




福利和承保内容摘要 (SBC) 文档可以帮助您选择健康计划。SBC 为您说明了您和计划将如何分摊承保的医疗保健服务的费用。

注：有关此计划的费用（称为**保费**）的信息将单独提供。本文档仅为摘要。有关您的承保内容的更多信息，或要想获取完整承保条款的副本，请访问 [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) 或致电 1-800-370-4526。有关常见术语的一般定义，例如**允许的金额**、**差额收费**、**共同保险**、**共付额**、**免赔额**、**医疗服务提供者**或其他带下划线的术语，请参阅术语表。您可以在以下网址查看术语表：<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>，或致电 1-800-370-4526 获取一份副本。

重要问题	解答	为何重要：
整体 <b>免赔额</b> 是多少？	网络内：个人 \$1,500/家庭 \$3,000。 网络外：个人 \$3,000/家庭 \$6,000。	一般来说，您必须在本计划开始支付之前向 <b>医疗服务提供者</b> 支付不超过 <b>免赔额</b> 的所有费用。如果您还有其他家庭成员参与本计划，每个家庭成员必须满足自己的 <b>个人免赔额</b> ，直到所有家庭成员支付的 <b>免赔额</b> 费用总额达到家庭整体 <b>免赔额</b> 。
在您达到 <b>免赔额</b> 之前，是否有可被承保的服务？	是。在达到 <b>免赔额</b> 之前，承保 <b>处方药</b> 和 <b>诊室就诊</b> ；加上 <b>网络内预防性护理</b> 。	即使您尚未达到 <b>免赔额</b> ，本计划仍承保某些项目和服务。但可能需要支付 <b>共付额</b> 或 <b>共同保险</b> 。例如，在您达到 <b>免赔额</b> 前，本计划承保特定 <b>预防性服务</b> ，且无费用分摊。请在以下网址查看承保的 <b>预防性服务</b> 列表： <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
是否还针对特定服务设有其他 <b>免赔额</b> ？	否。	您无需达到特定服务的 <b>免赔额</b> 。
本计划的 <b>自付额限制</b> 是多少？	网络内：个人 \$5,250/家庭 \$10,500。 网络外：个人 无/家庭 无。 <b>处方药</b> ：网络内：个人 1,000/家庭 \$2,000。 网络外：个人 无/家庭 无。	<b>自付额限制</b> 是您一年内可以为承保服务支付的最高限额。如果您还有其他家庭成员参与本计划，他们则必须满足自己的 <b>自付额限制</b> ，直到达到整个家庭的 <b>自付额限制</b> 。
<b>自付额限制</b> 中不包含哪些？	<b>保费</b> 、 <b>差额收费</b> 费用、本计划不承保的 <b>医疗保健项目</b> 以及未能获得 <b>服务事先授权</b> 的罚款。	即使您支付这些费用，它们也不会计入 <b>自付额限制</b> 。
如果使用 <b>网络内医疗服务提供者</b> 是否会支付更少的费用？	是。请参阅 <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> 或拨打 1-800-370-4526 获取 <b>网络内医疗服务提供者</b> 列表。	本计划使用 <b>医疗服务提供者网络</b> 。如果您使用 <b>计划网络内的医疗服务提供者</b> ，您将支付更少的费用。如果您使用 <b>网络外医疗服务提供者</b> ，您将支付最多的费用，并且您可能会收到 <b>医疗服务提供者</b> 的账单，此笔费用为 <b>医疗服务提供者</b> 费用与您的计划支付的费用之间的 <b>差额</b> （ <b>差额收费</b> ）。请注意，您的 <b>网络医疗服务提供者</b> 可能会使用 <b>网络外医疗服务提供者</b> 提供某些服务（例如 <b>实验室工作</b> ）。在获取服务前请与您的 <b>医疗服务提供者</b> 确认。
看 <b>专科医生</b> 是否需要 <b>转诊</b> ？	否。	您无需 <b>转诊</b> 即可看您自己选择的 <b>专科医生</b> 。

