Resumen de beneficios y cobertura: Lo que este plan cubre y lo que usted paga por los servicios cubiertos

Período de cobertura: 1/1/2026 al 12/31/2026

ESTADO DE FLORIDA: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS (DMS)

Aetna Open Access® Select: Health Investor HMO Plan HDHP

Cobertura para: Individual + familiar | Tipo de plan: HMO

El documento "Resumen de beneficios y cobertura" (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de las condiciones de cobertura completas, visite el sitio web https://www.mybenefits.myflorida.com/myhealth/resources, www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-877-858-6507. Consulte el Glosario para ver definiciones generales de términos comunes, tales como monto permitido, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor, u otros términos subrayados. Puede ver el Glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-877-858-6507 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Qué es el deducible general?	Dentro de la red: Individual, $1,700/familiar, $3,400.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el deducible familiar general antes de que el plan comience a pagar.
¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva está cubierta antes de que alcance su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre determinados servicios preventivos sin costo compartido y antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No debe alcanzar deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de lo que paga de su bolsillo para este plan?	Dentro de la red: Individual $3,000/familiar $6,000.	El límite de lo que paga de su bolsillo es el monto máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, se debe alcanzar el límite de lo que paga de su bolsillo por la familia completa.
¿Qué no está incluido en el límite de lo que paga de su bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Incluso si paga estos gastos, no se tienen en cuenta para el límite de lo que paga de su bolsillo.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Consulte www.aetna.com/docfind o llame al 1-877-858-6507 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y puede recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldos). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué esto es importante:
¿Necesita una remisión para consultar a un especialista?	No.	Puede realizar una consulta con el especialista que usted elija sin una remisión.

Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro se aplican luego de que se haya alcanzado su **deducible**, si se aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si realiza una consulta en una clínica o un consultorio de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se pueden aplicar cargos adicionales por recibir servicios no preventivos en el consultorio del médico.
Si realiza una consulta en una clínica o un consultorio de un proveedor de atención médica	Consulta con un especialista	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se pueden aplicar cargos adicionales por recibir servicios no preventivos en el consultorio del médico.
Si realiza una consulta en una clínica o un consultorio de un proveedor de atención médica	Atención preventiva/exámenes de detección/inmunizaciones	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego, consulte lo que su plan pagará.
Si se realiza alguna prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Es posible que se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Los cargos por algunos otros laboratorios y laboratorios especializados serán más altos.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si se realiza alguna prueba	Diagnóstico por imágenes (CT, PET, MRI)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Es posible que se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Los cargos por algunos otros laboratorios y laboratorios especializados serán más altos. Se requiere certificación previa para tomografías computarizadas (CT)/por emisión de positrones (PET)/resonancias magnéticas (MRI).
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.	Medicamentos genéricos	Coseguro del 30%	Sin cobertura	La cobertura de medicamentos con receta se proporciona a través de Optum Rx. Para acceder a una lista de farmacias participantes, visite bienvenido.optumrx.com/sofdms/landing o llame al 1-800-547-9767. Medicamentos genéricos y de marca: cobertura de un suministro para hasta 90 días en farmacias minoristas y un suministro para entre 60 y 90 días a través de pedido por correo. Hay ciertos medicamentos en todos los niveles que requieren autorización previa. Pueden aplicarse cargos adicionales de la marca. Los medicamentos especializados y de costo compartido están disponibles únicamente en suministros para 30 días; no están disponibles a través de pedido por correo.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.	Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Se cubre el suministro para 30 días (minorista), suministro para 31-90 días (pedido por correo). Sin cargo para anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la red.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.	Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Se cubre el suministro para 30 días (minorista), suministro para 31-90 días (pedido por correo). Sin cargo para anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la red.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** en https://welcome.optumrx.com/sofdms/prescription-drug-list.	Medicamentos especializados	Coseguro del 30%	Sin cobertura	Todas las recetas deben obtenerse a través de una red de farmacias especializadas.
Si se realiza una cirugía para pacientes externos	Tarifa del centro (por ejemplo, un centro quirúrgico ambulatorio)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Es posible que también se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Se requiere autorización previa.
Si se realiza una cirugía para pacientes externos	Tarifas de los médicos/cirujanos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Es posible que también se apliquen cargos por consultas en el consultorio si los servicios se realizan en el consultorio de un médico. Se requiere autorización previa.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los usos de emergencia fuera de la red se pagan de la misma manera que los que están dentro de la red.
Si necesita atención médica inmediata	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Los usos de emergencia fuera de la red se pagan de la misma manera que los que están dentro de la red. Sin cobertura para transportes que no sean de emergencia.
Si necesita atención médica inmediata	Atención de urgencia	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Sin cobertura para los usos que no sean de urgencia.
Si es hospitalizado	Tarifa del centro (por ejemplo, habitación de hospital)	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si es hospitalizado	Tarifas de los médicos/cirujanos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	Consultorio y otros servicios para pacientes externos: Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si necesita servicios de salud mental, de salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes internados	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
Si está embarazada	Servicios profesionales para nacimientos/partos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
Si está embarazada	Servicios en un centro para nacimientos/partos	Coseguro del 20%	Sin cobertura	No se aplican costos compartidos para los servicios preventivos. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en otra parte dentro del SBC (p. ej., ecografía).
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica a domicilio	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Ninguno

