



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado.

Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite

www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$1,500/familiar \$3,000. Fuera de la red: individual \$3,000/familiar \$6,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. Los <u>medicamentos con receta médica</u> y las visitas al consultorio; más la <u>atención preventiva dentro de la red</u> están cubiertos antes de que alcance el <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> : individual \$5,250/familiar \$10,500. Fuera de la red: individual NINGUNO/familiar NINGUNO. <u>Medicamentos con receta médica</u> : Dentro de la <u>red</u> : individual \$1,000/familiar \$2,000. Fuera de la red: individual NINGUNO/familiar NINGUNO.	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> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	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 1-800-370-4526.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita una <u>derivación</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .



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

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; sin cargo para determinados médicos de atención primaria.	50 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cargo por visitas a <u>proveedores</u> de telemedicina de atención primaria dentro de la <u>red</u> para determinados servicios.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> , sin cargo para <u>exámenes para detectar</u> cáncer de seno.	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)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. <u>La cobertura de medicamentos con receta médica está administrada por Sav-Rx</u> Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.savrx.com	Medicamentos genéricos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : según el valor: \$4 para un suministro de 30 días, \$8 para un suministro de 60 días, \$12 para un suministro de 90 días (al por menor), \$8 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo); genéricos preferidos: \$8 para un suministro de 30 días, \$16 para un suministro de 60 días, \$24 para un suministro de 90 días (al por menor), \$16 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.	<u>Copago</u> /medicamento s con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$13 para un suministro de 30 días, \$26 para un suministro de 60 días, \$39 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$13 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	Cubre un suministro de 90 días (al por menor y pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la <u>red</u> . Revise el formulario para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos.

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)	
	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$25 para un suministro de 30 días, \$50 para un suministro de 60 días, \$75 para un suministro de 90 días (al por menor); \$50 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: sin cargo.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$30 para un suministro de 30 días, \$60 para un suministro de 60 días, \$90 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$30 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	
	Medicamentos de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$50 para un suministro de 30 días, \$100 para un suministro de 60 días, \$150 para un suministro de 90 días (al por menor); \$100 para un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Insulina: \$25 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	<u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deducible</u> : \$55 para un suministro de 30 días, \$110 para un suministro de 60 días, \$165 para un suministro de 90 días (al por menor). Insulina: \$35 de <u>copago</u> /medicamentos con receta médica.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> después de \$50 de <u>copago</u> /visita.	50 % de <u>coseguro</u> después de \$50 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago</u> /visita.	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 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>	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	20 % de <u>coseguro</u> después de \$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deducible</u> .	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, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
Si lo admiten al hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 50 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Visitas al consultorio: 50 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago</u> /visita; otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 50 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	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). Puede aplicarse una sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 20 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	\$100 de <u>copago</u> /día los primeros 5 días de hospitalización; 50 % de <u>coseguro</u> a partir de entonces.	

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.	50 % de <u>coseguro</u> .	130 visitas/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago</u> /visita.	60 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deducible</u> .	50 % de <u>coseguro</u> después de \$25 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	60 días/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	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).

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

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

- Acupuntura: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Cirugía cosmética: Cobertura limitada, consulte el documento de la póliza o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Cirugía bariátrica: Limitado a servicios de proveedores dentro de la red.

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

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <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 1-800-370-4526. 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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$25
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>coseguro</u>	20 %

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>	\$1,500
<u>Copagos</u>	\$200
<u>Coseguro</u>	\$300

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
-----------------------	------

El total que Peg pagaría es	\$2,060
------------------------------------	----------------

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$25
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>coseguro</u>	20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del proveedor 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>	\$100
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
-----------------------	------

El total que Joe pagaría es	\$420
------------------------------------	--------------

Fractura simple de Mia

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$1,500
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	\$25
■ <u>Copago</u> del hospital (establecimiento)	\$100
■ Otro <u>coseguro</u>	20 %

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, Mia pagaría:

<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$1,000
<u>Copagos</u>	\$100
<u>Coseguro</u>	\$200

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
-----------------------	-----

El total que Mia pagaría es	\$1,300
------------------------------------	----------------

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

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

Teléfono inteligente o tableta

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

TTY: 711

English -	To access language services at no cost to you, call 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:
Carolinian (Kapasal Falawasch) -	ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Chinese Traditional -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Cushitic-Oromo -	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole (Haitian) -	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 બર્થવિના ભાષાની સે વિના ઓની પછીર માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.
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.
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 -	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကိၣ်အတၢ်မၤစၢအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo bááh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

Persian-Farsi -

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।

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.

Syriac-Assyrian -

1-800-370-4526. سبقك، الله، لا يلجأه، الله، حلقه، حلقه، منجف:

Tagalog -

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-800-370-4526.

Thai -

หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-800-370-4526.

Ukrainian -

Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-800-370-4526.

Vietnamese -

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-800-370-4526.