




Khoản bao trả dành cho: Cá Nhân + Gia Đình | Loại Chương Trình: POS

 Tài liệu Bản Tóm Tắt Phúc Lợi và Khoản Bao Trả (SBC) này sẽ giúp quý vị chọn một chương trình bảo hiểm sức khỏe. SBC sẽ cung cấp cho quý vị thông tin về cách thức quý vị và chương trình chia sẻ chi phí cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe được bao trả. LƯU Ý: Thông tin về chi phí của chương trình này (được gọi là phí bảo hiểm) sẽ được cung cấp riêng. Đây chỉ là bản tóm tắt. Để biết thêm thông tin về khoản bao trả của quý vị hoặc để nhận bản sao các điều khoản đầy đủ về khoản bao trả, vui lòng truy cập [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) hoặc gọi số 1-800-370-4526. Để biết định nghĩa chung về các thuật ngữ thông dụng, chẳng hạn như số tiền được phép, tính hóa đơn khoản chênh lệch, khoản đồng bảo hiểm, khoản đồng thanh toán, khoản khấu trừ, nhà cung cấp hoặc các thuật ngữ được gạch chân khác, hãy xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ. Quý vị có thể xem Bảng Chú Giải Thuật Ngữ tại trang web <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> hoặc gọi số 1-800-370-4526 để yêu cầu bản sao.

Thắc Mắc Quan Trọng	Câu Trả Lời	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Tổng <u>khoản khấu trừ</u> là bao nhiêu?	Trong <u>Mạng Lưới</u> : Cá Nhân \$1,500 / Gia Đình \$3,000. Ngoài <u>Mạng Lưới</u> : Cá Nhân \$3,000 / Gia Đình \$6,000.	Nhìn chung, quý vị phải trả tất cả các chi phí từ <u>nhà cung cấp</u> cho đến khi đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> , rồi <u>chương trình</u> này mới bắt đầu chi trả. Nếu quý vị có những thành viên khác trong gia đình tham gia vào <u>chương trình</u> này, mỗi thành viên trong gia đình phải đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> cá nhân cho đến khi tổng số chi phí cho <u>khoản khấu trừ</u> được tất cả các thành viên trong gia đình thanh toán đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> của cả gia đình.
Có các dịch vụ được bao trả trước khi quý vị đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> của mình không?	Có. <u>Thuốc theo toa</u> và các lần thăm khám tại văn phòng; cùng với <u>dịch vụ chăm sóc phòng ngừa trong mạng lưới</u> được bao trả trước khi quý vị đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> của mình.	<u>Chương trình</u> này bao trả một số vật dụng và dịch vụ ngay cả khi quý vị chưa đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> . Nhưng có thể áp dụng <u>khoản đồng thanh toán</u> hoặc <u>khoản đồng bảo hiểm</u> . Ví dụ, <u>chương trình</u> này bao trả một số <u>dịch vụ phòng ngừa</u> nhất định mà không có <u>khoản chia sẻ chi phí</u> và trước khi quý vị đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> của mình. Xem danh sách các <u>dịch vụ phòng ngừa</u> được bao trả tại <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a>
Có các <u>khoản khấu trừ</u> khác cho những dịch vụ cụ thể hay không?	Không.	Quý vị không nhất thiết phải đạt đến <u>khoản khấu trừ</u> đối với các dịch vụ cụ thể.
<u>Mức chi phí tự trả tối đa</u> cho <u>chương trình</u> này là bao nhiêu?	Trong <u>Mạng Lưới</u> : Cá Nhân \$5,250 / Gia Đình \$10,500. Ngoài <u>Mạng Lưới</u> : Cá Nhân KHÔNG CÓ / Gia Đình KHÔNG CÓ. <u>Thuốc theo toa</u> : Trong <u>Mạng Lưới</u> : Cá Nhân \$1,000 / Gia Đình \$2,000. Ngoài <u>Mạng Lưới</u> : Cá Nhân KHÔNG CÓ / Gia Đình KHÔNG CÓ.	<u>Mức chi phí tự trả tối đa</u> là mức nhiều nhất mà quý vị có thể chi trả trong một năm cho các dịch vụ được bao trả. Nếu quý vị có các thành viên khác trong gia đình tham gia <u>chương trình</u> này, họ phải đạt đến các <u>mức chi phí tự trả tối đa</u> của mình cho đến khi đạt đến <u>mức chi phí tự trả tối đa</u> của cả gia đình.
<u>Khoản nào không được tính vào mức chi phí tự trả tối đa</u> ?	<u>Phí bảo hiểm</u> , <u>phí tính hóa đơn khoản chênh lệch</u> , <u>dịch vụ chăm sóc sức khỏe</u> mà <u>chương trình</u> này không bao trả và các khoản tiền phạt vì không xin được <u>sự cho phép trước</u> đối với các dịch vụ.	Mặc dù quý vị trả những chi phí này nhưng chúng không được tính vào <u>mức chi phí tự trả tối đa</u> .