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de rehabilitación	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Limitado a tratamiento para 60 consultas/afección por año calendario para fisioterapia, terapia del habla y atención quiropráctica combinadas y para 60 consultas/afección por año calendario para terapia ocupacional, incluidos servicios hospitalarios para pacientes externos.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de habilitación	Coseguro del 20%	Sin cobertura	La terapia ocupacional de habilitación se limita a la atención médica a domicilio, la atención en un hospicio y el tratamiento del trastorno del espectro autista y del síndrome de Down.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención de enfermería especializada	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Limitado a 60 días después de recibir atención de hospitalización por año calendario. Se requiere autorización previa.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Equipo médico duradero	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Limitado a 1 equipo médico duradero para un propósito igual/similar. Excluye reparaciones por mal uso/abuso.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Servicios de hospicio	Coseguro del 20%	Sin cobertura	Limitado a 210 días de por vida.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Coseguro del 20%	Sin cobertura	1 examen de la vista de rutina/año calendario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagará lo máximo)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Control dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre. (Consulte su póliza o el documento de su plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura.
- Cirugía estética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Cuidado de rutina de los pies.
- 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 de su plan).

- Cirugía bariátrica.
- Atención quiropráctica: 60 consultas/afección por año calendario combinadas con fisioterapia y terapia del habla.
- Tratamiento de infertilidad: limitado al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Atención de enfermería privada.
- Atención de la vista de rutina (adultos): 1 examen de la vista de rutina/año calendario.

Sus derechos de continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si quiere continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es la siguiente:

- Para obtener más información sobre sus derechos de continuar la cobertura, comuníquese con el plan al 1-877-858-6507.
- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la Ley de Garantía de los Ingresos Jubilatorios del Empleado (ERISA), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web http://www.dol/gov/ebsa/healthreform.
- En el caso de planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o puede ingresar en www.cciio.cms.gov.
- Si su cobertura es un plan de una iglesia, estos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado con respecto a sus posibles derechos de continuar la cobertura de acuerdo con la ley estatal.

Puede haber otras opciones de cobertura disponibles, incluida la compra de la cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de

salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudar si tiene un reclamo en contra de su plan por una denegación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para obtener asistencia, haga lo siguiente:

- Si su cobertura de salud grupal está sujeta a la ERISA, puede comunicarse con Aetna directamente llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número general al 1-877-858-6507. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o a través del sitio web http://www.dol/gov/ebsa/healthreform.
- En el caso de planes de salud grupales gubernamentales no federales, también puede ponerse en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Sociales, el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o puede ingresar en www.cciio.cms.gov.
- Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su 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 y seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si es elegible para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, puede que no sea elegible para el crédito tributario para primas.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimos? **No.**

Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimos, puede ser elegible para un crédito tributario para primas para ayudarle a pagar un plan a través del Mercado.

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

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los montos que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte del costo que podría pagar con diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura exclusiva del titular.