 如果有免赔额，则此表中显示的所有共付额和共同保险费用均按您已达到免赔额后计算。

常见医疗事件	您可能需要的服务	需支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
如果您前往 <u>医疗服务提供者诊室或诊所</u> 就诊	初级护理就诊，以治疗损失或疾病	每次就诊 <u>\$25 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用，选定的PCP 无费用除外	每次就诊 <u>\$25 共付额</u> 后 <u>50% 共同保险</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	无
	<u>专科医生</u> 就诊	每次就诊 <u>\$25 共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 <u>\$25 共付额</u> 后 <u>50% 共同保险</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	无
	<u>预防性护理/筛查/免疫接种</u>	无费用	<u>50% 共同保险</u>	您可能需要为非预防性服务支付费用。请咨询您的 <u>医疗服务提供者</u> 您所需的服务是否为预防性。然后确认您的 <u>计划</u> 是否承担此费用。
如需进行检查	<u>诊断测试</u> (x 光、血液检查)	<u>20% 共同保险</u>	<u>50% 共同保险</u>	无
	影像 (CT/PET 扫描、MRI)	<u>20% 共同保险</u>	<u>50% 共同保险</u>	无

常见医疗事件	您可能需要的服务	需支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
<p>如果您需要药物治疗您的疾病或病状</p> <p><b>处方药承保范围由 Sav-Rx 管理</b></p> <p>有关<u>处方药承保范围</u>的更多信息，请参阅 <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a></p>	仿制药	<p>每处方<u>共付额</u>，<u>免赔额</u>不适用：价格基于 30 天药量 \$4，60 天药量 \$8，90 天药量 \$12（零售），31-90 天药量 \$8（邮购）；</p> <p>首选仿制药 30 天药量 \$8，60 天药量 \$16，90 天药量 \$24（零售），31-90 天药量 \$16（邮购）</p> <p>胰岛素：无费用</p>	<p>每处方<u>共付额</u>，<u>免赔额</u>不适用：30 天药量 \$13，60 天药量 \$26，90 天药量 \$39（零售）</p> <p>胰岛素：每处方 \$13 <u>共付额</u></p>	<p>承保 90 天的药量（零售和邮购）。包括可从药房购买的避孕药物和装置。<u>网络内</u>首选经 FDA 批准的仿制女性避孕药不收取任何费用。请查阅您的<u>处方集</u>，了解需事先授权或阶梯式疗法的承保处方药。选择品牌药的费用会比仿制药更高。</p>
	首选品牌药	<p>每处方<u>共付额</u>，<u>免赔额</u>不适用：30 天药量 \$25，60 天药量 \$50，90 天药量 \$75（零售）；31-90 天药量 \$50（邮购）</p> <p>胰岛素：无费用</p>	<p>每处方<u>共付额</u>，<u>免赔额</u>不适用：30 天药量 \$30，60 天药量 \$60，90 天药量 \$90（零售）</p> <p>胰岛素：每处方 \$30 <u>共付额</u></p>	

常见医疗事件	您可能需要的服务	需支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
	非首选品牌药	每处方共付额, 免赔额不适用: 30 天药量 \$50, 60 天药量 \$100, 90 天药量 \$150 (零售); 31-90 天药量 \$100 (邮购) 胰岛素: 每处方 \$25 共付额	每处方共付额, 免赔额不适用: 30 天药量 \$55, 60 天药量 \$110, 90 天药量 \$165 (零售) 胰岛素: 每处方 \$35 共付额	
	<u>特殊用途药物</u>	仿制药或品牌药的适用费用如上所述	仿制药或品牌药的适用费用如上所述	首剂处方药可在零售药房或 Sav- Rx Prescription Services 处配药。后续剂量必须通过 Sav-Rx Prescription Services 配取。
如果您需要门诊手术	设施费 (如门诊手术中心)	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	无
	医师/外科医生费用	每次看诊 \$50 共付额后 20% <u>共同保险</u>	每次就诊 \$50 共付额后 50% <u>共同保险</u>	无
如果您需要立即就医	<u>急诊室护理</u>	每次就诊 \$200 共付额后 20% <u>共同保险</u>	每次就诊 \$200 共付额后 20% <u>共同保险</u>	<u>网络外</u> 急诊服务费用与 <u>网络内</u> 的相同。
	<u>紧急医疗交通</u>	每行程 \$200 共付额后 20% <u>共同保险</u>	每行程 \$200 共付额后 20% <u>共同保险</u>	<u>网络外</u> 急诊服务费用与 <u>网络内</u> 的相同。非紧急医疗交通: 不承保, 已获得事先授权的情况例外。
	<u>紧急护理</u>	每次就诊 \$25 共付额, 免赔额不适用	每次就诊 \$25 共付额后 50% <u>共同保险</u>	非紧急情况不予承保。
如果您需医院住院	设施费用 (例如, 病房)	每次住院前 5 天 \$100 共付额后 20% <u>共同保险</u> ; 之后 20% <u>共同保险</u>	每次住院前 5 天 \$100 共付额后 50% <u>共同保险</u> ; 之后 50% <u>共同保险</u>	未能获得网络网护理 <u>事先授权</u> 罚款 \$400。
	医师/外科医生费用	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	无

