



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.meritain.com o llame al (800) 925-2272. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deductible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar a Meritain Health, Inc. al (800) 925-2272 para pedir una copia.

Preguntas	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deductible</u> total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su <u>deductible</u> ?	Sí. Todos los servicios están cubiertos antes de que alcance el <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deductible</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>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deductibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Para <u>proveedores</u> participantes: individual \$6,500/familiar \$13,000. Para <u>proveedores</u> no participantes: individual sin límite/familiar sin límite.	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> , <u>cargos de 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 www.aetna.com/docfind o llame al (800) 606-3564.	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 (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	De \$30 a \$70 de <u>copago</u> /visita.	\$85 de <u>copago</u> /visita.	Incluye servicios de telemedicina que no sean de Teladoc. Usted paga \$0 de <u>copago</u> si recibe servicios de consulta telefónica a través de Teladoc. Usted paga \$0 de <u>copago</u> por servicios recibidos en una clínica MinuteClinic.
	Consulta con un <u>especialista</u>	De \$65 a \$140 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	Incluye servicios de telemedicina que no sean de Teladoc. Usted paga \$0 de <u>copago</u> si recibe servicios de consulta telefónica a través de Teladoc. Usted paga \$0 de <u>copago</u> por servicios recibidos en una clínica MinuteClinic.
	<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	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	De \$90 a \$195 de <u>copago</u> /visita.	\$235 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	De \$315 a \$695 de <u>copago</u> /examen.	\$835 de <u>copago</u> /examen.	Se recomienda <u>autorización previa</u> para las tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética no ortopédicas y las tomografías por emisión de positrones.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.	Medicamentos genéricos	De \$20 a \$40 de <u>copago</u> (al por menor); \$40 de <u>copago</u> (a través de EDSN o pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos con receta médica al por menor), un suministro de 90 días (medicamentos con receta médica a través de la <u>red</u> Extended Days Supply [EDSN] o pedidos por correo) y un suministro de 30 días (<u>medicamentos de especialidad</u>). El <u>copago</u> se aplica por receta médica. No se aplican cargos para los medicamentos preventivos. Se aplica la disposición "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado). Se aplica la disposición de terapia escalonada.
Hay más información disponible sobre la <u>cobertura de medicamentos con receta médica</u> en www.caremark.com	Medicamentos de marca preferidos	De \$50 a \$100 de <u>copago</u> (al por menor); \$100 de <u>copago</u> (a través de EDSN o pedidos por correo).	Sin cobertura.	Los <u>medicamentos de especialidad</u> se deben obtener mediante la <u>red</u> de farmacias de especialidad.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Medicamentos de marca no preferidos	De \$75 a \$150 de <u>copago</u> (al por menor); \$150 de <u>copago</u> (a través de EDSN o pedidos por correo).	Sin cobertura.	* Algunos <u>medicamentos de especialidad</u> pueden ser elegibles para un <u>copago</u> de \$0 si está inscrito en el programa PrudentRx Solutions. Si los medicamentos son elegibles para el programa PrudentRx Solution y no se inscribe, pagará un 30 % de <u>copago</u> . Algunos <u>medicamentos de especialidad</u> son elegibles para programas de asistencia con los <u>copagos</u> mediante el programa True Accumulation de CVS.
	<u>Medicamentos de especialidad</u>	\$200 de <u>copago</u> .*	Sin cobertura.	
Si necesita atención médica inmediata	<u>Tarifa del centro</u> (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	De \$1,020 a \$2,260 de <u>copago</u> /vez.	\$2,710 de <u>copago</u> .	Se recomienda <u>autorización previa</u> para determinadas cirugías. Consulte el documento del <u>plan</u> para ver una lista detallada.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	Se recomienda <u>autorización previa</u> para determinadas cirugías. Consulte el documento del <u>plan</u> para ver una lista detallada.
Si necesita hospitalización	<u>Atención en la Sala de Emergencias</u>	\$580 de <u>copago</u> /visita (<u>servicios de emergencia</u>); sin cobertura (servicios que no son de emergencia).	\$580 de <u>copago</u> /visita (<u>servicios de emergencia</u>); sin cobertura (servicios que no son de emergencia).	A los <u>proveedores</u> no participantes se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes por los <u>servicios de emergencia</u> .
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	\$580 de <u>copago</u> /viaje.	\$580 de <u>copago</u> /viaje.	A los <u>proveedores</u> no participantes se les paga al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes.
	<u>Atención de urgencia</u>	\$65 de <u>copago</u> /visita.	\$170 de <u>copago</u> /visita.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	<u>Tarifa del centro</u> (p. ej., habitación del hospital)	De \$3,130 a \$6,500 de <u>copago</u> /admisión.	\$7,800 de <u>copago</u> /admisión.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cargo.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$30 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios para pacientes ambulatorios: de \$1,020 a \$2,260 de <u>copago</u> /visita.	Visitas al consultorio: \$85 de <u>copago</u> /visita; los demás servicios para pacientes ambulatorios: \$2,710 de <u>copago</u> /visita.	Incluye servicios de telemedicina que no sean de Teladoc.

