



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 www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. 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 1-800-370-4526 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 \$2,500/familia \$5,000. | 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 <u>cuidado preventivo</u> y las visitas al consultorio dentro de la <u>red</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 \$6,500/familia \$13,100. | 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 www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red</u> del <u>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> podría 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 proveedor médico | Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad | \$50 de <u>copago</u> /consulta, no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$100 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 qué pagará el <u>plan</u> . |
| Si tiene que hacerse un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> en www.aetna.com/pharmacy-insurance/individuals-families . | Medicamentos genéricos | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| | Medicamentos de marca preferidos | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| | Medicamentos de marca no preferidos | Sin cobertura. | Sin cobertura. | Sin cobertura. |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | Sin cobertura. | Sin cobertura. | 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) | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si necesita cuidado médico inmediato | <u>Cuidados en la sala de emergencias</u> | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/consulta</u> . | 20 % de <u>coseguro</u> después de \$250 de <u>copago/consulta</u> . | 40 % de <u>coseguro</u> para cuidados que no son de emergencia. El <u>copago</u> no se aplica en caso de hospitalización. |
| | <u>Traslado médico de emergencia</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | 20 % de <u>coseguro</u> . | Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente. |
| | <u>Cuidado urgente</u> | \$75 de <u>copago/consulta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si lo admiten en un hospital | Arancel del hospital (p. ej., habitación) | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 20 % 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 y el resto de los servicios ambulatorios: \$50 de <u>copago/consulta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Servicios para pacientes internados | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$100 de <u>copago/consulta</u> , no se aplica el <u>deducible</u> . | 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 | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | |
| | Servicios en la instalación para el nacimiento/parto | 20 % de <u>coseguro</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) | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | 100 consultas/año calendario. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | 60 consultas/año calendario combinadas para terapias física, ocupacional y del habla, incluidos los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluye el tratamiento del autismo. |
| | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | |
| | <u>Cuidado de enfermería especializado</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | 60 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>Cuidado de hospicio</u> | 20 % de <u>coseguro</u> . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| 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. |
| | 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 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.
- Medicamentos recetados
- Cuidado de enfermería particular.
- Tratamiento de rutina para la vista (adultos y niños).
- Cuidado de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

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

- Cirugía bariátrica: Limitado solo a centros contratados de la red Institutes of Quality; 20 % de coseguro, máximo de \$12,000 de por vida.
- Cuidado quiropráctico: 20 consultas/año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Se limita al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.

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.

- Para obtener más información sobre su derecho a continuar con la cobertura, llame al plan al 1-800-370-4526.
- 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 reclamación 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 reclamación 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 1-800-370-4526.
- 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.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Puede encontrar la información de contacto en <http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>.

¿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? No.

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 | \$2,500 |
| ■ Copago de especialista | \$100 |
| ■ Coseguro del centro hospitalario | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % |

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:

Costo compartido

| | |
|------------|---------|
| Deducibles | \$2,500 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$2,000 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|-------|
| Límites o exclusiones | \$100 |
|-----------------------|-------|

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Peg pagaría un total de | \$4,700 |
|--------------------------------|----------------|

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 | \$2,500 |
| ■ Copago de especialista | \$100 |
| ■ Coseguro del centro hospitalario | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % |

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:

Costo compartido

| | |
|------------|-------|
| Deducibles | \$100 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|---------|
| Límites o exclusiones | \$6,000 |
|-----------------------|---------|

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Joe pagaría un total de | \$6,700 |
|--------------------------------|----------------|

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ Deducible general del plan | \$2,500 |
| ■ Copago de especialista | \$100 |
| ■ Coseguro del centro hospitalario | 20 % |
| ■ Otro coseguro | 20 % |

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:

Costo compartido

| | |
|------------|---------|
| Deducibles | \$1,600 |
| Copagos | \$200 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Mia pagaría un total de | \$1,800 |
|--------------------------------|----------------|

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del **plan**. Si participa en este programa, es posible que se reduzcan los costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-800-370-4526.

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 1-800-370-4526.

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 en el portal correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien 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 (Aetna).

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - **हन्दि में भाषा सहायता के लरि, 1-800-370-4526 पर मुफ्त कॉल करें।**
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-370-4526.
- Ibo - **Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-370-4526 na akwụghị ugwo ọ bụla**
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-370-4526 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-800-370-4526.
- Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-800-370-4526 まで無料でお電話ください。
- Karen - လာဝါမၤစၢၤလာဝါကတိၤကိၤအါၤ ကိၤနီၤ ဂီၤ: 1-800-370-4526 လာဝါအိၣ်ဒီးတၢ်လာဝါၣ်ကတိၤကိၤ
- Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-982-3862번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - **Be'm'ké gbo-kpá-kpá dyé pidyi dé Bāsóó'-wuḍuüñ wěé, dá 1-800-370-4526**
- Kurdish - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 به خۆرای پیوهندی بکەن.**
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ1-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - **तीलभाषा (मराठी) सहाय्यासाठी 1-800-370-4526 क्रमांकावरकोणत्याहीखर्चाशिवायकॉलकरा.**
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-370-4526 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian-Pohnpeyan - **Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-370-4526 ni sohte isais.**
- Mon-Khmer, Cambodian - **សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លៃ។**
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-800-370-4526
- Nepali - (नेपाली) **मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1- 800-370-4526 मा फोन गर्नुहोस् ।**
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoony ë thok ë Thuonjänj cöl 1-800-370-4526 kec'in ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.
- Panjabi - **ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।**
- Pennsylvania Dutch - Fer Hilfe in Deutsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.
- Persian - **برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-370-4526 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی**
- Polish - **Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.**