Thắc Mắc Quan Trọng	Câu Trả Lờ	Tại Sao Điều Này Quan Trọng:
Quý vị có chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> không?	Có. Truy cập <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> hoặc gọi điện thoại đến số 1-800-370-4526 để biết danh sách các <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> .	<u>Chương trình</u> này sử dụng một <u>mạng lưới nhà cung cấp</u> . Quý vị sẽ chi trả ít hơn nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của <u>chương trình</u> . Quý vị sẽ chi trả nhiều nhất nếu quý vị sử dụng một <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> và quý vị có thể nhận được hóa đơn từ <u>nhà cung cấp</u> cho khoản chênh lệch giữa mức phí do <u>nhà cung cấp</u> tính và những gì <u>chương trình</u> của quý vị chi trả (tính hóa đơn khoản chênh lệch). Xin lưu ý, <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> của quý vị có thể sử dụng <u>nhà cung cấp ngoài mạng lưới</u> để cung cấp một số dịch vụ (như xét nghiệm trong phòng thí nghiệm). Hãy tham khảo ý kiến <u>nhà cung cấp</u> trước khi nhận các dịch vụ.
Quý vị có cần <u>giấy giới thiệu</u> để đến thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> không?	Không.	Quý vị có thể thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u> do quý vị chọn mà không cần <u>giấy giới thiệu</u> .



Toàn bộ chi phí cho **khoản đồng thanh toán** và **khoản đồng bảo hiểm** được nêu trong bảng này được chi trả sau khi quý vị đã đạt đến **khoản khấu trừ**, nếu áp dụng **khoản khấu trừ**.

Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp	Các Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Chi Trả Những Gì		Giới Hạn, Trường Hợp Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức nhiều nhất)	
Nếu quý vị đến thăm khám tại văn phòng hoặc phòng khám của <b><u>nha cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe</u></b>	Thăm khám chăm sóc chính để điều trị chấn thương hoặc bệnh tật	<u>Khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> , trừ trường hợp miễn phí đối với Bác Sĩ Chăm Sóc Chính Đã Chọn	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 50% sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Không có
	Thăm khám với <u>bác sĩ chuyên khoa</u>	<u>Khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 50% sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám; không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	Không có
	<u>Chăm sóc phòng ngừa/khám sàng lọc/chủng ngừa</u>	Miễn phí	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 50%	Quý vị có thể phải chi trả cho các dịch vụ không phải phòng ngừa. Hãy hỏi <u>nha cung cấp</u> của quý vị xem các dịch vụ cần thiết có phải là phòng ngừa hay không. Sau đó, kiểm tra xem <u>chương trình</u> của quý vị sẽ chi trả những gì.
Nếu quý vị thực hiện xét nghiệm	<u>Xét nghiệm chẩn đoán</u> (chụp X-quang, xét nghiệm máu)	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 20%	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 50%	Không có
	Chụp chiếu (chụp cắt lớp vi tính/chụp cắt lớp phát xạ positron, chụp cộng hưởng từ)	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 20%	<u>Khoản đồng bảo hiểm</u> 50%	Không có

Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp	Các Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Chi Trả Những Gì		Giới Hạn, Trường Hợp Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức nhiều nhất)	
<p>Nếu quý vị cần dùng thuốc để điều trị bệnh tật hoặc tình trạng bệnh lý của mình</p> <p><b><u>Khoản bao trả thuốc theo toa do Sav-Rx quản lý</u></b></p> <p>Xem thêm thông tin về <b><u>khoản bao trả thuốc theo toa</u></b> trên trang web <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a></p>	Thuốc gốc	<p><u>Khoản đồng thanh toán/toa thuốc</u>, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>: Giá Trị Thuốc Cơ Bản \$4 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$8 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$12 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ), \$8 cho lượng thuốc đủ dùng trong 31-90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện); Thuốc Gốc Ưu Tiên \$8 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$16 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$24 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ), \$16 cho lượng thuốc đủ dùng trong 31-90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện) Insulin: miễn phí</p>	<p><u>Khoản đồng thanh toán/toa thuốc</u>, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>: \$13 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$26 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$39 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ) Insulin: <u>khoản đồng thanh toán</u> \$13/toa thuốc</p>	<p>Bao trả lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ và đặt mua qua đường bưu điện). Bao gồm các thuốc và dụng cụ tránh thai có thể mua được từ nhà thuốc. Không tính phí đối với các loại thuốc gốc tránh thai ưu tiên dành cho phụ nữ được Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) phê duyệt trong <u>mạng lưới</u>. Xem <u>danh mục thuốc</u> của quý vị để biết các thuốc theo toa cần chứng nhận trước hoặc liệu pháp từng bước để được bao trả. Chi phí của quý vị khi chọn Biệt Dược sẽ cao hơn Thuốc Gốc.</p>

Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp	Các Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Chi Trả Những Gì		Giới Hạn, Trường Hợp Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức nhiều nhất)	
	Biệt được ưu tiên	<u>Khoản đồng thanh toán/toa thuốc</u> , không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> : \$25 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$50 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$75 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ); \$50 cho lượng thuốc đủ dùng trong 31-90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện) Insulin: miễn phí	<u>Khoản đồng thanh toán/toa thuốc</u> , không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> : \$30 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$60 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$90 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ) Insulin: <u>khoản đồng thanh toán</u> \$30/toa thuốc	
	Biệt được không ưu tiên	<u>Khoản đồng thanh toán/toa thuốc</u> , không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> : \$50 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$100 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$150 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ); \$100 cho lượng thuốc đủ dùng trong 31-90 ngày (đặt mua qua đường bưu điện) Insulin: <u>khoản đồng thanh toán</u> \$25/toa thuốc	<u>Khoản đồng thanh toán/toa thuốc</u> , không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u> : \$55 cho lượng thuốc đủ dùng trong 30 ngày, \$110 cho lượng thuốc đủ dùng trong 60 ngày, \$165 cho lượng thuốc đủ dùng trong 90 ngày (mua lẻ) Insulin: <u>khoản đồng thanh toán</u> \$35/toa thuốc	

Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp	Các Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Chi Trả Những Gì		Giới Hạn, Trường Hợp Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức nhiều nhất)	
	<u>Thuốc chuyên khoa</u>	Chi phí áp dụng như đã nêu bên trên dành cho thuốc gốc hoặc biệt dược	Chi phí áp dụng như đã nêu bên trên dành cho thuốc gốc hoặc biệt dược	Toa thuốc đầu tiên có thể được mua tại nhà thuốc bán lẻ hoặc Sav- Rx Prescription Services. Những lần mua thuốc sau đó phải được thực hiện thông qua Sav-Rx Prescription Services.
Nếu quý vị được phẫu thuật ngoại trú	Phí cơ sở (ví dụ: trung tâm phẫu thuật không lưu trú)	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Không có
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$50/lần thăm khám</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$50/lần thăm khám</u>	Không có
Nếu quý vị cần chăm sóc y tế tức thời	<u>Chăm sóc tại phòng cấp cứu</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$200/lần thăm khám</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$200/lần thăm khám</u>	Trường hợp cấp cứu ngoài <u>mạng lưới</u> được bao trả như dịch vụ trong <u>mạng lưới</u> .
	<u>Phương tiện vận chuyển trong trường hợp cấp cứu y tế</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$200/chuyến</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$200/chuyến</u>	Trường hợp cấp cứu ngoài <u>mạng lưới</u> được bao trả như dịch vụ trong <u>mạng lưới</u> . Dịch vụ vận chuyển trong trường hợp không cấp cứu: không được bao trả, trừ trường hợp được cho phép trước.
	<u>Chăm sóc khẩn cấp</u>	<u>Khoản đồng thanh toán \$25/lần thăm khám, không áp dụng khoản khấu trừ</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$25/lần thăm khám</u>	Không bao trả trong trường hợp không khẩn cấp.
Nếu quý vị nằm viện	Phí cơ sở (ví dụ: phòng bệnh viện)	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$100/ngày trong 5 ngày đầu tiên mỗi lần nằm viện; sau đó trả khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$100/ngày trong 5 ngày đầu tiên mỗi lần nằm viện; sau đó trả khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Phạt \$400 nếu không có được <u>sự cho phép trước</u> đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
	Phí bác sĩ/bác sĩ phẫu thuật	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Không có



Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp	Các Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Chi Trả Những Gì		Giới Hạn, Trường Hợp Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức nhiều nhất)	
Nếu quý vị cần dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần, sức khỏe hành vi hoặc điều trị tình trạng lạm dụng được chất	Dịch vụ ngoại trú	Các dịch vụ tại văn phòng và ngoại trú khác: không mất phí	Các dịch vụ tại văn phòng: <u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u> sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám; các dịch vụ ngoại trú khác: <u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Không có
	Dịch vụ nội trú	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20%</u> sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$100/ngày trong 5 ngày đầu tiên mỗi lần nằm viện; sau đó trả <u>khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u> sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$100/ngày trong 5 ngày đầu tiên mỗi lần nằm viện; sau đó trả <u>khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Phạt \$400 nếu không có được <u>sự cho phép trước</u> đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
Nếu quý vị đang mang thai	Thăm khám tại văn phòng	Miễn phí	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	<u>Khoản chia sẻ chi phí</u> không áp dụng cho các dịch vụ phòng ngừa. Chăm sóc sản khoa có thể bao gồm các xét nghiệm và dịch vụ được mô tả trong phần khác của SBC này (tức là siêu âm). Có thể bị phạt \$400 nếu không có được <u>sự cho phép trước</u> đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
	Dịch vụ sinh/đẻ chuyên môn	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	
	Dịch vụ sinh/đẻ tại cơ sở	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20%</u> sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$100/ngày trong 5 ngày đầu tiên mỗi lần nằm viện; sau đó trả <u>khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u> sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$100/ngày trong 5 ngày đầu tiên mỗi lần nằm viện; sau đó trả <u>khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	
Nếu quý vị cần trợ giúp phục hồi hoặc có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt khác	<u>Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia</u>	Miễn phí	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	130 lần thăm khám/năm dương lịch. Phạt \$400 nếu không có được <u>sự cho phép trước</u> đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
	<u>Dịch vụ phục hồi chức năng</u>	<u>Khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám, không áp dụng <u>khoản khấu trừ</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u> sau khi trả <u>khoản đồng thanh toán</u> \$25/lần thăm khám	60 lần thăm khám/năm dương lịch cho Vật Lý Trị Liệu, Trị Liệu Chức Năng Hoạt Động và Âm Ngữ Trị Liệu kết hợp.

