



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 atención médica 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 1-855-292-6587. 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 1-855-292-6587 y solicite una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|---|---|
| ¿Cuál es el <u>deducible</u> general? | Dentro de la red: individuo \$3,500/familia \$7,000. Fuera de la red: individuo \$5,000/familia \$10,000. | 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 <u>preventivo</u> dentro de la <u>red</u> está cubierto antes de que alcance el <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aún 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> . Para obtener una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos, visite 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 red: individuo \$3,500/familia \$7,000. Fuera de la red: individuo \$8,000/familia \$16,000. | 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> ? | Primas, cargos del <u>saldo de facturación</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios. | 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 1-855-292-6587. | 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> 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 | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Usted quizás tenga que pagar servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte al <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique qué pagará el <u>plan</u> . |
| Si tiene que hacerse un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.aetnapharmacy.com/premierplus . Formulario del plan Premier Plus | Medicamentos genéricos | <u>Copago/medicamentos recetados</u> : \$15 (al por menor), \$30 (pedidos por correo) | Sin cobertura | Cubre un suministro de 30 días (al por menor); un suministro de entre 31 y 90 días (pedido 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 Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos <u>dentro de la red</u> . Revise el <u>formulario</u> para saber qué medicamentos recetados requieren precertificación o terapia escalonada para obtener cobertura. Sus costos serán más altos si elige medicamentos de marca en lugar de genéricos. No se aplica el <u>deducible</u> a los medicamentos <u>preventivos</u> . La primera receta se debe surtir en una farmacia al por menor o de especialidad. Las demás recetas se deben surtir mediante la <u>red</u> de Aetna Specialty Pharmacy®. |
| | Medicamentos de marca preferidos | <u>Copago/medicamentos recetados</u> : \$30 (al por menor), \$60 (pedidos por correo) | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | <u>Copago/medicamentos recetados</u> : \$45 (al por menor), \$90 (pedidos por correo) | Sin cobertura | |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | Se aplica el costo que se indicó anteriormente para los medicamentos genéricos o de marca. | 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 y suplementos de cuidado preventivo | Medicamentos y suplementos de cuidado preventivo abastecidos en una farmacia con receta: | 100 % por artículo No se aplica <u>copago</u> ni <u>deducible</u> . | Sin cobertura | La cobertura está sujeta a las pautas de sexo, edad, afección médica, antecedentes familiares y frecuencia contenidas en las recomendaciones de la Comisión Especial de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Para obtener más detalles sobre las pautas y la lista actual de los medicamentos y suplementos de cuidado preventivo cubiertos, comuníquese con su médico o con Servicios a Miembros accediendo al sitio web de Aetna www.aetna.com o llamando al número que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación. |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Tarifa del médico/cirujano | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Cuidados en la sala de emergencias</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> para cuidados que no son de emergencia fuera de la red |
| | <u>Traslado médico de emergencia</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> para traslados que no son de emergencia fuera de la red |
| | <u>Cuidado urgente</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | No hay cobertura para cuidados que no son de urgencia. |
| Si lo admiten en un hospital | Arancel del hospital (p. ej., habitación) | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| Si necesita servicios para tratar problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | Servicios en el consultorio y otros servicios ambulatorios: 0 % de <u>coseguro</u> | Servicios en el consultorio y otros servicios ambulatorios: 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | Servicios para pacientes internados | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | Sin cargo | 35 % de <u>coseguro</u> | El <u>costo compartido</u> no se aplica a <u>servicios preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descriptos en el resumen (por ejemplo, ultrasonido). Se puede requerir <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento/parto | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | |
| | Servicios en la instalación para el nacimiento/parto | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Ninguna |
| | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Se limita al tratamiento del autismo. |

| 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). | |
| | <u>Cuidado de enfermería especializado</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | 60 días/año calendario. Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Se limita a 1 <u>equipo médico duradero</u> para el mismo propósito o un propósito similar. No se incluyen las reparaciones por el uso indebido o abusivo. |
| | <u>Cuidado de hospicio</u> | 0 % de <u>coseguro</u> | 35 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> para el cuidado fuera de la red. |
| 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 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.
- Tratamiento de rutina para la vista (adultos y niños).
- 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: 28 consultas/año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Se limita al diagnóstico y tratamiento de la afección médica subyacente.
- Cuidado de enfermería particular.

