



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-833-982-7368. Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-833-982-7368 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Dentro de la red : individual \$500/familiar \$1,000. Fuera de la red: individual \$1,500/familiar \$3,000.	Por lo general, deberá pagar todos los costos de los proveedores hasta el deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagado por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Las visitas al consultorio dentro de la red , los medicamentos con receta y la atención preventiva están cubiertos antes de que complete el deducible .	Este plan cubre algunas partidas y servicios incluso si aún no ha cubierto el monto total del deducible . Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro . Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible . Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.cuidadodesalud.gov/es/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No.	No tiene que pagar un deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo de este plan ?	Dentro de la red : individual \$8,550/familiar \$17,100. Fuera de la red: individual \$17,100/familiar \$34,200.	El límite de gastos directos del bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en este plan , cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos directos del bolsillo hasta que se alcance el límite de gastos directos del bolsillo familiar general.
¿Qué no incluye el límite de gastos directos del bolsillo ?	Primas , cargos de facturación del saldo, atención médica que este plan no cubre y sanciones por no obtener la autorización previa para los servicios.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos directos del bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red médica ?	Sí. Vea www.aetna.com/docfind o llame al 1-833-982-7368 para una lista de proveedores dentro de la red .	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan . Usted pagará más si acude a un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación del saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como laboratorios médicos). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin un referido .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$30 por visita, no se aplica el deducible ; excepto coseguro del 10 % para cirugía en el consultorio.	Coseguro del 30 %	Ninguna
	Visita al especialista	Copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible ; excepto coseguro del 10 % para cirugía en el consultorio.	Coseguro del 30 %	Ninguna
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan .
Si se realiza un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	Servicios de laboratorio: coseguro del 10 % (hospital), copago de \$30 por visita (centro independiente), no se aplica el deducible . Radiografías: coseguro del 10 %.	Coseguro del 30 %	Ninguna
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.aetnapharmacy.com/standard	Medicamentos genéricos	Copago por receta, no se aplica el deducible : RX1, \$15 (al por menor), \$35 (órdenes por correo); RX2, \$25 (al por menor), \$60 (órdenes por correo); RX3, \$15 (al por menor), \$37.50 (órdenes por correo).	Sin cobertura	El plan cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de entre 31 y 90 días (órdenes por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. Los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) se brindan sin cargo dentro de la red . Su costo será mayor si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos. La diferencia en el costo no cuenta para el límite de gastos directos del bolsillo . Para los medicamentos de mantenimiento, luego de surtir dos recetas al por menor, los miembros deben abastecer un suministro de 90 días en CVS Caremark® Mail Service Pharmacy o CVS Pharmacy. La opción RX6 no está cubierta.
	Medicamentos de marcas preferidas	Copago por receta, no se aplica el deducible : RX1, \$50 (al por menor), \$125 (órdenes por correo); RX2, \$75 (al por menor), \$187.50 (órdenes por correo); RX3, 50 % con un mínimo de \$25 y un máximo de \$500 (al por menor), 50 % con un mínimo de \$62.50 y un máximo de \$1,250 (órdenes por correo).	Sin cobertura	
	Medicamentos de marcas no preferidas	Copago por receta, no se aplica el deducible : RX1, \$75 (al por menor), \$187.50 (órdenes por correo); RX2, \$100 (al por menor), \$250 (órdenes por correo); RX3, 50 % con un mínimo de \$25 y un máximo de \$500 (al por menor), 50 % con un mínimo de \$62.50 y un máximo de \$1,250 (órdenes por correo).	Sin cobertura	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos especializados	Coseguro por receta, no se aplica el deducible : RX1 y RX2, 30 % (al por menor y órdenes por correo); RX3, 50 % (al por menor y órdenes por correo).	Sin cobertura	Todas las recetas se deben surtir mediante la red de Aetna Specialty Pharmacy. Se requiere precertificación para obtener cobertura. El costo de algunos medicamentos especializados adquiridos en la farmacia (aunque el fabricante se los reembolse sin costo) no cuenta para alcanzar el máximo de gastos directos del bolsillo. La opción RX6 no está cubierta.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Ninguna
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Ninguna
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Coseguro del 10 % después de copago de \$100 por visita	Coseguro del 10 % después de copago de \$100 por visita	La atención que no es de emergencia no está cubierta.
	Transporte médico de emergencia	Coseguro del 10 %	Coseguro del 10 %	Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto coseguro del 30 % si existe una autorización previa.
	Atención de urgencia	Copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible .	Copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible .	La atención que no es de urgencia no está cubierta.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Multa del 50 % (hasta \$10,000) del monto permitido por no obtener la autorización previa para la atención fuera de la red.
	Honorarios del médico/cirujano	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Ninguna

