



**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](http://www.HealthReformPlanSBC.com) 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> : individual \$1,500/familiar \$3,000.  | 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. La atención de emergencia; más las visitas al consultorio, los <u>medicamentos con receta médica</u> y la <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>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 sin 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 alcanzar <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 \$3,000/familiar \$6,000.  | 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> , 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> ? | Primas, cargos de <u>facturación de saldo</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.  | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .   |
| ¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red</u> ?      | Sí. Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , visite <a href="http://www.aetna.com/docfind">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 del 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 **deductible**, 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<br>(Usted pagará el mínimo)  | Proveedor fuera de la red<br>(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   | \$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | Consulta con un especialista  | \$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | <u>Atención preventiva/evaluación/vacunas</u>   | Sin cargo.  | Sin cobertura.  | 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  | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)  | 20 % de <u>coseguro</u> .   | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20 % de <u>coseguro</u> .   | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
| Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.<br><br>Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en <a href="http://www.aetnapharmacy.com/advancedcontrol">www.aetnapharmacy.com/advancedcontrol</a> | Medicamentos genéricos  | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deductible</u> : \$20 para un suministro de 30 días (al por menor), \$40 para un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo).                                  | Sin cobertura.  | Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (al por menor en farmacias de la <u>red Extended Day Supply</u> y pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias y medicamentos orales 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 <u>formulario</u> para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación para tener cobertura. |
|  | Medicamentos de marca preferidos  | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deductible</u> : \$40 para un suministro de 30 días (al por menor), \$80 para un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo).                                  | Sin cobertura.  | <u>Copago</u> /medicamentos con receta médica para insulina (preferidos), no se aplica el <u>deductible</u> : \$25 para 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). Para obtener una lista de <u>proveedores de la red</u> , revise el directorio de <u>proveedores de la red Extended Day Supply</u> de Aetna.   |
|  | Medicamentos de marca no preferidos   | 30 % de <u>coseguro</u> hasta un monto máximo/medicamentos con receta médica, no se aplica el <u>deductible</u> : \$100 para un suministro de 30 días (al por menor), \$200 para un suministro de 31 a 90 días (al por menor y pedidos por correo). | Sin cobertura.  |   |

| Circunstancia médica común   | Servicios que podría necesitar                            | Lo que usted pagará  |   | Limitaciones, excepciones y otra información importante   |
|--|---|--|---|---|
|  |   | Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo)   | Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo)               |   |
|  | <u>Medicamentos de especialidad</u>                       | Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca.  | Sin cobertura.  | Todas las recetas se deben surtir mediante la <u>red</u> de Aetna Specialty Pharmacy.   |
| <b>Si le hacen una cirugía ambulatoria</b>   | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
| <b>Si necesita atención médica inmediata</b>   | <u>Atención en sala de emergencias</u>                    | \$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .  | \$200 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> . | La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> 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>                    | \$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deductible</u> .   | \$200 de <u>copago</u> /viaje, no se aplica el <u>deductible</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>Cuidado de urgencia</u>                                | \$100 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .  | Sin cobertura.  | No hay cobertura para atención que no es de urgencia.   |
| <b>Si necesita hospitalización</b>   | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)       | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | Tarifas del médico/cirujano                               | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
| <b>Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias</b>    | Servicios ambulatorios                                    | Visitas al consultorio: \$30 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> ; otros servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo. | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | Servicios con internación                                 | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
| <b>Si está embarazada</b>  | Visitas al consultorio                                    | Sin cargo.   | Sin cobertura.  | El <u>costo compartido</u> no se aplica a los servicios <u>preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). |
|  | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto     | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  |   |
|  | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto     | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  |   |
| <b>Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud</b> | <u>Cuidado de salud en el hogar</u>                       | \$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .   | Sin cobertura.  | 120 visitas/año calendario.   |
|  | <u>Servicios de rehabilitación</u>                        | \$50 de <u>copago</u> /visita, no se aplica el <u>deductible</u> .   | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | <u>Servicios de habilitación</u>                          | Sin cargo.   | Sin cobertura.  | Ninguna.  |
|  | <u>Atención de enfermería especializada</u>               | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | 120 días/año calendario.  |
|  | <u>Equipo médico duradero</u>                             | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | 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 centros para enfermos terminales</u>      | 20 % de <u>coseguro</u> .  | Sin cobertura.  | Ninguna.  |

| Circunstancia médica común                           | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará<br>Proveedor dentro de la red<br>(Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red<br>(Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--------------------------------|---|--|---|
| 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).**

- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Cuidado a largo plazo
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- 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: 20 visitas por año calendario para tratar una enfermedad, una lesión o un dolor crónico.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Audífonos: máximo de \$1,000/año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y el tratamiento de la afección médica subyacente, incluida la inseminación artificial.
- Enfermería privada: 60 turnos de 8 horas por año calendario.