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)	
	Servicios para pacientes hospitalizados	De \$3,130 a \$6,500 de <u>copago/admisión</u> (tarifa del centro); sin cargo (tarifa del profesional).	\$7,800 de <u>copago/admisión</u> (tarifa del centro); sin cargo (tarifa del profesional).	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Visita al consultorio: de \$65 a \$140 de <u>copago/visita</u> ; pacientes ambulatorios: de \$1,020 a \$2,260 de <u>copago/visita</u> ; <u>exámenes de diagnóstico</u> : de \$90 a \$195 de <u>copago/visita</u> .	Visita al consultorio: \$170 de <u>copago/visita</u> ; pacientes ambulatorios: \$1,500 de <u>copago/visita</u> ; <u>exámenes de diagnóstico</u> : \$235 de <u>copago/visita</u> .	Se recomienda <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> de un proveedor participante. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Los gastos del bebé se suman a los gastos de la madre.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cargo.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	De \$3,130 a \$6,500 de <u>copago/admisión</u> .	\$7,800 de <u>copago/admisión</u> .	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	<u>Atención médica en el hogar</u>	De \$65 a \$140 de <u>copago/visita</u> .	\$170 de <u>copago/visita</u> .	Se recomienda <u>autorización previa</u> para la hospitalización de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> de un proveedor participante. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Los gastos del bebé se suman a los gastos de la madre.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	De \$65 a \$140 de <u>copago/visita</u> .	\$170 de <u>copago/visita</u> .	Se limita a 30 visitas por año. Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	De \$65 a \$140 de <u>copago/visita</u> .	\$170 de <u>copago/visita</u> .	La fisioterapia, las terapias ocupacional y del habla y la audición se limitan a 30 visitas para cada tipo de terapia.
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	De \$2,765 a \$6,145 de <u>copago/admisión</u> .	\$7,375 de <u>copago/admisión</u> .	Se limita a 25 días por año. Se recomienda obtener <u>autorización previa</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)	
	<u>Equipo médico duradero</u>	De \$140 a \$315 de <u>copago</u> /artículo.	\$380 de <u>copago</u> /artículo.	Se recomienda obtener <u>autorización previa</u> para los vehículos de movilidad o las sillas de ruedas eléctricos o motorizados y los dispositivos de compresión neumática.
	<u>Servicios en un programa de cuidados paliativos</u>	De \$340 a \$755 de <u>copago</u> /servicio.	\$905 de <u>copago</u> /servicio.	Paga por la terapia por duelo de \$65 a \$140 de <u>copago</u> /visita para <u>proveedores</u> participantes; \$170 de <u>copago</u> /visita para <u>proveedores</u> no participantes.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Algunas <u>evaluaciones</u> de la vista pediátricas están cubiertas dentro de los <u>servicios preventivos</u> .
	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).

- Acupuntura.
- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad (excepto el diagnóstico o la corrección de la afección médica subyacente).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería privada (para pacientes ambulatorios, excepto para atención médica en el hogar y programa de cuidados paliativos).
- Atención de rutina para la vista (adultos).
- Atención de rutina para los pies (excepto para la enfermedad metabólica o vascular periférica).
- Programas para la pérdida de peso.
- Anteojos (niños).
- Anteojos.
- Servicios en la Sala de Emergencias que no son de emergencia.

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

- Cirugía bariátrica (solo para el tratamiento de la obesidad mórbida).
- Cuidado quiropráctico.
- Enfermería particular (pacientes hospitalizados).