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio: <u>copago</u> de \$30 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> ; otros servicios ambulatorios: <u>coseguro</u> del 10 %.	<u>Coseguro</u> del 30 %	Ninguna
	Servicios internos	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 30 %	Multa del 50 % (hasta \$10,000) del <u>monto permitido</u> por no obtener la <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo; <u>copago</u> de \$30 por la visita inicial para confirmar el embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	<u>Coseguro</u> del 30 %	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en este SBC (p. ej., sonogramas). Multa del 50 % (hasta \$10,000) del <u>monto permitido</u> por no obtener la <u>autorización previa</u> para la atención fuera de la red.
	Servicios de parto profesionales	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 30 %	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	<u>Coseguro</u> del 10 %	<u>Coseguro</u> del 30 %	

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Coseguro del 10 %	Sin cobertura	60 visitas por año calendario Multa del 50 % (hasta \$10,000) del monto permitido por no obtener la autorización previa para la atención fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible .	Coseguro del 30 %	60 visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla combinadas
	Servicios de habilitación	Copago de \$30 por visita, no se aplica el deducible .	Coseguro del 30 %	Se limita al tratamiento del autismo.
	Cuidado de enfermería especializada	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Multa del 50 % (hasta \$10,000) del monto permitido por no obtener la autorización previa para la atención fuera de la red.
	Equipo médico duradero	Coseguro del 10 %	Sin cobertura	Se limita a un equipo médico duradero que se utiliza para el mismo propósito o uno similar. Se excluyen las reparaciones como consecuencia del uso indebido o del maltrato.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Coseguro del 10 %	Coseguro del 30 %	Multa del 50 % (hasta \$10,000) del monto permitido por no obtener la autorización previa para la atención fuera de la red.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	Copago de \$50 por visita, no se aplica el deducible .	Sin cobertura	1 examen de rutina para la vista por año calendario
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Máximo de \$125 por año calendario para niños hasta los 19 años de edad
	Chequeo dental pediátrico	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su [plan](#) o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#)).

- Cirugía estética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Cuidado a largo plazo.
- Atención que no sea de emergencia cuando viaje fuera de los EE. UU.
- Cuidado de rutina para pies.
- Programas para adelgazar, excepto para los [servicios preventivos](#) requeridos.

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#)).

- Acupuntura (en lugar de anestesia).
- Cirugía bariátrica.
- Quiropraxia: 30 visitas por año calendario para pacientes de 18 años de edad y mayores dentro de la [red](#) únicamente.
- Audífonos: 1 audífono por oído cada 24 meses para niños hasta los 15 años de edad.
- Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza proporcionado por su empleador.
- Enfermería privada: 70 turnos de 8 horas por año calendario dentro de la [red](#) únicamente.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina para la vista por año calendario dentro de la [red](#) únicamente.

Sus derechos a continuar con su cobertura:

Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-833-982-7368.
- 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, extensión 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.

Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro Médico. Para más información acerca del Mercado, visite www.cuidadodesalud.gov/es o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones:

Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por negarle una reclamación. Esta queja se llama reclamo o apelación. Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este reclamo médico. Sus documentos del plan también incluirán información completa sobre cómo presentar un reclamo, apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

- Si desea comunicarse directamente con Aetna, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número gratuito general al 1-833-982-7368.
- 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, extensión 61565; o visitar www.cciio.cms.gov.

- El programa de asistencia al consumidor también puede ayudarlo a presentar su [apelación](#). Puede encontrar la información de contacto 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](#), en general, incluye [planes](#) y [seguros de salud](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras pólizas del mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted califica para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no califique para el [crédito fiscal para las primas](#).

