



El *Resumen de beneficios y cobertura* lo ayudará a elegir un plan de salud. En este documento se muestra de qué manera usted y el plan comparten el costo de los servicios de cuidado médico cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo del plan (conocida como prima) le será entregada por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visite <https://www.aetna.com/sbcsearch/getpolicydocs?u=080300-100020-101838> o llame al 1-855-856-0038. En el glosario podrá consultar las definiciones generales de los términos comunes como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Consulte el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llame al 1-855-856-0038 y solicite una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Dentro de la <u>red</u> : individuo \$6,000/familia \$12,000.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar los servicios prestados por los <u>proveedores</u> . 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 el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. El cuidado de emergencia, las visitas al consultorio dentro de la <u>red</u> , los <u>medicamentos recetados</u> y el <u>cuidado preventivo</u> están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Consulte una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individuo \$7,900/familia \$15,800.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. 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.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos del <u>saldo de facturación</u> y cuidado médico que este <u>plan</u> no cubre.	Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagaré menos si uso <u>proveedores de la red</u> ?	Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite http://www.aetna.com/docfind o llame al 1-855-856-0038.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que el <u>proveedor</u> le facture la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que el <u>proveedor de la red</u> podrá usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con el <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesito una <u>remisión</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	No.	Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita una <u>remisión</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son los que se pagarán después de haber alcanzado el **deducible**, en caso de aplicarse un **deducible**.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (pagará el monto mínimo)	Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo)	
Si se atiende en la clínica o el consultorio del <u>proveedor</u> médico	Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad	\$10 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Usted quizás tenga que pagar servicios que no son preventivos. Pregunte al <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse un examen	<u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio: sin cargo; radiografías: \$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	\$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección	Medicamentos genéricos preferidos (incluye medicamentos asequibles del nivel 1A y <u>medicamentos recetados</u> genéricos preferidos del nivel 1)	<u>Copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : nivel 1A: \$3 (al por menor), \$6 (pedidos por correo); medicamentos genéricos preferidos: \$10 (al por menor), \$20 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de entre 31 y 90 días (pedidos por correo). Incluye pastillas y dispositivos anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos dentro de la <u>red</u> . Revise su <u>Formulario</u> para ver los medicamentos recetados que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos.
Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.aetnapharmacy.com/valueplus . <u>Formulario</u> de Value Plus	Medicamentos de marca preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$50 (al por menor), \$100 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (pagará el monto mínimo)	Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo)	
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	<u>Copago</u> /medicamentos recetados, no se aplica el <u>deducible</u> : \$75 (al por menor), \$150 (pedidos por correo).	Sin cobertura.	
	<u>Medicamentos de especialidad</u> preferidos/no preferidos	20 % de <u>coseguro</u> , no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor o en una farmacia de especialidad. Las demás recetas se deben surtir mediante la <u>red</u> de Aetna Specialty Pharmacy.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	40 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifa del médico/cirujano	40 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita cuidado médico inmediato	<u>Cuidados en la sala de emergencias</u>	\$350 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	\$350 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	No hay cobertura para cuidados que no son de emergencia.
	<u>Traslado médico de emergencia</u>	Sin cargo.	Sin cargo.	Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se obtiene autorización previa.
	<u>Cuidado urgente</u>	\$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	No hay cobertura para cuidados que no son de urgencia.
Si lo admiten en un hospital	Arancel del hospital (p. ej., habitación)	40 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifa del médico/cirujano	40 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios para tratar problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio: \$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> ; el resto de los servicios ambulatorios: sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios para pacientes internados	40 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> . El cuidado durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en el resumen (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales para el nacimiento/parto	\$75 de <u>copago</u> /embarazo, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores de la red (pagará el monto mínimo)	Proveedores fuera de la red (pagará el monto máximo)	
	Servicios en la instalación para el nacimiento/parto	40 % de <u>coseguro</u> .	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales	<u>Cuidado de la salud en el hogar</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	60 consultas/año calendario.
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	60 consultas/año calendario para terapias física, ocupacional y del habla.
	<u>Servicios de recuperación de las habilidades</u>	\$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> .	Sin cobertura.	Ninguna.
	<u>Cuidado de enfermería especializado</u>	\$100 de <u>copago</u> /día para los primeros 5 días por internación, no se aplica el <u>deducible</u> ; luego, sin cargo.	Sin cobertura.	30 días/año calendario.
	<u>Equipo médico duradero</u>	\$75 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</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>Cuidado de hospicio</u>	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	1 examen de rutina para la vista cada 24 meses.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Consulta dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre. (Consulte los documentos del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Acupuntura.
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía plástica.
- Tratamiento dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- Cuidado a largo plazo.
- Cuidados que no son de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Cuidado de enfermería particular.
- Cuidado de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto para los servicios preventivos requeridos.

Otros servicios cubiertos. (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan).

- Cuidado quiropráctico: 20 consultas/año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Se limita al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Tratamiento de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina para la vista cada 24 meses.

Su derecho a continuar con la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura una vez que esta finaliza. La información de contacto de dichas agencias se incluye a continuación. Departamento de Servicios Financieros de Florida, División de Servicios al Consumidor, 877-693-5236, 850-413-3089 (fuera del estado), 800-640-0886 (TDD), <http://www.myfloridacfo.com/Division/Consumers/>.

- Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, llame al plan al 1-855-856-0038.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.
- Para obtener información sobre los planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visite www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, los individuos deben comunicarse con el regulador estatal de seguros para conocer los posibles derechos de continuidad de cobertura conforme a la ley estatal.

