aetna®

**OATEY CO. & ALL AFFILIATED COMPANIES**
**Aetna Choice® POS II - Basic Plan**

**Cobertura para: Individuo + Familia | Tipo de plan: POS**

**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 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 deducible total?** | Dentro de la red: individual $500/familiar $1,000. Fuera de la red: individual $1,000/familiar $2,000. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagada por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general. |
| **¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?** | Sí. La atención de emergencia y los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados; más las visitas al consultorio, los medicamentos con receta médica y la atención preventiva dentro de la red están cubiertos antes de que alcance el deducible. | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. |
| **¿Hay otros deducibles para servicios específicos?** | No. | No debe pagar deducibles por servicios específicos. |
| **¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?** | Dentro de la red: individual $3,250/familiar $5,400. Fuera de la red: individual $5,400/familiar $10,800. Medicamentos con receta médica: individual $3,350/familiar $7,800. | El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general. |
| **¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?** | Primas, cargos de facturación de saldo, atención médica que este plan no cubre y sanciones por no obtener la autorización previa para los servicios. | Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo. |
| **¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?** | Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-888-982-3862. | Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué es importante: |
|---|---|---|
| **¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?** | No. | Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación. |

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: Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará: Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| **Si acude al consultorio o clínica del proveedor** | Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión | $40 de copago/visita, no se aplica el deducible. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| | Consulta con un especialista | $40 de copago/visita, no se aplica el deducible. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| | Atención preventiva/evaluación/vacunas | Sin cargo. | 50 % de coseguro. | Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan. |
| **Si se realiza un examen** | Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre) | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética) | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| **Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.**<br><br>Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.aetnapharmacy.com/standard | Medicamentos genéricos | Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el deducible: $25 (al por menor), $50 (pedidos por correo). | Sin cobertura. | Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Incluye medicamentos 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) dentro de la red. Medicamentos de mantenimiento: No se aplican sanciones ni restricciones por surtir las recetas. Usted puede ahorrar pagando copagos más bajos en una farmacia participante con servicio de pedidos por correo o a través de determinados proveedores al por menor participantes. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el deducible: $45 (al por menor), $90 (pedidos por correo). | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Copago/medicamentos con receta médica, no se aplica el deductible: $80 (al por menor), $160 (pedidos por correo). | Sin cobertura. | |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará<br>Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | Medicamentos de especialidad | Se aplican los costos antes mencionados para medicamentos genéricos y de marca. | Sin cobertura. | Todas las recetas se deben surtir mediante la red de Aetna Specialty Performance Pharmacy. Se requiere precertificación para obtener cobertura. |
| **Si le hacen una cirugía ambulatoria** | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| **Si necesita atención médica inmediata** | Atención en la Sala de Emergencias | $150 de copago/visita, no se aplica el deducible. | $150 de copago/visita, no se aplica el deducible. | La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la red. 20 % de coseguro después de $150 de copago/visita para atención dentro de la red; 50 % de coseguro después de $150 de copago/visita para atención que no es de emergencia fuera de la red. |
| | Transporte médico de emergencia | $150 de copago/viaje, no se aplica el deducible. | $150 de copago/viaje, no se aplica el deducible. | La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la red. Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente. |
| | Atención de urgencia | $50 de copago/visita, no se aplica el deducible. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| **Si lo admiten al hospital** | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 20 % de coseguro después de $250 de copago/visita, no se aplica el deducible. | 50 % de coseguro después de $250 de copago/visita, no se aplica el deducible. | Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| **Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias** | Servicios ambulatorios | Visitas al consultorio: $40 de copago/visita, no se aplica el deducible; otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro. | Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de coseguro. | Ninguna. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará<br>Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Lo que usted pagará<br>Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|---|---|
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 20 % de coseguro después de $250 de copago/visita, no se aplica el deducible. | 50 % de coseguro después de $250 de copago/visita, no se aplica el deducible. | Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red. |
| **Si está embarazada** | Visitas al consultorio | Sin cargo. | 50 % de coseguro. | El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento y el parto | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 20 % de coseguro después de $250 de copago/visita, no se aplica el deducible. | 50 % de coseguro después de $250 de copago/visita, no se aplica el deducible. | |
| **Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud** | Atención médica en el hogar | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red. |
| | Servicios de rehabilitación | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | 60 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla y cuidado quiropráctico combinados, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. |
| | Servicios de habilitación | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Ninguna. |
| | Atención de enfermería especializada | 20 % de coseguro después de $250 de copago/hospitalización. | 50 % de coseguro después de $250 de copago/hospitalización. | 60 días/año calendario. Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red. |
| | Equipo médico duradero | 20 % de coseguro. | 50 % de coseguro. | Limitado a 1 equipo médico duradero con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso. |
| | Servicios en un programa de cuidados paliativos | 20 % de coseguro después de $250 de copago/hospitalización; 20 % de coseguro para pacientes ambulatorios. | 50 % de coseguro después de $250 de copago/hospitalización; 50 % de coseguro para pacientes ambulatorios. | Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red. |
| **Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista** | Examen de la vista para niños | Sin cargo. | 50 % de coseguro. | 1 examen de rutina de la vista/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 cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audífonos.
- 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.
- Cirugía bariátrica.
- Cuidado quiropráctico: 60 visitas por año calendario combinadas con servicios de rehabilitación.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subyacente.
- 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:

- 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.
- 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:

- 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 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.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.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 deducible general del plan** **$500**
- **Copago de especialista** **$40**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20 %**
- **Otro coseguro** **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)*

| **Costo total del ejemplo** | **$12,700** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Peg pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $500 |
| Copagos | $10 |
| Coseguro | $2,200 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $60 |
| **El total que Peg pagaría es** | **$2,770** |

### Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago de especialista** **$40**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20 %**
- **Otro coseguro** **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)*

| **Costo total del ejemplo** | **$5,600** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Joe pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $100 |
| Copagos | $1,600 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $20 |
| **El total que Joe pagaría es** | **$1,720** |

### Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$500**
- **Copago de especialista** **$40**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **20 %**
- **Otro coseguro** **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)*

| **Costo total del ejemplo** | **$2,800** |
|---|---|
| **En este ejemplo, Mía pagaría:** | |
| *Costos compartidos* | |
| Deducibles | $400 |
| Copagos | $400 |
| Coseguro | $0 |
| *Lo que no está cubierto* | |
| Límites o exclusiones | $0 |
| **El total que Mía pagaría es** | **$800** |

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

| | |
|---|---|
| **English -** | **To access language services at no cost to you, call 1-888-982-3862.** |
| Amharic - | የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-888-982-3862 ይደውሉ።. |
| Arabic - | للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء االتصال على 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 - | 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 ઓની પહોંચ માટે, કોલ કરોr 1-888-982-3862. |
| Hindi - | आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा 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 - | လၢတၢ်ကမၤနှၢ်ကျိဉ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိဉ်ဒီးအပူၤလၢကဘဉ်ဟုဉ်အီၤအဂိၢ်ဘဉ်နှဉ် ကိး 1-888-982-3862 တက့ၢ်. |
| Korean - | 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오. |
| Laotian - | ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-982-3862. |
| Mon-Khmer, Cambodian - | ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-982-3862 ។ |
| Navajo - | T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó kojį' 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 ਫ਼ੋਨ 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 - | ܠܘܬ ܫܘܬܦܐ ܕܠܫܢܐ ܕܠܝܬ ܥܠܘܗ ܕܡܨܝ ܠܗ ܒܠܫ ܕܡܓܢܐ ܕܠܫܢܐ ܒܚܕ ܡܢ ܐܠ 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. |