



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 <https://www.aetna.com/sbcsearch/getpolicydocs?u=082900-120020-002535> o llame al 1-888-982-3862. 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 1-888-982-3862 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la <u>red</u> : empleado solamente: \$2,500; empleado + familia: \$5,000. Fuera de la red: empleado solamente: \$5,000; empleado + familia: \$10,000.	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 la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deducible</u> ?	Sí. La <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> está cubierta antes de que alcance su <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 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿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> : empleado solamente: \$5,000; empleado + familia: \$7,500. Fuera de la red: empleado solamente: \$10,000; empleado + familia: \$20,000.	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> , se debe 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 <a href="http://www.aetna.com/docfind">http://www.aetna.com/docfind</a> o llame al 1-888-982-3862.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de 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)	
<b>Si acude al consultorio o clínica del <u>proveedor</u></b>	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	0 % de <u>coseguro</u> después del <u>deducible</u> para 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>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>	Sin cargo.	40 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> a las vacunas para niños.	Es posible que deba pagar los servicios que no son <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
<b>Si se realiza un examen</b>	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<b>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</b>  Hay más información disponible sobre la <b><u>cobertura de medicamentos con receta médica</u></b> en <a href="http://www.aetnapharmacy.com/advancedcontrolaetna">www.aetnapharmacy.com/advancedcontrolaetna</a>	Medicamentos genéricos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> (al por menor).	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo a farmacias participantes). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias y medicamentos orales e inyectables para la fertilidad. 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. <u>Copago/medicamentos con receta médica para insulina</u> , no se aplica el <u>deducible</u> : \$25 (preferidos) y \$35 (no preferidos) por cada suministro de 30 días. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado).
	Medicamentos de marca preferidos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> (al por menor).	
	Medicamentos de marca no preferidos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	50 % de <u>coseguro</u> (al por menor).	

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)	
	<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.	Ninguna.
<b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la red 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>	20 % de <u>coseguro</u> .	30 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<b>Si necesita hospitalización</b>	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$200 (o del 50 % de la <u>cantidad permitida</u> , si es menor) por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de <u>coseguro</u> .	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$200 (o del 50 % de la <u>cantidad permitida</u> , si es menor) por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
<b>Si está embarazada</b>	Visitas al consultorio	Sin cargo.	40 % 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 \$200 (o del <u>50 % de la cantidad permitida</u> , si es menor) por <u>no obtener la autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	

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)	
<b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b>	<u>Atención médica en el hogar</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$200 (o del 50 % de la <u>cantidad permitida</u> , si es menor) por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	90 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas.
	<u>Servicios de habilitación</u>	0 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	100 días/año calendario. Sanción de \$200 (o del 50 % de la <u>cantidad permitida</u> , si es menor) por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	<u>Equipo médico duradero</u>	50 % de <u>coseguro</u> .	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>	20 % de <u>coseguro</u> .	40 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$200 (o del 50 % de la <u>cantidad permitida</u> , si es menor) por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
<b>Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista</b>	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	40 % de <u>coseguro</u> .	1 examen de rutina de la vista cada 24 meses.
	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).**

- Cirugía bariátrica.
- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

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

- Acupuntura: 10 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cuidado quiropráctico: 25 visitas por año calendario.
- Audífonos: 1 audífono por oído cada 24 meses.
- Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza provisto en el enlace del cuadro con el resumen en la página 1 o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Enfermería particular.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista cada 24 meses.

**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: Oficina de Atención Administrada, Servicios de Protección al Consumidor, Departamento de Actividades Bancarias y Seguros de Nueva Jersey, teléfono gratuito: 1-888-393-1062 (solo dentro del estado), línea directa: 1-800-446-7467, [https://www.state.nj.us/dobi/division\\_insurance/managedcare/mcfaqs.htm](https://www.state.nj.us/dobi/division_insurance/managedcare/mcfaqs.htm).

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-888-982-3862.
- 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 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](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](http://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](http://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 gratuito general 1-888-982-3862. 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 [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform).
- La Oficina de Atención Administrada, Servicios de Protección al Consumidor, Departamento de Actividades Bancarias y Seguros de Nueva Jersey, al teléfono gratuito 1-888-393-1062 (solo dentro del estado) o a la línea directa 1-800-446-7467, [https://www.state.nj.us/dobi/division\\_insurance/managedcare/mcfaqs.htm](https://www.state.nj.us/dobi/division_insurance/managedcare/mcfaqs.htm).
- 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](http://www.cciio.cms.gov).
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con la Oficina del Ombudsman de Seguros, Departamento de Actividades Bancarias y Seguros de Nueva Jersey, 20 West State Street, P.O. Box 472, Trenton, NJ 08625-0472, 1-800-446-7467, Fax: 609-292-2431, <http://www.state.nj.us/dobi/consumer.htm>, [ombudsman@dobi.state.nj.us](mailto:ombudsman@dobi.state.nj.us).

**¿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>	\$2,500
■ <u>Coseguro</u> de <u>especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20 %
■ 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$12,700</b>
<b>En este ejemplo, Peg pagaría:</b>	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,800
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Peg pagaría es</b>	<b>\$4,360</b>

### 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>	\$2,500
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20 %
■ 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$5,600</b>
<b>En este ejemplo, Joe pagaría:</b>	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,300
<u>Copagos</u>	\$300
<u>Coseguro</u>	\$0
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$20
<b>El total que Joe pagaría es</b>	<b>\$2,620</b>

### 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>	\$2,500
■ <u>Copago</u> de <u>especialista</u>	20 %
■ <u>Coseguro</u> del hospital (establecimiento)	20 %
■ 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*)

<b>Costo total del ejemplo</b>	<b>\$2,800</b>
<b>En este ejemplo, Mia pagaría:</b>	
<u>Costos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$2,500
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$60
<u>Lo que no está cubierto</u>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mía pagaría es</b>	<b>\$2,560</b>

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-888-982-3862.

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 ayuda, llame al 1-888-982-3862.

### 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

<b>English</b>	<b>To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862.</b>
Amharic	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ፡፡
Arabic	للحصول علىخدمات لغوية دونتكلفة،الرجاء الاتصالعلى الرقم 1-888-982-3862
Armenian	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-888-982-3862 հեռախոսահամարով:
Carolinian (Kapasal Falawasch)	ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-888-982-3862.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-888-982-3862.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請致電 1-888-982-3862.
Cushitic-Oromo	Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf, bilbili 1-888-982-3862.
French	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-888-982-3862.
French Creole (Haitian)	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-888-982-3862.
German	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-888-982-3862 an.
Greek	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-888-982-3862.
Gujarati	તમારે કોઇ જાતના ખર્ચ વગિા ભાષાની સેવિઓની પહોંર માટે, કોલ કરો 1-888-982-3862.
Hindi	आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-888-982-3862 पर कॉल करें।.
Hmong	Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-888-982-3862.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-888-982-3862.
Japanese	言語サービスを無料でご利用いただくには、1-888-982-3862 までお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤန့ၣ် ကံၣ်စၢ အတၢ်မၤစၢၤ အတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢ တအံၣ်ဒီးအပၤလၢကတၢ်ဟံၣ်အၤအဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကံး 1-888-982-3862 တကါၢ်.
Korean	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.
Laotian	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ສຍຄ່າຕັກບ່ທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-982-3862.
Mon-Khmer Cambodian	ដើម្បីប្រើប្រាស់សេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ឬមេរៀនបំប្លែងអក្សរ ឬមេរៀនបំប្លែងអក្សរ 1-888-982-3862 ។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo bą́ą́h ilínígóó kojí' hólne' 1-888-982-3862.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.