常见医疗事件	您可能需要的服务	需支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
如果您需要心理健康、 行为健康或药物滥 用服务	门诊服务	诊室和其他门诊服务：无 费用	诊室：每次就诊 \$25 <u>共付额后 50% 共同 保险</u> ；其他门诊服务： <u>50% 共同保险</u>	无
	住院服务	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额后 20% 共同 保险</u> ；之后 20% <u>共同保险</u>	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额后 50% 共同 保险</u> ；之后 50% <u>共同 保险</u>	未能获得网络网护理 <u>事先授权</u> 罚款 \$400。
如果您怀孕	诊室就诊	无费用	50% <u>共同保险</u>	<u>费用分摊</u> 不适用于 <u>预防性服务</u> 。 产妇护理可能包括 SBC 中某些部分 描述的测试和服务（即超声波）。 未能获得网络网护理 <u>事先授权</u> 罚款 \$400 可能适用。
	生产/分娩专业服务	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	
	生产/分娩设施服务	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额后 20% 共同 保险</u> ；之后 20% <u>共同保险</u>	每次住院前 5 天 <u>\$100 共付额后 50% 共同 保险</u> ；之后 50% <u>共同 保险</u>	
如果您需要康复帮助或 有其他特殊健康需求	<u>家庭健康护理</u>	无费用	50% <u>共同保险</u>	每日历年 130 次看诊。未能获得网络 网护理 <u>事先授权</u> 罚款 \$400。
	<u>功能复健服务</u>	每次就诊 \$25 <u>共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 \$25 <u>共付额</u> 后 50% <u>共同保险</u>	物理治疗、职业和言语治疗每日历 年共计 60 次就诊。
	<u>功能培养服务</u>	每次就诊 \$25 <u>共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 \$25 <u>共付额</u> 后 50% <u>共同保险</u>	无

常见医疗事件	您可能需要的服务	需支付的费用		限制、例外和其他重要信息
		网络内医疗服务提供者 (您将支付最少费用)	网络外医疗服务提供者 (您将支付最多费用)	
	<u>专业护理服务</u>	20% <u>共同保险</u>	50% <u>共同保险</u>	每日历年 60 天。未能获得网络网护理 <u>事先授权</u> 罚款 \$400。
	<u>耐用医疗设备</u>	无费用	50% <u>共同保险</u>	仅限于 1 件用于相同/类似用途的 <u>耐用医疗设备</u> 。排除因误用/滥用而进行的维修。
	<u>临终关怀服务</u>	无费用	50% <u>共同保险</u>	未能获得网络网护理 <u>事先授权</u> 罚款 \$400。
如果您的孩子需要牙科或眼部护理	儿童眼睛检查	每次就诊 \$25 <u>共付额</u> ， <u>免赔额</u> 不适用	每次就诊 \$25 <u>共付额</u> 后 50% <u>共同保险</u>	每 12 个月 1 次常规眼科检查。
	儿童眼镜	无费用	无费用	每 12 个月最高 \$300。
	儿童牙齿检查	不承保	不承保	不承保。

#### 不包括的服务和其他承保服务：

您的计划通常不承保的服务（查看您的保单或计划文件以了解更多信息以及任何其他排除服务的列表。）

- 牙科护理（成人和儿童）
- 在美国境外旅行时的非紧急护理
- 常规足部护理
- 助听器
- 私人护理
- 减重计划
- 长期护理

其他承保服务（限制可能适用于这些服务。这不是完整列表。请参阅您的计划文件。）

- 针灸 - 对于疾病、损伤和慢性疼痛每日历年 20 次看诊。
- 脊椎按摩护理 - 每日历年 20 次就诊。
- 不孕症诊治 - 仅限于基础医疗状况的诊断和治疗。
- 减重手术 - 仅限网络内医疗服务提供者。
- 整形外科 - 有限承保范围，请参阅保单文件或致电您 ID 卡上的电话号码。
- 常规眼部护理（成人）- 每 12 个月 1 次常规眼科检查。

