



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? | \$0. Fuera de la red: individual \$2,500/familiar \$5,000. | 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. La atención de emergencia está cubierta 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? | Sí. Para gastos del centro dentro de la red : individual \$2,500/familiar \$2,500. No se aplica al centro de enfermería especializada. No hay otros deducibles específicos. | Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios. |
| ¿Cuál es el límite de gastos directos del bolsillo de este plan ? | Dentro de la red : individual \$6,850/familiar \$13,700. Fuera de la red: individual \$6,850/familiar \$13,700. | 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 \$15 por visita, no se aplica el deducible ; cirugía en el consultorio sin cargo. | Coseguro del 30 % | Ninguna |
| | Visita al especialista | Copago de \$15 por visita, no se aplica el deducible ; cirugía en el consultorio sin cargo. | 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 0 % después del deducible específico (hospital), copago de \$15 por visita (centro independiente), no se aplica el deducible . Radiografías: coseguro del 0 % después del deducible específico. | Coseguro del 30 % | Ninguna |
| | Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética) | Coseguro del 0 % después del deducible específico | 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) | |
| <p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección.</p> <p>Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en www.aetnapharmacy.com/standard</p> | 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 | <p>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.</p> |
| | 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 0 % después del deducible específico | Coseguro del 30 % | Ninguna |
| | Honorarios del médico/cirujano | Coseguro del 0 % | Coseguro del 30 % | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | 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 emergencia no está cubierta. |
| | Transporte médico de emergencia | Sin cargo | Sin cargo | Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto coseguro del 30 % si existe una autorización previa. |
| | Atención de urgencia | Copago de \$15 por visita, no se aplica el deducible . | Copago de \$15 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 0 % después del deducible específico | 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 0 % | Coseguro del 30 % | Ninguna |
| Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías | Servicios ambulatorios | Visitas al consultorio: copago de \$15 por visita, no se aplica el deducible ; otros servicios ambulatorios: coseguro del 0 % después del deducible específico. | Coseguro del 30 % | Ninguna |
| | Servicios internos | Coseguro del 0 % después del deducible específico | 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. |

| 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 está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo; <u>copago</u> de \$15 por la visita inicial para confirmar el embarazo | <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 0 % | <u>Coseguro</u> del 30 % | |
| | Servicios de instalaciones de partos profesionales | <u>Coseguro</u> del 0 % después del <u>deducible</u> específico | <u>Coseguro</u> del 30 % | |
| Si necesita ayuda recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | Sin cargo | Sin cobertura | 60 visitas por año calendario 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. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | <u>Copago</u> de \$15 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Coseguro</u> del 30 % | 60 visitas por año calendario para terapias física, ocupacional y del habla combinadas |
| | <u>Servicios de habilitación</u> | <u>Copago</u> de \$15 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | <u>Coseguro</u> del 30 % | Se limita al tratamiento del autismo. |
| | <u>Cuidado de enfermería especializada</u> | <u>Copago</u> de \$250 por admisión, no se aplica el <u>deducible</u> . | <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. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Se limita a un <u>equipo médico duradero</u> que se utiliza para el mismo propósito o uno similar. Se excluyen las reparaciones como consecuencia del uso indebido o del maltrato. |
| | <u>Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales</u> | Sin cargo | <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 su niño necesita servicios odontológicos o de la vista | Examen de la vista pediátrico | <u>Copago</u> de \$15 por visita, no se aplica el <u>deducible</u> . | 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? Sí.

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](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$15
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

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* | \$2,500 |
| Copagos | \$70 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es | \$2,630 |

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](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$15
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

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 | \$2,600 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es | \$2,620 |

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$15
- [Coseguro](#) de hospital (instalaciones) 0 %
- Otro [coseguro](#) 0 %

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* | \$0 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Qué no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es | \$100 |

* Nota: Este [plan](#) incluye otros [deducibles](#) por servicios específicos que se muestran en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay algún otro [deducible](#) por servicios específicos?” que figura más arriba.

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 գումլի:
- 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 gástu.
- Cherokee - ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ (GWY) ᎠᎩᎠᎵᎠᎵ 1-888-982-3862 ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ.
- 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 लएि, 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 - လာတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကတိၢ်ကျိၢ်အဂီၢ် ကျိၢ် ကိး 1-888-982-3862 လာတၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်လာၣ်ဘျၣ်လၢတၢ်စၢၤ
- Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - Be´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bašwó`wuḍuñ wéɛ, dǎ 1-888-982-3862
- Kurdish - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-888-982-3862 به خورایی پیوندی بکن.
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-888-982-3862 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशुधिय 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 សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-982-3862 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-888-982-3862
- Nepali - (नेपाली) मा नःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-888-982-3862 मा फोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoɲy ë thok ë Thuwoɲjäɲ cɔl 1-888-982-3862 kecin ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-888-982-3862 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵੱਲੋਂ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Pennsylvania Dutch - Fer Hefle in Deitsch, ruf: 1-888-982-3862 aa. Es Aaruf koschtet nix.