Es posible que existan otras opciones de cobertura que incluyan la compra de 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 reclamación o una apelación:

Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene alguna queja con su plan por la denegación de un reclamo. Esto se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la *Explicación de beneficios* que recibirá para el reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja por cualquier razón relacionada con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con los siguientes:

- Aetna directamente llamando al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación médica o a nuestro número de teléfono gratuito general al 1-855-856-0038.
- Departamento de Servicios Financieros de Florida, División de Servicios al Consumidor, 877-693-5236, 850-413-3089 (fuera del estado), 800-640-0886 (TDD), <http://www.myfloridacfo.com/Division/Consumers/>.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>.
- Para obtener información sobre los planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visite www.cciio.cms.gov.

¿Brinda este plan una cobertura mínima esencial? Sí.

Si no cuenta con una cobertura mínima esencial por un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos, a menos que reúna los requisitos para ser eximido del requisito de tener cobertura de salud por dicho mes.

¿Cumple este plan con el estándar de valor mínimo? Sí.

Si el plan no alcanza los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

-----Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente.-----

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos mencionados son ejemplos de cómo el plan cubriría el servicio médico. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio de los proveedores y de otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debería pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Nacimiento del bebé de Peg
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- Deducible general del plan \$6,000
- Copago de especialista \$75
- Coseguro del centro hospitalario 40 %
- Otro coseguro 40 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Visitas al consultorio del especialista (*cuidado prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios en la instalación para el nacimiento/parto
 Exámenes de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,800
En este ejemplo, Peg pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$5,000
Copagos	\$200
Coseguro	\$1,200
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
Peg pagaría un total de	\$6,460

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(1 año de cuidado de rutina dentro de la red para la enfermedad bien controlada)

- Deducible general del plan \$6,000
- Copago de especialista \$75
- Coseguro del centro hospitalario 40 %
- Otro coseguro 40 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Visitas al consultorio del médico de cuidado primario (*educación sobre enfermedades incluida*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*glucómetro*)

Costo total del ejemplo	\$7,400
En este ejemplo, Joe pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,100
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
Joe pagaría un total de	\$1,120

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias y cuidado de seguimiento dentro de la red)

- Deducible general del plan \$6,000
- Copago de especialista \$75
- Coseguro del centro hospitalario 40 %
- Otro coseguro 40 %

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Cuidados en la sala de emergencias (*insumos médicos incluidos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo	\$1,900
En este ejemplo, Mia pagaría:	
<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
Mia pagaría un total de	\$900

El plan debería pagar los costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Las personas que usan tecnología de asistencia quizás no puedan tener acceso completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-855-856-0038.

Teléfono inteligente o tableta

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

No discriminación

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

Además, brinda 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 reclamación a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, TTY: 711, fax: 859-425-3379 (clientes de planes CA HMO: 1-860-262-7705)

Correo electrónico: 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, planes Coventry Health Care y sus filiales.

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-855-856-0038. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 1-855-856-0038 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-855-856-0038.
- Ibo - Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-855-856-0038 na akwughị ugwo ọ bụla
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-855-856-0038 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-855-856-0038.
- Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-855-856-0038 まで無料でお電話ください。
- Karen - လာဘ်မစားဘဲ ကတိကဝတ်အင်္ဂါ ကို နိ: 1-855-856-0038 လာဘ်အိတ်ဒီးဘ်လားဘူလ်လားဘူဘူ
- Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-855-856-0038 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - Be´m´ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bašwó`wuđũñ wěɛ, dǎ 1-855-856-0038
- Kurdish - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-855-856-0038 به خورایی پیوندی بکمن.
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-855-856-0038 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - तीलभाषा(मराठी)सहाय्यासाठी 1-855-856-0038 क्रमांकावरकोणत्याहीखर्चाशवियकॉलकरा.
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-855-856-0038 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian - Pohnpeyan Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-855-856-0038 ni sohte isais.
- Mon-Khmer, Cambodian - សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-855-856-0038 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-855-856-0038
- Nepali - (नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-855-856-0038 मा फोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoony ë thok ë Thuonjäng col 1-855-856-0038 kecin ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-855-856-0038 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵੱਲੋਂ ਭਾਸ਼ਾਈ ਮਦਦ ਲਈ, 1-855-856-0038 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Pennsylvania Dutch - Fer Hilfe in Deitsch, ruf: 1-855-856-0038 aa. Es Aaruf koschtet nix.

- Persian - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-855-856-0038 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی
- Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-855-856-0038.
- Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-855-856-0038 gratuitamente.
- Romanian - Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-855-856-0038
- Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-855-856-0038.
- Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-855-856-0038 e aunoa ma se totoi.
- Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-855-856-0038.
- Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-855-856-0038.
- Sudanic-Fulfude - Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero doo 1-855-856-0038 Njodi woo fawaaki on.
- Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-855-856-0038 bila malipo.
- Syriac - ܠܗܘܢܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ ܕܡܘܨܝܪܐ 1-855-856-0038 ܡܘܨܝܪܐ .
- Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-855-856-0038 nang walang bayad.
- Telugu - భృషణి సయంకొరకు ఎలాంటి ఖర్చు లేకుండా **1-855-856-0038** కు కల్ చేయండి. (తెలుగు)
- Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-855-856-0038 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
- Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-855-856-0038 'o 'ikai hā tōtōngi.
- Trukese - Ren áninnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-855-856-0038 nge esapw kamé ngonuk.
- Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedi 1-855-856-0038.
- Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-855-856-0038.
- Urdu - امریکہ کی کئی ممبر 1-855-856-0038 سے ملنے کیلئے ری م و در
- Vietnamese - Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-855-856-0038.
- Yiddish - פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-855-856-0038 פון אפצאל.
- Yoruba - Fún irànṣọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-855-856-0038 láí san owó kankan rárá.