**您的续保权利：**如果您想在保险结束后继续承保，有些机构可以提供帮助。这些机构的联系信息如下：

- 有关您续保的权利的更多信息，请致电 1-800-370-4526 联系本计划。
- 如果您的团体健康保险受 ERISA 约束，您还可以致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 联系劳工部员工福利保障管理局 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)
- 对于非联邦政府团体健康计划，您还可以联系卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 消费者信息和保险监督中心，电话：1-877-267-2323 x61565，网址：[www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)。
- 如果您的保险是教会计划，则联邦 COBRA 续保规则不涵盖教会计划。如果已投保某保险，个人应联系其州保险监管机构，了解其根据州法律获得续保的可能权利。

您也可以选择其他保险选项，包括通过健康保险市场购买个人保险。有关健康保险市场的更多信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或致电 1-800-318-2596。

**您的申诉和上诉权利：**如果您对您的索赔遭计划拒绝提出投诉，有些机构可以提供帮助。此投诉称为申诉或上诉。有关您的权利的更多信息，请查看您将获得的医疗索赔福利说明。您的计划文件还提供了有关如何因任何原因向您的计划提出索赔、上诉或申诉的完整信息。有关您的权利、本通知或帮助的更多信息，请联系：

- 如果您的团体健康保险受 ERISA 约束，您可以通过拨打医疗 ID 卡上的免费电话号码或拨打我们的通用电话 1-800-370-4526 直接联系 Aetna。您还可以致电 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform> 联系劳工部员工福利保障管理局 (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration)
- 对于非联邦政府团体健康计划，您还可以联系卫生与公众服务部 (Department of Health and Human Services) 消费者信息和保险监督中心，电话：1-877-267-2323 x61565，网址：[www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)。
- 此外，消费者援助计划可以帮助您提出上诉。联系方式如下：<http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>。

**本计划提供最低基本保险吗？**是。

最低基本保险通常包括计划、通过保险市场或其他个别市场保单提供的健康保险、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，则可能无法享受保费税额抵免优惠。

**该计划符合最低价值标准吗？**是。

如果您的计划不符合最低价值标准，您可能有资格获得保费税收抵免，以帮助您支付通过保险市场购买的计划费用。

要查看本计划如何承保示例医疗情况下的费用的示例，请参阅下一节。

关于这些承保示例：



这不是费用估算器。所示的治疗只是本计划如何承保医疗护理的示例。您的实际费用将有所不同，具体取决于您接受的实际护理、医疗服务提供者收费价格和许多其他因素。重点关注计划的费用分摊金额（免赔额、共付额和共同保险）和排除的服务。使用此信息来比较您在不同健康计划下可能支付的费用部分。请注意，这些承保示例仅基于自身的保险。

Peg 怀孕了  
(9 个月的网络内产前护理和住院分娩)

计划的总免赔额	\$1,500
专科医生共付额	\$25
医院（设施）共同保险	20%
其他共同保险	20%

此示例事件包括如下服务：  
专科医生诊室就诊（产前护理）  
生产/分娩专业服务  
生产/分娩设施服务  
诊断测试（超声波和血液检查）  
专科医生就诊（麻醉）

示例总费用	\$12,700
在本例中，Peg 需支付：	
费用分摊	
免赔额	\$1,500
共付额	\$10
共同保险	\$2,000
不承保内容	
限制或排除	\$60
Peg 需支付的总费用为	\$3,570

管理 Joe 的 2 型糖尿病  
(对病情控制良好的情况进行一年的常规网络内护理)

计划的总免赔额	\$1,500
专科医生共付额	\$25
医院（设施）共同保险	20%
其他共同保险	20%

此示例事件包括如下服务：  
主诊医生诊室就诊（包括疾病教育）  
诊断测试（血液检查）  
处方药  
糖尿病用品（血糖仪）

示例总费用	\$5,600
在本例中，Joe 需支付：	
费用分摊	
免赔额	\$100
共付额	\$600
共同保险	\$0
不承保内容	
限制或排除	\$20
Joe 需支付的总费用为	\$720