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

El deducible general del plan	**$1,700**
Coseguro del especialista	**20%**
Coseguro del hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
Consultas con un especialista en el consultorio (*atención prenatal)*
Servicios profesionales para nacimientos/partos
Servicios en un centro para nacimientos/partos
Pruebas de diagnóstico (*ecografías y análisis de sangre*)
Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo:	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,700
Copagos	$0
Coseguro	$2,200
El total que Peg pagaría es (el plan individual de su bolsillo $3,000)	**$3,000**

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

El deducible general del plan	**$1,700**
Coseguro del especialista	**20%**
Coseguro del hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
Consultas en el consultorio del médico de atención primaria (*incluidos los servicios educativos sobre la enfermedad*)
Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)
Medicamentos con receta
Suministros para diabéticos *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo:	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducible (deducible alcanzado)	$0
Copagos	$0
Coseguro	$1,120
Joe pagaría en total	**$1,120**

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible general del plan	**$1,700**
Coseguro del especialista	**20%**
Coseguro del hospital (centro)	**20%**
Otro coseguro	**20%**

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como los siguientes:
Atención en la sala de emergencias (*incluidos los suministros médicos*)
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo:	**$5,200**
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,700
Copagos	$0
Coseguro	$700
Mia pagaría en total	**$2,400**

El plan sería responsable de los otros costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no tengan acceso total a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-877-858-6507.

Teléfono inteligente o tableta

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

No discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente ilegalmente a las personas por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género ni orientación sexual.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesiten asistencia lingüística.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, comuníquese con el número que figura en su identificación.

Si usted considera que nosotros no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos en función de alguna de las clases protegidas mencionadas anteriormente, puede presentar una queja ante el coordinador de Derechos Civiles a través de las siguientes vías:
Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de HMO de CA: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Por fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de CA: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles en el Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., que se encuentra disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, en la siguiente dirección: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías de Aetna, incluyendo a Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

Asistencia lingüística:

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 االتصال على الرقم 1-877-858-6507
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 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 বিনামূকযে ভাষা পবিকষিা পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-888-982-386।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-877-858-6507.
Burmese -	သင့္အေနျဖင့္ အခေၾကးေငြ မေပးရပဲ ဘာသာစကားဝန္ေဆာင္မႈမ်ား ရရွိႏုိင္ရန္ 1-877-858-6507 သို႔ ဖုန္းေခၚဆုိပါ။
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 -	ᏩᎩᏍᏗ ᏚᏬᏂᎯᏍᏗ ᏅᏳᎾᏓᏛᏁᏗ Ꮭ ᎪᎱᏍᏗ ᏗᏣᎬᏩᎶᏗ ᏱᎩ, ᏫᏥᎯᏏᎳᏛᏏ 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 -	Tajaajiiloota 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 સેિાઓની પહોંર્ 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 -	လၢတၢ်ကမၤနှၢ်ကျိဉ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖဉ်လၢတအိဉ်ဒီးအပှၤလၢကဘဉ်ဟ့ဉ်အီၤအဂိၢ်ဘဉ်နှဉ် ကိး 1-877-858-6507 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-877-858-6507 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̀ dyi wuɖu-dù kà kò ɖò ɓě dyi mɔú ń nì Pídyi ní, nìí, ɖá nɔ̀ɓà nìà kɛ: 1-877-858-6507
Kurdish -	بۆ دەستپێڕاگەیشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-877-858-6507
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ1-888-982-3862
Marathi -	कोणत्याही शुल्कालशवाय 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.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-877-858-6507.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó kojį' hólne' 1-877-858-6507.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-877-858-6507 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të kɔɔr yïn wɛëï de thokic ke cïn wëu kɔr keek tënɔŋ yïn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuɔny ne nɔmba 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.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-877-858-6507 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați 1-877-858-6507.

Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-877-858-6507.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala’au le 1-877-858-6507.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-877-858-6507.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-877-858-6507.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-877-858-6507.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-877-858-6507.
Syriac -	1-877-858-6507 ܒܝ ܡܫܒܩܐ ܝܗܒܝ ܥܠ ܝܠܦܢܘܬܐ ܕܡܬܪܓܡܢܘܬܐ ܒܠܫܢܐ ܡܓܢܐܝܬ، ܡܩܪܐ:
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-877-858-6507.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-877-858-6507 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-877-858-6507.
Tongan -	Kapau ‘oku ke fiema’u ta’etōtōngi ‘a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-877-858-6507.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-877-858-6507.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-877-858-6507 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-877-858-6507.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-888-982-3862 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-877-858-6507.
Yiddish -	צו צוטריט שפּראַך באַדינונגען אין קיין פּרייַז צו איר, רופן 1-877-858-6507
Yoruba -	Lati wọnú awọn isẹ èdè l’ọfẹ fun ọ, pe 1-877-858-6507.