




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 <https://www.aetna.com/sbcsearch/getcbpolicydocs?P=0774775&Y=25> o llame al 1-844-365-7373. 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 1-844-365-7373 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	\$0	Consulte la tabla de Circunstancias médicas comunes abajo para conocer los costos de los servicios que cubre este plan .
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ?	No.	Debe pagar el deducible antes de que el plan pague cualquier servicio.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Para gastos de medicamentos con receta médica , dentro de la red : individual \$400/familiar \$800. No se aplica a los medicamentos genéricos y de marca preferidos dentro de la red . No hay otros deducibles específicos.	Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible , antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Dentro de la red : individual \$3,025/familiar \$6,050.	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 y atención médica que este plan no cubre.	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 https://aet.na/providersearch_aetna o llame al 1-844-365-7373. Seleccione "2025 TX Silver 10 Advanced: HMO CSR 87 + Adult Dental + Vision".	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.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista ?	Sí.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por servicios cubiertos, pero solo si tiene una derivación antes de ver al especialista .

 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		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo; incluidas visitas virtuales.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$35 de copago /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Atención preventiva/evaluación /vacunas	Sin cargo.	Sin cobertura.	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)	Laboratorio: \$25 de copago /visita. Radiografías: \$55 de copago /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	\$250 de copago /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
<p>Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica.</p> <p>Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en http://aet.na/txivl25.</p> <p>Para compradores del plan TX: puede consultar las estimaciones de costos de los medicamentos para consumidores del plan TX en https://www.aetna.com/individuals-families/aca-texas-plans.html o llámenos al número gratuito 1-844-393-7139.</p>	Medicamentos genéricos preferidos	Copago /medicamentos con receta médica, no se aplica el deducible : nivel 1A: \$3 para un suministro de hasta 30 días; \$7.50 para un suministro de hasta 90 días; nivel 1: \$15 para un suministro de hasta 30 días; \$37.50 para un suministro de hasta 90 días.	Sin cobertura.	<p>Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos con receta médica al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (medicamentos con receta médica al por menor y pedidos por correo). Cuando hay medicamentos genéricos disponibles, se aplica al medicamento de marca el costo compartido correspondiente más la diferencia (el costo del medicamento de marca menos el costo del medicamento genérico). No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la red. Revise el formulario para ver los medicamentos con receta médica que requieren precertificación o terapia escalonada para tener cobertura.</p> <p>La primera receta de medicamentos con receta médica de especialidad se debe surtir en una farmacia de especialidad de la red, salvo en situaciones de urgencia. Es posible que su plan incluya acceso a determinadas farmacias minoristas participantes para ciertos medicamentos de especialidad.</p>
	Medicamentos de marca preferidos	Copago /medicamentos con receta médica, no se aplica el deducible : \$35 para un suministro de hasta 30 días, \$87.50 para un suministro de hasta 90 días.	Sin cobertura.	
	Medicamentos genéricos/de marca no preferidos	40 % de coseguro para un suministro de hasta 90 días después del deducible específico.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad preferidos/no preferidos	50 % de coseguro para un suministro de hasta 30 días después del deducible específico.	Sin cobertura.	
<p>Si le hacen una cirugía ambulatoria</p>	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$300 de copago /visita en un hospital; \$200 de copago /visita en un centro independiente.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	\$100 de copago /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.
<p>Si necesita atención médica inmediata</p>	Atención en la Sala de Emergencias	\$500 de copago /visita.	\$500 de copago /visita.	No se aplica el copago cuando el miembro es admitido. El costo compartido fuera de la red por la atención en la Sala de Emergencias es el mismo que dentro de la red . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Transporte médico de emergencia	\$500 de copago /viaje.	\$500 de copago /viaje.	El costo compartido fuera de la red es el mismo que dentro de la red .
	Atención de urgencia	\$20 de copago /visita.	Sin cobertura.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Días 1 a 3: \$1,000 de copago /día.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/ cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y los demás servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Sin cobertura.	Los demás servicios para pacientes ambulatorios incluyen servicios de terapia de análisis conductual aplicado (ABA).
	Servicios para pacientes hospitalizados	Días 1 a 3: \$1,000 de copago /día.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	Sin cobertura.	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).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Días 1 a 3: \$1,000 de copago /día.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	\$35 de copago /visita.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 60 visitas.
	Servicios de rehabilitación	\$35 de copago /visita.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 35 visitas combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico.
	Servicios de habilitación	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	Días 1 a 3: \$1,000 de copago /día.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 25 días.
	Equipo médico duradero	50 % de coseguro .	Sin cobertura.	La cobertura se limita 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	Pacientes hospitalizados: días 1 a 3: \$1,000 de copago /día. Pacientes ambulatorios: \$35 de copago /visita.	Sin cobertura.	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$10 de copago /visita.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses hasta los 19 años de edad.
	Anteojos para niños	\$10 de copago /visita.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 1 marco y 1 par de lentes de contacto o de anteojos por año calendario hasta los 19 años de edad.
	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).		
<ul style="list-style-type: none"> • Aborto, excepto los casos en que la vida de la madre esté en peligro o surjan complicaciones. • Acupuntura. • Cirugía bariátrica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética. • Atención dental (niños). • Atención a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado quiropráctico: La cobertura se limita a 35 visitas combinadas de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico. • Atención dental (adultos): La cobertura se limita a personas desde los 19 años. Limpieza de rutina (2 por año calendario). Máximo de \$1,000 para todos los servicios dentales (controles de rutina, servicios básicos y mayores). 	<ul style="list-style-type: none"> • Audífonos. • Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza provisto en el enlace del cuadro con el resumen en la página 1 o llame al número que figura en su tarjeta de identificación. • Enfermería particular: La cobertura está limitada a pacientes hospitalizados cuando es médicamente necesaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de rutina para la vista (adultos): La cobertura se limita a personas desde los 19 años. 1 examen de rutina de la vista, incluida la dilatación. La cobertura no incluye las visitas al consultorio para la colocación de lentes con receta médica.