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

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

----- Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección. -----

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de [costo compartido](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes médicos distintos](#). Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 10 %
- Otro [coseguro](#) 10 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (atención prenatal)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

Costo total hipotético	\$12,700
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$500
Copagos	\$100
Coseguro	\$1,000
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,660

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 10 %
- Otro [coseguro](#) 10 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (incluye sesiones informativas sobre la enfermedad)
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total hipotético	\$5,600
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,500
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$1,520

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y visitas de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$500
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 10 %
- Otro [coseguro](#) 10 %

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (incluye materiales médicos)
 Prueba diagnóstica (radiografía)
 Equipo médico duradero (muletas)
 Servicios de rehabilitación (terapia física)

Costo total hipotético	\$2,800
En este ejemplo, Mia pagaría:	
Costo compartido	
Deducibles	\$500
Copagos	\$300
Coseguro	\$100
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mia pagaría es	\$900

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 866-393-0002.

Teléfono inteligente o tableta

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

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles en vigor y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Brindamos asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades y que necesitan asistencia de idiomas.

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado de alguna manera por pertenecer a una de las clases protegidas mencionadas más arriba, puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles y presentar una queja:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de planes CA HMO: P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779)

Teléfono: 1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de planes CA HMO: 860-262-7705), CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles en el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo o por teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios ofrecidos por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes Coventry Health Care y sus filiales.

TTY: 711

Asistencia de idiomas:

For language assistance in your language call 1-888-982-3862 at no cost.

- Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-888-982-3862.
- Amharic - ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-888-982-3862 በነጻ ይደውሉ
- Arabic - للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-982-3862
- Armenian - Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-888-982-3862 առանց գնով:
- Bahasa-Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-888-982-3862 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-888-982-3862 ku busa
- Bengali-Bangala - বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বনিমূল্যে 1-888-982-3862-তে কল করুন।
- Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-888-982-3862 nga walay bayad.
- Burmese - ငွေကုန်ကျခံစရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-888-982-3862 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-888-982-3862.
- Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-888-982-3862 sin gâstu.
- Cherokee - ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎩᎵᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵᎩᎵ (GWY) ᎠᎩᎩᎵᎩᎵ 1-888-982-3862 ᎠᎩᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵ ᎠᎩᎩᎵ.
- Chinese - 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-888-982-3862，無需付費。
- Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-888-982-3862.
- Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-888-982-3862 irratti bilisaan bilbilaa.
- Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-888-982-3862.
- French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-888-982-3862 sans frais.
- French Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-888-982-3862 gratis.
- German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-888-982-3862 an.
- Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-888-982-3862 χωρίς χρέωση.
- Gujarati - ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-888-982-3862 પર કોલ કરો.

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-888-982-3862. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - हन्दी में भाषा सहायता के लिए, 1-888-982-3862 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-888-982-3862.
- Ibo - Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-888-982-3862 na akwughị ugwo ọ bụla
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-888-982-3862 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-888-982-3862.
- Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-888-982-3862 まで無料でお電話ください。
- Karen - လာဘ်မစားဘဲကတိကဝတ်အရှိ ကိုရ် လိ: 1-888-982-3862 လာဘ်အိတ်ဒီးဘ်လာဘ်ဘူရ်လာဘ်စာဘျ
- Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - Ɓe'm`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Ɓašwá-wuḍuùñ wɛɛ, dá 1-888-982-3862
- Kurdish - .برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-888-982-3862 به خورایی په ییو مندی بکهن.
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-888-982-3862 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशुल्य भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-888-982-3862 वर फोन करा.
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-888-982-3862 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian - Pohnpeyan Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-888-982-3862 ni sohte isais.
- Mon-Khmer, Cambodian - សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទទេៅកាន់លេខ 1-888-982-3862 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínizingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíik'e hólné' 1-888-982-3862
- Nepali - (नेपाली) मा नःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-888-982-3862 मा फोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoony ë thok ë Thuwojjanj col 1-888-982-3862 kecïn ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-888-982-3862 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਦੱਚਿ ਤਾਮਾਈ ਮਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Pennsylvania Dutch - Fer Hilfe in Deitsch, ruf: 1-888-982-3862 aa. Es Aaruf koschtet nix.