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 (800) 925-2272.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>.
- Para [planes](#) de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un [plan](#) de la iglesia, tenga en cuenta que dichos [planes](#) no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador, al 1-866-444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿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>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$65
■ <u>Copago del hospital</u> (establecimiento)	\$3,130
■ <u>Otro copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (atención prenatal)

Servicios profesionales para el nacimiento y el parto

Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto

Exámenes de diagnóstico (ecografías y análisis de sangre)

Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos

<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$6,500
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$6,560

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>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$65
■ <u>Copago del hospital</u> (establecimiento)	\$3,130
■ <u>Otro copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria (incluye la educación sobre enfermedades)

Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)

Medicamentos con receta médica

Suministros para diabéticos (glucómetro)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos

<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$2,600
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$2,620

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>	\$0
■ <u>Copago de especialista</u>	\$65
■ <u>Copago del hospital</u> (establecimiento)	\$3,130
■ <u>Otro copago</u>	\$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencias (incluye suministros médicos)

Exámenes de diagnóstico (radiografías)

Equipo médico duradero (muletas)

Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos

<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$2,200
<u>Coseguro</u>	\$0

Lo que no está cubierto

Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$2,200

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

Servicio de acceso a idiomas:

To access language services at no cost to you, call (800) 925-2272.

Albanian -	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi (800) 925-2272.
Amharic -	የኢትዮጵያ አገልግሎቶችን የለከናዬ ለማግኘት በ (800) 925-2272 ይደውሉ::
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم (800) 925-2272
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք (800) 925-2272 հեռախոսահամարով:
Bahasa Indonesia -	Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi (800) 925-2272 tanpa dikenakan biaya.
Bantu-Kirundi -	Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara (800) 925-2272.
Bengali-Bangala -	আপনাকে বিনামূলক যে ভাষা পরিকৃষ্ণ প্রদান করব এই নম্বৰটি পেরব যেকোন কান কেবল: (800) 925-2272।
Bisayan-Visayan -	Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa (800) 925-2272.
Burmese -	သင့်အချင်းများအတွက် မေတ္တာရပါ ဘဝာစာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိပြုရန် (800) 925-2272 ထို့ပုံးစွမ်းခွင့်ဆုံးပါ။
Catalan -	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al (800) 925-2272.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang (800) 925-2272.
Cherokee -	GYOOLI SEWIHEOOLI OGOTSEOMULI L AGOOLI JGEGWULI KY, OIWEWOB (800) 925-2272.
Chinese -	如欲使用免費語言服務，請致電 (800) 925-2272.
Choctaw -	Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pilla ho ish l paya hinla, l paya (800) 925-2272.
Cushite -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili (800) 925-2272.
Dutch -	Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell (800) 925-2272.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le (800) 925-2272.
French Creole -	Pou jwenn sèvis lang gratis, rele (800) 925-2272.
German -	Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie (800) 925-2272 an.
Greek -	Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό (800) 925-2272.
Gujarati -	તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેટિંગ્સાની પહોર માટે, કોલ કરો 1-888-982-3862.

Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, (800) 925-2272 'ਤੇ ਫੋਨ ਕਰੋ।
Romanian -	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați (800) 925-2272.
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону (800) 925-2272.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le (800) 925-2272.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite (800) 925-2272.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al (800) 925-2272.
Sudanic-Fulfulde -	Heeba a nasta jangirde djey wolde wola chede bo apelou lamba (800) 925-2272.
Swahili -	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga (800) 925-2272.
Syriac -	خدا يبلجخانه رفعته خانه سرپرست، صبحه : (800) 925-2272
Tagalog -	Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa (800) 925-2272.
Telugu -	మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునండుకు, (800) 925-2272 కు కాల్ చేయండి.
Thai -	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร (800) 925-2272.
Tongan -	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he (800) 925-2272.
Trukese -	Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori (800) 925-2272.
Turkish -	Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, (800) 925-2272 numarayı arayın.
Ukrainian -	Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером (800) 925-2272.
Urdu -	بالقیمت زبان سے متعلق خدمات حاصل کرنے کے لیے، (800) 925-2272 پر بات کریں۔
Vietnamese -	Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số (800) 925-2272.
Yiddish -	צו צוֹטְרִיךְ שְׁפָרָאָךְ בְּאַדְיוֹנוֹגָעָן אַיִן קִיִּין פֿרִיז צו אַיִר, רּוּפָן (800) 925-2272
Yoruba -	Lati wọnú awọn ise èdè l'ofe fun o, pe (800) 925-2272.