**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 1-888-982-3862.
- 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 <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 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 <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.ccio.cms.gov](http://www.ccio.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 general del plan</u>           | \$1,500 |
| ■ <u>Copago de especialista</u>                  | \$50    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u> | 20 %    |
| ■ <u>Otro 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> |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$1,500        |
| Copagos                            | \$0            |
| Coseguro                           | \$1,500        |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$60           |
| <b>El total que Peg pagaría es</b> | <b>\$3,060</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 general del plan</u>           | \$1,500 |
| ■ <u>Copago de especialista</u>                  | \$50    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u> | 20 %    |
| ■ <u>Otro 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

Suministros para diabéticos (glucómetro)

|                                |                |
|--------------------------------|----------------|
| <b>Costo total del ejemplo</b> | <b>\$5,600</b> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos                 |                |
|------------------------------------|----------------|
| Deducibles                         | \$100          |
| Copagos                            | \$1,200        |
| Coseguro                           | \$0            |
| Lo que no está cubierto            |                |
| Límites o exclusiones              | \$20           |
| <b>El total que Joe pagaría es</b> | <b>\$1,320</b> |

### Fractura simple de Mía

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

|  |         |
|--|---------|
| ■ El <u>deducible general del plan</u>           | \$1,500 |
| ■ <u>Copago de especialista</u>                  | \$50    |
| ■ <u>Coseguro del hospital (establecimiento)</u> | 20 %    |
| ■ <u>Otro 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> |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mía pagaría:

| Costos compartidos                 |              |
|------------------------------------|--------------|
| Deducibles                         | \$0          |
| Copagos                            | \$700        |
| Coseguro                           | \$0          |
| Lo que no está cubierto            |              |
| Límites o exclusiones              | \$0          |
| <b>El total que Mía pagaría es</b> | <b>\$700</b> |

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 su teléfono inteligente o tableta, se requiere la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en su tienda de aplicaciones.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| English -                           | To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862.   |
| Amharic -                           | የኢትዮ አገልግሎቶችን የለከፍያ ለማግኘት፡ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ፡፡  |
| Arabic -                            | للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء التصال على الرقم 1-888-982-3862.  |
| Armenian -                          | Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-888-982-3862 հեռախոսահամարով։                                 |
| Carolinian<br>(Kapasal Falawasch) - | ngere aukke ghut aliis 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                      | Tajaajiiloota 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 -                          | તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સે વિના ઓનિ પહોર માટે, કોલ કરો઱ 1-888-982-3862.  |
| Hindi -                             | आपकेनिए बिना कक्सी कीमत के भाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 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 -                             | လာတ်ကမ္ဘာ့ကြိုးအတ်မာစာအတ်ပံ့တ်မာတဖ်လာတအိုးအပူလာကဘ်ဟူးအိုးဘ်န် ကို 1-888-982-3862 တကူး။                                      |
| Korean -                            | 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.   |
| Laotian -                           | ເພື່ອຂໍ້ມູນບໍລິການທາງໄດ້ຢູ່ເປົ້າກັບທ່ານ, ໃຫ້ໃຫຍ່ເປົ້າ 1-888-982-3862.   |
| Mon-Khmer,<br>Cambodian -           | ເພື່ອໄດ້ຮູ້ລະດາບສົກລົມຄະດີໄດ້ສູ່ມາປ່າຍເມື່ອ 1-888-982-3862 ၅  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Navajo -             | T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bágħ īlínígóó koji' hólne' 1-888-982-3862.         |
| Pennsylvania Dutch - | Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-888-982-3862.                            |
| Persian-Farsi -      | برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-888-982-3862 تماس بگیرید.                  |
| Polish -             | Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-888-982-3862.            |
| Portuguese -         | Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-888-982-3862.            |
| Punjabi -            | ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਛੋਨ ਕਰੋ।    |
| Russian -            | Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-888-982-3862.    |
| Samoan -             | Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-888-982-3862.           |
| Serbo-Croatian -     | Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-888-982-3862.                                      |
| Spanish -            | Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-888-982-3862.                    |
| Syriac-Assyrian -    | جَلْ يَلْجِئُنَّ إِنْجِنْجِيُّرَ حِلْقَنَّ تَحْتَبَهُ، مَبْحَثَهُ : 1-888-982-3862.            |
| Tagalog -            | Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-888-982-3862. |
| Thai -               | หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-888-982-3862.            |
| Ukrainian -          | Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-888-982-3862.       |
| Vietnamese -         | Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-888-982-3862.          |