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: Departamento de Seguros de Texas, 1-800-252-3439 (línea de ayuda al consumidor), (512) 676-6000 (local), (800) 578-4677 (número gratuito), www.tdi.texas.gov/consumer/get-help-with-an-insurance-complaint.html.

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-844-365-7373.
- Si el programa de asistencia al consumidor del estado no es gestionado por el departamento de seguros del estado, comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, Protección al Consumidor, Mail Code 111-1A, 333 Guadalupe, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091, número gratuito: 1-800-252-3439, <http://www.texashealthoptions.com>, ConsumerProtection@tdi.texas.gov.

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 o al [mercado](#) de seguros de salud del estado o programa SHOP.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también dan toda la información para presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) por cualquier motivo a su [plan](#). Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- El Departamento de Seguros de Texas a la línea de ayuda al consumidor 1-800-252-3439, al número local (512) 676-6000 o al número gratuito (800) 578-4677, www.tdi.texas.gov/consumer/get-help-with-an-insurance-complaint.html.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una [apelación](#). Contacto: Texas Department of Insurance, Consumer Protection, Mail Code 111-1A, 333 Guadalupe, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091, número gratuito: 1-800-252-3439, <http://www.texashealthoptions.com>, ConsumerProtection@tdi.texas.gov.

¿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? No se aplica.

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. Fijese 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](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$35
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$1,000
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas al consultorio del [especialista](#) (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
 Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
[Exámenes de diagnóstico](#) (*ecografías y análisis de sangre*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$2,200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$2,260

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](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$35
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$1,000
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
 Visitas en el consultorio del [médico 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	\$0
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$720

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$35
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$1,000
- Otro [copago](#) \$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
[Atención en la Sala de Emergencias](#) (*incluye suministros médicos*)
[Exámenes de diagnóstico](#) (*radiografías*)
[Equipo médico duradero](#) (*muletas*)
[Servicios de rehabilitación](#) (*fisioterapia*)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mía pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1,200
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$1,200

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del [plan](#). Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-844-365-7373.

* Nota: Este [plan](#) incluye otros [deducibles](#) para servicios específicos que se muestran en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila “¿Hay otros [deducibles](#) para servicios específicos?” que figura más arriba.

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este 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 1-844-365-7373.

Teléfono inteligente o tableta

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

Aviso sobre la no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina de forma ilícita, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual.

Brindamos 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 queja formal:

Civil Rights Coordinator

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

1-800-648-7817, TTY: 711

Fax: 859-425-3379 (clientes de HMO de California: 860-262-7705), 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).

Los planes de salud son ofrecidos, asegurados o administrados por Aetna Health Inc. (Texas) (Aetna). Aetna forma parte del grupo de compañías de CVS Health.

TTY: 711

Servicio de acceso a idiomas:

For language assistance in your language call 1-844-365-7373 at no cost.

- Albanian - Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-844-365-7373.
- Amharic - የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-844-365-7373 ይደውሉ።
- Arabic - مقررا لى ع لاصتالاء اجرالاء ؁ ةفلكفت يآ نود ةويوغلل ةامءل ع لى ع لوصحلل 1-844-365-7373
- Armenian - Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-844-365-7373 հեռախոսահամարով:
- Bahasa-Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-844-365-7373 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Kugira uronke serivisi z’indimi atakiguzi, hamagara 1-844-365-7373.
- Bengali-Bangala - আপনাকে বনিমূকযা ভাষা পবকিষাি পপকে হকয এই নম্বকি পবেযক ান ব্লুন: 1-844-365-7373।
- Bisayan-Visayan - Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-844-365-7373.
- Burmese - သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန် 1-844-365-7373 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-844-365-7373.
- Chamorro - Para un hago' i setbision lengguãhi ni dibátde para hãgu, ãgang 1-844-365-7373.
- Cherokee - Ⴀႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ ႃႆႃႆႃ 1-844-365-7373.
- Chinese - 如欲使用免費語言服務，請致電 1-844-365-7373。
- Choctaw - Anumpa tohsholi I toksvli ya peh pilla ho ish I paya hinla, I paya 1-844-365-7373.
- Cushite - Tajaajiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-844-365-7373.
- Dutch - Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-844-365-7373.
- French - Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-844-365-7373.
- French Creole - Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-844-365-7373.
- German - Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-844-365-7373 an.
- Greek - Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-844-365-7373.