Trường Hợp Y Khoa Thường Gặp	Các Dịch Vụ Quý Vị Có Thể Cần	Quý Vị Sẽ Chi Trả Những Gì		Giới Hạn, Trường Hợp Ngoại Lệ và Thông Tin Quan Trọng Khác
		Nhà Cung Cấp Trong Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức ít nhất)	Nhà Cung Cấp Ngoài Mạng Lưới (Quý vị sẽ chi trả mức nhiều nhất)	
	<u>Dịch vụ cải thiện chức năng</u>	<u>Khoản đồng thanh toán \$25/lần thăm khám, không áp dụng khoản khấu trừ</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$25/lần thăm khám</u>	Không có
	<u>Dịch vụ chăm sóc điều dưỡng chuyên môn</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 20%</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	60 ngày/năm dương lịch. Phạt \$400 nếu không có được <u>sự cho phép trước</u> đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
	<u>Thiết bị y tế lâu bền</u>	Miễn phí	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Giới hạn ở 1 <u>thiết bị y tế lâu bền</u> cho cùng mục đích/mục đích tương tự. Không bao gồm những trường hợp sửa chữa do sử dụng sai/lạm dụng.
	<u>Dịch vụ chăm sóc giai đoạn cuối đời</u>	Miễn phí	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50%</u>	Phạt \$400 nếu không có được <u>sự cho phép trước</u> đối với dịch vụ chăm sóc ngoài mạng lưới.
<b>Nếu con của quý vị cần chăm sóc nha khoa hoặc chăm sóc mắt</b>	Khám mắt cho trẻ em	<u>Khoản đồng thanh toán \$25/lần thăm khám, không áp dụng khoản khấu trừ</u>	<u>Khoản đồng bảo hiểm 50% sau khi trả khoản đồng thanh toán \$25/lần thăm khám</u>	1 lần khám mắt định kỳ/12 tháng.
	Kính mắt cho trẻ em	Miễn phí	Miễn phí	Tối đa \$300/12 tháng.
	Khám nha khoa cho trẻ em	Không được bao trả	Không được bao trả	Không được bao trả.

### Các Dịch Vụ Bị Loại Trừ và Dịch Vụ Được Bao Trả Khác:

**Các Dịch Vụ mà Chương Trình của Quý Vị Thường KHÔNG Bao Trả (Kiểm tra hợp đồng bảo hiểm hoặc tài liệu về chương trình của quý vị để biết thêm thông tin và danh sách bất kỳ dịch vụ bị loại trừ nào khác.)**

- Dịch vụ chăm sóc nha khoa (Người Lớn và Trẻ Em)
- Thiết bị trợ thính
- Dịch vụ chăm sóc dài hạn
- Dịch vụ chăm sóc không cấp cứu khi đi ra ngoài Hoa Kỳ.
- Y tá điều dưỡng riêng
- Dịch vụ chăm sóc bàn chân định kỳ
- Chương trình giảm cân



**Các Dịch Vụ Được Bao Trả Khác (Có thể áp dụng giới hạn cho các dịch vụ này. Đây không phải là danh sách đầy đủ. Vui lòng xem tài liệu về chương trình của quý vị.)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| • Chăm cứu – 20 lần thăm khám/năm dương lịch để điều trị bệnh, chấn thương và cơn đau mạn tính. | • Dịch vụ chăm sóc nắn xương khớp – 20 lần thăm khám/năm dương lịch.  | • Điều trị vô sinh – Giới hạn ở việc chẩn đoán và điều trị bệnh trạng sẵn có. |
| • Phẫu thuật giảm béo – Giới hạn ở các <u>nhà cung cấp trong mạng lưới</u> .                    | • Phẫu thuật thẩm mỹ – Giới hạn bao trả, hãy xem tài liệu hợp đồng bảo hiểm hoặc gọi đến số trên thẻ ID của quý vị. | • Chăm sóc mắt định kỳ (Người Lớn) – 1 lần khám mắt định kỳ/12 tháng.         |

**Quyền Tiếp Tục Khoản Bao Trả của Quý Vị:** Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu quý vị muốn tiếp tục khoản bao trả sau khi khoản bao trả kết thúc. Thông tin liên lạc của các cơ quan này như sau:

- Để biết thêm thông tin về các quyền tiếp tục khoản bao trả của quý vị, vui lòng liên lạc với chương trình theo số 1-800-370-4526.
- Nếu khoản bao trả y tế theo nhóm của quý vị tuân theo Đạo Luật về Bảo Đảm Thu Nhập Hưu Trí cho Nhân Viên (ERISA), quý vị cũng có thể liên lạc với Cơ Quan Bảo Đảm Phúc Lợi Nhân Viên của Bộ Lao Động theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc truy cập <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Để biết các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm không thuộc quản lý của chính quyền liên bang, quý vị cũng có thể liên lạc với Trung Tâm Giám Sát Thông Tin Người Tiêu Dùng và Bảo Hiểm (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services) theo số 1-877-267-2323, số máy lẻ 61565 hoặc truy cập trang web [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov).
- Nếu khoản bao trả của quý vị là một chương trình thuộc giáo hội, các chương trình thuộc giáo hội không được bao trả theo các quy tắc bao trả liên tục của Đạo Luật Điều Phối Ngân Sách Tổng Hợp Omnibus (COBRA) Liên Bang. Nếu khoản bao trả được bảo hiểm, các cá nhân phải liên lạc với cơ quan quản lý bảo hiểm của Tiểu Bang để hỏi về các quyền tiếp tục khoản bao trả có thể có theo luật của Tiểu Bang.