Su derecho a continuar con la cobertura:

Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura una vez que haya terminado. 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 1-855-292-6587.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Employee Retirement Income Security Act (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.

- 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 queja 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 la apelación de un reclamo 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:

- 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 1-855-292-6587.
- Si la cobertura de salud grupal está sujeta a la Employee Retirement Income Security Act (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados), también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- 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? 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 que mencionamos son solo ejemplos de cómo el **plan** cubriría los servicios. 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 | \$3,500 |
| ■ Copago de especialista | 0 % |
| ■ Copago del centro hospitalario | 0 % |
| ■ Otro copago | 20 % |

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

Visitas al consultorio del especialista (*atención 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 | \$3,500 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Peg pagaría un total de | \$3,560 |
|--------------------------------|----------------|

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 | \$3,500 |
| ■ Copago de especialista | 0 % |
| ■ Copago del centro hospitalario | 0 % |
| ■ Otro copago | 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 (*medidor de glucosa*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$7,400 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido

| | |
|------------|---------|
| Deducibles | \$3,500 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Joe pagaría un total de | \$3,520 |
|--------------------------------|----------------|

Fractura simple de Mia

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

| | |
|---|---------|
| ■ Deducible general del plan | \$3,500 |
| ■ Copago de especialista | 0 % |
| ■ Copago del centro hospitalario | 0 % |
| ■ Otro copago | 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 | \$1,900 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

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

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Mia pagaría un total de | \$1,900 |
|--------------------------------|----------------|

Nota: Estas cifras presuponen que el paciente no participa en el programa de bienestar del **plan**. Si participa en el programa de bienestar del **plan**, es posible que se reduzcan los costos. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-855-292-6587.

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 1-855-292-6587.

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 aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas discapacitadas y a quienes necesitan asistencia lingüística.

Si necesita intérpretes calificados, información escrita en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si considera que no le hemos brindado estos servicios o que lo hemos discriminado por algún motivo mencionado anteriormente, también puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator,

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

1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379 (clientes HMO de California: 1-860-262-7705).

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ingresando en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Además, puede hacerlo por correo postal 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 afiliadas (Aetna).

- Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-855-292-6587 gratuitamente.
- Romanian - Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-855-292-6587
- Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-855-292-6587.
- Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-855-292-6587 e aunoa ma se todogi.
- Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatno broj 1-855-292-6587.
- Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-855-292-6587.
- Sudanic-Fulfude - Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero doo 1-855-292-6587. Njodi woo fawaaki on.
- Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-855-292-6587 bila malipo.
- Syriac - ܟܠܘܢ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ ܕܥܘܠܡܢܐ 1-855-292-6587 ܕܥܘܠܡܢܐ.
- Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-855-292-6587 nang walang bayad.
- Telugu - □□□□□ □□□□ □□□□□ □□□□□□ □□□□□ □□□□□□□ □□ □□□□ □□□□□□. (□□□□□□)
- Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-855-292-6587 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
- Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-855-292-6587 'o 'ikai hā ʻōtōngi.
- Trukese - Ren ánninnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-855-292-6587 nge esapw kamé ngonuk.
- Turkish - (Dil) çağırısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedi 1-855-292-6587.
- Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-855-292-6587.
- Urdu - اسیری کال گھنٹم رپ 1-855-292-6587 سول کتت و اع مین لیل ری م و در
- Vietnamese - Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-855-292-6587.
- Yiddish - פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-855-292-6587 פון אפצאל.
- Yoruba - Fún iránlọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-855-292-6587 láí san owó kankan rárá.