autorización previa.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	También podrían aplicarse cargos por las visitas al consultorio si se prestan servicios en el consultorio de cualquier médico. Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$100 de <u>copago</u> /visita.	\$100 de <u>copago</u> /visita.	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$25 de <u>copago</u> /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	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: \$20 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$250 de copago/admisión.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo, \$40 de <u>copago</u> por la visita inicial para confirmar el embarazo.	Sin cobertura.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . 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 copago/admisión.	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)	
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 y del habla y para servicios quiroprácticos.	Sin cobertura.	Limitado a tratamiento de 60 visitas/condición por año calendario para fisioterapia, terapia del habla y cuidado quiropráctico combinadas y de 60 visitas/condición por año calendario para terapia ocupacional, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$40 de <u>copago</u> /visita.	Sin cobertura.	La terapia ocupacional rehabilitadora se limita a la <u>atención médica en el hogar</u> , la atención del programa de cuidados paliativos y el tratamiento para el trastorno del espectro autista y el síndrome de Down.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$250 de copago/admisión.	Sin cobertura.	Limitado a 60 días posteriores a la atención de <u>hospitalización</u> 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>	\$250 de <u>copago</u> /hospitalización para pacientes hospitalizados; sin cargo para pacientes ambulatorios.	Sin cobertura.	Se limita a 210 días de por vida.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$20 de <u>copago</u> /visita al PCP; \$40 de <u>copago</u> /visita al especialista.	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 plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

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

- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 60 visitas/condición por año calendario combinadas con fisioterapia y terapia del habla.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista/año calendario.

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 1-877-858-6507.
- 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 <http://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:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-877-858-6507. 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 <http://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.

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿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

■ Copago de especialista

■ Copago del hospital (establecimiento)

■ Otro copago

\$0

\$40

\$250

\$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	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$70
El total que Peg pagaría es	\$370

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

■ Copago de especialista

■ Copago del hospital (establecimiento)

■ Otro copago

\$0

\$40

\$250

\$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
Suministros para diabéticos (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$4,300
El total que Joe pagaría es	\$4,500

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

■ El deducible general del plan

■ Copago de especialista

■ Copago del hospital (establecimiento)

■ Otro copago

\$0

\$40

\$250

\$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	\$2,800
En este ejemplo, Mía pagaría:	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$10
El total que Mía pagaría es	\$310

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

090500-020020-089007 **Página 6 de 6**

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 866-393-0002.

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 de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

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: 860-262-7705), 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 del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

Servicio de acceso a idiomas:

To access language services at no cost to you, call 1-877-858-6507.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-877-858-6507.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-877-858-6507 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-877-858-6507
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար գանգահարեք 1-877-858-6507 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-877-858-6507 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-877-858-6507.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষা পপকে হকয় এই নম্বকি পেবযক ান েরন: 1-888-982-386।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-877-858-6507.
Burmese -	သင့်အနေအမျှအခမ္ဘာကေးဝဲငြ မေပးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုခံစား ရရှိပိုင်ရန် 1-877-858-6507 သို့မူ ဖုန်းခံခငှဆုပိပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-877-858-6507.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-877-858-6507.
Cherokee -	ႠႃႆႠ ႱႆႠႆႠ ႱႆႠႆႠ ႱႆႠႆႠ ႱႆႠႆႠ ႱႆႠႆႠ ႱႆႠႆႠ ႱႆႠႆႠ 1-877-858-6507.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-877-858-6507.
Choctaw -	Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-877-858-6507.
Cushite -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-877-858-6507.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-877-858-6507.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-877-858-6507.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-877-858-6507.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-877-858-6507 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-877-858-6507.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોર માટે, કોલ કરો1-877-858-6507.

Hawaiian -	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-877-858-6507. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए,1-877-858-6507 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-877-858-6507.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-877-858-6507
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-877-858-6507.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-877-858-6507.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-877-858-6507.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-877-858-6507 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-877-858-6507 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-877-858-6507 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̈ nì Pídyi ní, n̈í, d̈á nòbà nià kɛ: 1-877-858-6507
Kurdish -	بو دەسپێرێ کەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەی ئێچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارە 1-877-858-6507
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໄດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໃບໂທຫາໂປ1-888-982-3862
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-877-858-6507 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-877-858-6507.
Micronesia-	
Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-877-858-6507.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
Navajo -	T’áá ni nizaad k’ehjí bee níká a’doowoł doo bą́áh ílínígóó kojí’ hólne’ 1-877-858-6507.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-877-858-6507 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř de thokic ke cîn wëu kør keek tënɔŋ yin. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 1-877-858-6507.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-877-858-6507.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-877-858-6507.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-877-858-6507 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-877-858-6507.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-877-858-6507.

[illegible]