Quý vị cũng có thể được cung cấp các tùy chọn bao trả khác, bao gồm mua khoản bao trả bảo hiểm cá nhân thông qua Thị Trường Bảo Hiểm Y Tế. Để biết thêm thông tin về Thị Trường, hãy truy cập trang web [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) hoặc gọi số 1-800-318-2596.

**Quyền Khiếu Nại và Kháng Cáo của Quý Vị:** Có những cơ quan có thể giúp đỡ nếu quý vị có than phiền đối với chương trình của quý vị vì bị từ chối yêu cầu bảo hiểm. Than phiền này được gọi là khiếu nại hoặc kháng cáo. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, hãy xem bản giải thích về phúc lợi mà quý vị sẽ nhận được liên quan đến yêu cầu bảo hiểm y tế đó. Các tài liệu về chương trình của quý vị cũng cung cấp thông tin đầy đủ về cách gửi yêu cầu bảo hiểm, kháng cáo hoặc khiếu nại vì bất kỳ lý do nào đến chương trình của quý vị. Để biết thêm thông tin về các quyền của quý vị, thông báo này hoặc để được hỗ trợ, hãy liên lạc với:

- Nếu khoản bao trả y tế theo nhóm của quý vị tuân theo ERISA, quý vị có thể liên hệ với Aetna trực tiếp bằng cách gọi đến số điện thoại miễn cước trên Thẻ ID Y Tế của quý vị hoặc gọi đến số điện thoại chung miễn phí của chúng tôi theo số 1-800-370-4526. Quý vị cũng có thể liên lạc với Cơ Quan Bảo Đảm Phúc Lợi Nhân Viên (Employee Benefits Security Administration) của Bộ Lao Động (Department of Labor) theo số 1-866-444-EBSA (3272) hoặc truy cập trang web <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>
- Để biết các chương trình bảo hiểm sức khỏe theo nhóm không thuộc quản lý của chính quyền liên bang, quý vị cũng có thể liên lạc với Trung Tâm Giám Sát Thông Tin Người Tiêu Dùng và Bảo Hiểm (Center for Consumer Information and Insurance Oversight) thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Department of Health and Human Services) theo số 1-877-267-2323, số máy lẻ 61565 hoặc truy cập trang web [www.ccio.cms.gov](http://www.ccio.cms.gov).
- Ngoài ra, chương trình hỗ trợ người tiêu dùng có thể giúp quý vị nộp đơn kháng cáo. Thông tin liên lạc có tại: <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

**Chương trình này có cung cấp Khoản Bảo Trả Thiết Yếu Tối Thiểu không? Có.**

Khoản Bảo Trả Thiết Yếu Tối Thiểu thường bao gồm chương trình, bảo hiểm y tế được cung cấp qua Thị Trường hoặc các hợp đồng bảo hiểm cá nhân khác trên thị trường, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE và một số khoản bảo trả khác. Nếu quý vị đủ điều kiện hưởng một số loại Khoản Bảo Trả Thiết Yếu Tối Thiểu, quý vị có thể không đủ điều kiện hưởng tín dụng thuế phí bảo hiểm.

**Chương trình này có đáp ứng các Tiêu Chuẩn về Giá Trị Tối Thiểu không? Có.**

Nếu chương trình của quý vị không đáp ứng Tiêu Chuẩn về Giá Trị Tối Thiểu, quý vị có thể đủ điều kiện nhận tín dụng thuế phí bảo hiểm để giúp quý vị chi trả cho chương trình thông qua Thị Trường.