Mia 单纯性骨折  
(网络内急诊室就诊和跟进护理)

计划的总免赔额	\$1,500
专科医生共付额	\$25
医院（设施）共同保险	20%
其他共同保险	20%

此示例事件包括如下服务：  
急诊室护理（包括医用产品）  
诊断测试（x 光）  
耐用医疗设备（拐杖）  
功能复健服务（物理治疗）

示例总费用	\$2,800
在本例中，Mia 需支付：	
费用分摊	
免赔额	\$1,500
共付额	\$100
共同保险	\$90
不承保内容	
限制或排除	\$0
Mia 需支付的总费用为	\$1,690

本计划将负责这些示例承保服务的其他费用。

## 辅助技术

使用辅助技术的人士可能无法完全访问以下信息。如需帮助，请致电 1-800-370-4526。

## 智能手机或平板电脑

要从智能手机或平板电脑查看文档，需要免费的 WinZip 应用程序。您的应用程序商店可能会提供此应用程序。

## 非歧视声明

Aetna 遵守适用的联邦民权法，不会因他人的种族、肤色、国籍、性别、年龄、残疾、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待。

我们为残障人士和需要语言帮助的人士提供免费的援助/服务。

如果您需要合格的口译员、其他格式的书面信息、翻译或其他服务，请拨打您 ID 卡上的电话号码。

如果您认为我们未能提供这些服务或基于上述受保护类别而受到歧视，您还可以向民权协调员提出申诉，联系方式：

Civil Rights Coordinator,  
P.O.Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO 客户：P.O.Box 24030, Fresno, CA 93779) ,  
1-800-648-7817, TTY:711,  
传真：859-425-3379 (CA HMO 客户：860-262-7705) , CRCoordinator@aetna.com.

您还可以通过民权办公室 (Office for Civil Rights) 投诉门户网站（网址为 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>）向美国卫生与公众服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 提出民权投诉，或通过邮寄方式申诉：U.S.Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，也可以拨打电话 1-800-368-1019、800-537-7697 (TDD) 进行申诉。

**Aetna 是 Aetna 集团公司中的一家或多家公司用于提供产品和服务的品牌名称，其中包括 Aetna Life Insurance Company 及其附属公司 (Aetna)。**

TTY:711

语言协助:

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষি পপকে হকয এই নম্বকি পেবযক ান েরুন: 1-800-370-4526।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.
Burmese -	သငှ်အခမ္မာဖှ်အခမ္မာကးငှ်မေပရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိငှ်ငှ် 1-800-370-4526 သို့မူ ဖုန်းခေငှ်ဆုပိပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguahi ni dibåtde para hāgu, āgang 1-800-370-4526.
Cherokee -	Ⴄႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ Ⴑ႗ႃႉ႗ 1-800-370-4526.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Choctaw -	Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pilla ho ish l paya hinla, l paya 1-800-370-4526.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંર માટે, કોલ કરો1-800-370-4526.

Hawaiian -	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi -	आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।
Hmong -	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.
Igbo -	Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526
Ilocano -	Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.
Indonesian -	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.
Italian -	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.
Japanese -	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。
Karen -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖဲတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa -	M̐ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̐ nì Pídyi ní, níí, dǎ nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەسپێڕاگهیشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەجێ تێچوون بو تو، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາໄວ 1-800-370-4526
Marathi -	कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.
Marshallese -	Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.
Micronesian-Pohnpeyan -	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bááq̣h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Tě koor yin wɛɛř de thokic ke cīn wëu kor keek tēnɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nɔmba 1-800-370-4526.
Norwegian -	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.
Persian -	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .
Polish -	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.
Portuguese -	Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apălați 1-800-370-4526.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Sudanic-Fulfude -	Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba 1-800-370-4526.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-800-370-4526.
Syriac -	ܟܝܢ ܫܒܝܩܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ ܕܝܠܡܢܐ 1-800-370-4526
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునందుకు, 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-800-370-4526.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-800-370-4526.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-800-370-4526 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.
Urdu -	بالتیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-800-370-4526 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.
Yiddish -	1-800-370-4526 צו צוטריט שפראך באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
Yoruba -	Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.