- Gujarati - તમારે કોઇ જાતના ખર્ચ વના ભાષાની સેવિઓની પહોર માટે, કોલ કરો 1-844-365-7373.
- Hawaiian - No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'olelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-844-365-7373 Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
- Hindi - आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, 1-844-365-7373 पर कॉल करें।
- Hmong - Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-844-365-7373.
- Igbo - Iji nwetaòhèrè na orụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-844-365-7373.
- Ilocano - Tapno maaksesyò dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-844-365-7373.
- Indonesian - Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-844-365-7373.
- Italian - Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-844-365-7373.
- Japanese - 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-844-365-7373 までお電話ください
- Karen - လာတီကမန်ကိတ်အတီကမန်အတီဖံးတီကတဖ်လာတအိတ်ဒီးအပူလာကတတ်ဟ်အိတ်အိတ်ကိတ်ကိတ် ကိတ်: 1-844-365-7373 တကိတ်.
- Korean - 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-844-365-7373 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - M dyi wudu-dù kà kò dò bě dyi múun nì Pídyi ní, níí, dá nòbà nià ke: 1-844-365-7373.
- Kurdish - 1-844-365-7373 یه رامژ هه مکهه یه نهوهی هه، ووت ووب نووچ ویت یه هه به به نامز یراز وگت همز خ هه نتش یه گار یه پس هه ووب
- Laotian - ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕົກທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-844-365-7373.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी 1-844-365-7373 वर फोन करा.
- Marshallese - Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlök 1-844-365-7373.
- Micronesian Pohnpeyan - Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-844-365-7373.
- Mon-Khmer Cambodian - ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នកកម្ពុជា មុនពេលទាក់ទងទៅកាន់លេខ 1-844-365-7373។.
- Navajo - T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowol doo b'áá'á h'ílinígóó kojí' hólne' 1-844-365-7373.
- Nepali - निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गनन 1-844-365-7373 मा टेलिफोन गनुनहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tē kōr yin wēēr de thokic ke cīn wēu kōr keek tēnōŋ yīn. Ke cōl kōc ye kōc kuony ne nōmba 1-844-365-7373.
- Norwegian - For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-844-365-7373.

- Pennsylvania Dutch - Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-844-365-7373.
- Persian - دیری گب سامت 1-844-365-7373 هرامش اب، ناگیار روط هب نابز تامدخ هب یسرتسد یارب
- Polish - Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić 1-844-365-7373.
- Portuguese - Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-844-365-7373.
- Punjabi - ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਨਿਾਂ ਬਸਿੰ ਮਿਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਰਿਨ ਲਈ, 1-844-365-7373 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਰਿ।
- Romanian - Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați 1-844-365-7373.
- Russian - Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-844-365-7373.
- Samoan - Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-844-365-7373.
- Serbo-Croatian - Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-844-365-7373.
- Spanish - Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-844-365-7373.
- Sudanic-Fulfulde - Heeba a nasta jangirde dje y wolde wola chede bo apelou lamba 1-844-365-7373.
- Swahili - Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga 1-844-365-7373.
- Syriac - 1-844-365-7373 .
- Tagalog - Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tumawag sa 1-844-365-7373.
- Telugu - మరీరు భష నేవలను ఉచితంగా అందుకున ందుకు, 1-844-365-7373 కు కల్ చీయండి.
- Thai - หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทร 1-844-365-7373.
- Tongan - Kapau 'oku ke fiema'u ta'etötōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he 1-844-365-7373.
- Trukese - Ren omw kopwe angei aninisin eman chon awewei (ese kamo), kopwe kori 1-844-365-7373.
- Turkish - Sizin için ücretsiz dil hizmetlerine erişebilmek için, 1-844-365-7373 numarayı arayın.
- Ukrainian - Щоб отримати безкоштовний доступ до мовних послуг, задзвоніть за номером 1-844-365-7373.
- Urdu - 1-844-365-7373 سے نرک ل ص ا ح ت ا م د خ م ق ل ع ت م سے ن ا ب ز ت ا م د خ م ق ل ا ب .
- Vietnamese - Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số 1-844-365-7373.
- Yiddish - 1-844-365-7373 צו צוטריט אראפשא באדינונגען אין קיין פרייז צו איר, רופן
- Yoruba - Lati wọnú awọn isẹ èdè l'ọfẹ fun ọ, pe 1-844-365-7373.