*Để xem các ví dụ về cách thức chương trình này có thể bao trả các chi phí cho một tình huống y tế mẫu, vui lòng xem mục kế tiếp*

Giới Thiệu các Ví Dụ về Khoản Bao Trả này:



**Đây không phải là công thức ước tính chi phí.** Các phương pháp điều trị được trình bày chỉ là ví dụ về cách thức chương trình này có thể bao trả cho dịch vụ chăm sóc y tế. Chi phí thực tế của quý vị sẽ khác tùy thuộc vào dịch vụ chăm sóc thực tế mà quý vị nhận được, mức giá mà nhà cung cấp của quý vị tính và nhiều yếu tố khác. Tập trung vào khoản chia sẻ chi phí (khoản khấu trừ, khoản đồng thanh toán và khoản đồng bảo hiểm) và các dịch vụ bị loại trừ theo chương trình này. Sử dụng thông tin này để so sánh phần chi phí mà quý vị có thể phải trả theo các chương trình bảo hiểm sức khỏe khác nhau. Xin lưu ý rằng các ví dụ về khoản bao trả này chỉ dựa trên khoản bao trả cho chính bản thân.

**Peg Đang Mang Thai**  
(9 tháng chăm sóc tiền sản với nhà cung cấp trong mạng lưới và sinh con tại bệnh viện)

- **Tổng khoản khấu trừ của chương trình** \$1,500
- **Khoản đồng thanh toán cho bác sĩ chuyên khoa** \$25
- **Khoản đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 20%
- **Khoản đồng bảo hiểm khác** 20%

**Trường hợp Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như:**  
Thăm khám tại văn phòng của bác sĩ chuyên khoa (chăm sóc tiền sản)  
Dịch vụ sinh/Đẻ Chuyên Môn  
Dịch vụ sinh/Đẻ tại Cơ Sở  
Xét nghiệm chẩn đoán (siêu âm và xét nghiệm máu)  
Thăm khám với bác sĩ chuyên khoa (gây mê/gây tê)

<b>Tổng Chi Phí trong Ví Dụ</b>	<b>\$12,700</b>
<b>Trong ví dụ này, Peg sẽ chi trả:</b>	
<u>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</u>	
<u>Khoản Khấu Trừ</u>	\$1,500
<u>Khoản Đồng Thanh Toán</u>	\$10
<u>Khoản Đồng Bảo Hiểm</u>	\$2,000
<i>Những dịch vụ không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$60
<b>Tổng số tiền Peg sẽ chi trả là</b>	<b>\$3,570</b>

**Kiểm Soát Bệnh Tiểu Đường Loại 2 của Joe**  
(một năm chăm sóc định kỳ trong mạng lưới cho một tình trạng được kiểm soát tốt)

- **Tổng khoản khấu trừ của chương trình** \$1,500
- **Khoản đồng thanh toán cho bác sĩ chuyên khoa** \$25
- **Khoản đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 20%
- **Khoản đồng bảo hiểm khác** 20%

**Trường hợp Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như:**  
Thăm khám tại văn phòng bác sĩ chăm sóc chính (bao gồm cả hướng dẫn về bệnh tật)  
Xét nghiệm chẩn đoán (xét nghiệm máu)  
Thuốc theo toa  
Vật tư dành cho người mắc bệnh tiểu đường (máy đo đường huyết)

<b>Tổng Chi Phí trong Ví Dụ</b>	<b>\$5,600</b>
<b>Trong ví dụ này, Joe sẽ chi trả:</b>	
<u>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</u>	
<u>Khoản Khấu Trừ</u>	\$100
<u>Khoản Đồng Thanh Toán</u>	\$600
<u>Khoản Đồng Bảo Hiểm</u>	\$0
<i>Những dịch vụ không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$20
<b>Tổng số tiền Joe sẽ chi trả là</b>	<b>\$720</b>

**Tình Trạng Gãy Xương Kín của Mia**  
(thăm khám tại phòng cấp cứu trong mạng lưới và chăm sóc theo dõi)

- **Tổng khoản khấu trừ của chương trình** \$1,500
- **Khoản đồng thanh toán cho bác sĩ chuyên khoa** \$25
- **Khoản đồng bảo hiểm cho bệnh viện (cơ sở)** 20%
- **Khoản đồng bảo hiểm khác** 20%

**Trường hợp Ví DỤ này bao gồm các dịch vụ như:**  
Chăm sóc tại phòng cấp cứu (bao gồm cả vật tư y tế)  
Xét nghiệm chẩn đoán (chụp X-quang)  
Thiết bị y tế lâu bền (nạng)  
Dịch vụ phục hồi chức năng (vật lý trị liệu)

<b>Tổng Chi Phí trong Ví Dụ</b>	<b>\$2,800</b>
<b>Trong ví dụ này, Mia sẽ chi trả:</b>	
<u>Khoản Chia Sẻ Chi Phí</u>	
<u>Khoản Khấu Trừ</u>	\$1,500
<u>Khoản Đồng Thanh Toán</u>	\$100
<u>Khoản Đồng Bảo Hiểm</u>	\$90
<i>Những dịch vụ không được bao trả</i>	
Giới hạn hoặc loại trừ	\$0
<b>Tổng số tiền Mia sẽ chi trả là</b>	<b>\$1,690</b>

Chương trình sẽ chịu trách nhiệm chi trả các chi phí còn lại của các dịch vụ được bao trả theo Ví Dụ này.

## **Công Nghệ Hỗ Trợ**

Những người sử dụng công nghệ hỗ trợ có thể không truy cập được đầy đủ các thông tin sau đây. Để được hỗ trợ, vui lòng gọi số 1-800-370-4526.

## **Điện Thoại Thông Minh hoặc Máy Tính Bảng**

Để xem tài liệu trên điện thoại thông minh hoặc máy tính bảng, quý vị cần phải cài đặt ứng dụng WinZip miễn phí. Quý vị có thể tải xuống ứng dụng này từ App Store.

## **Không Phân Biệt Đối Xử**

Aetna tuân thủ luật dân quyền Liên Bang hiện hành và không phân biệt đối xử, loại trừ hoặc đối xử khác biệt trái pháp luật với mọi người dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, bản dạng giới hoặc xu hướng tình dục của họ.

Chúng tôi cung cấp trợ giúp/dịch vụ miễn phí cho người khuyết tật và cho người cần hỗ trợ ngôn ngữ.

Nếu quý vị cần thông dịch viên có trình độ, thông tin bằng văn bản ở định dạng khác, dịch vụ biên dịch hoặc các dịch vụ khác, hãy gọi đến số điện thoại in trên thẻ ID của quý vị.

Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã không cung cấp những dịch vụ này hoặc đã phân biệt đối xử với quý vị dựa theo nhóm đối tượng được bảo vệ nêu trên, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại đến Điều Phối Viên Dân Quyền bằng cách liên hệ với:

Điều Phối Viên về Dân Quyền,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (khách hàng thuộc chương trình HMO tại California: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (khách hàng thuộc chương trình HMO tại California: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

Quý vị cũng có thể nộp đơn than phiền về dân quyền đến Văn Phòng Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ qua Cổng Thông Tin Than Phiền tại <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, hoặc theo địa chỉ: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, hoặc gọi đến số điện thoại 1 -800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

**Aetna là tên thương hiệu được sử dụng cho các sản phẩm và dịch vụ do một hoặc nhiều công ty thuộc nhóm các công ty của Aetna cung cấp, bao gồm Aetna Life Insurance Company và các chi nhánh (Aetna).**

TTY: 711

**Hỗ Trợ Ngôn ngữ:**

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 -	သတိပြုရန် အခမဲ့ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိလိုသူများ 1-800-370-4526 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
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 dibatde para hagu, agang 1-800-370-4526.
Cherokee -	Ⴄႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ Ⴑ႗ႃ႗ႃ 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 -	Tajaajiloota 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 b̈é dyi moú ṇ̈ ni Pídyi ní, níí, d̈á nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526
Kurdish -	بو دەسپێرێ گەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەی ئیچوون 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 bááq̄h ílínígóó kojí' hólne' 1-800-370-4526.
Nepali -	निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।
Nilotic-Dinka -	Të koor yin weëř 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 wonú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-800-370-4526.