

** KATY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT - Choice POSII Plan:

Aetha Choice® POSII - Choice POSII Plan: Aetna Choice® POS II - Choice POSI II Plan

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

Período de cobertura: 01/01/2025-12/31/2025



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 1-800-370-4526. 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/sbcdlossan/ o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una conia

glossary/ o llamar al '	1-800-370-4526 para pedir una copia.			
Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:		
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$4,000/familiar \$7,000. Fuera de la red: individual \$4,500/familiar \$9,000.	En general, debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta la cantidad <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. 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 la cantidad total de los gastos del <u>deducible</u> pagada por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general.		
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La <u>atención preventiva</u> dentro de la <u>red</u> está cubierta antes de que alcance su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Sin embargo, se podría aplicar un <u>copago</u> o un <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en <u>https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</u> .		
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. Para medicamentos con receta médica: \$200 por persona en medicamentos de marca. No se aplica a medicamentos genéricos.	<u>Farmacia</u> : Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible, antes de que este plan comience a pagar estos servicios. Después de alcanzar el deducible para los medicamentos de marca, deberá pagar el copago de los medicamentos con receta médica hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo del plan.		
¿Cuánto es el <u>límite de gastos</u> de bolsillo para este <u>plan</u> ?	Dentro de la <u>red</u> : individual \$6,750/ familiar \$12,250. Fuera de la red: individual \$11,000/familiar \$22,000.	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. 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.		
¿Qué es lo que no está incluido en el <u>límite de gastos</u> <u>de bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos de <u>facturación de saldo</u> , atención médica que este <u>plan</u> no cubre y sanciones por no obtener la <u>autorización previa</u> para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> .		
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de <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</u> de <u>proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> que esté incluido en la <u>red</u> del <u>plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que su <u>plan</u> paga (<u>facturación de saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> puede usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.		
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin una <u>derivación</u> .		



Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

	Lo que usted pagará			
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si acude al	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de coseguro.	Ninguna.
consultorio o	Consulta con un especialista	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
clínica del <u>proveedor</u>	Atención preventiva/evaluación/vacunas	Sin cargo.	Sin cargo.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el <u>plan</u> .
Si se realiza un	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
examen	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su	Medicamentos genéricos (suministro de 30 días) Medicamentos genéricos (suministro de 90 días)	\$20 de <u>copago</u> (al por menor). \$40 de <u>copago</u> (pedidos por correo).	Sin cobertura.	Usted paga la totalidad de los gastos de la receta de los medicamentos de marca hasta alcanzar el deducible anual de \$200 por persona. Eximido en
enfermedad o condición médica.	Medicamentos de marca preferidos (suministro de 30 días) Medicamentos de marca preferidos (suministro de 90 días)	\$40 de <u>copago</u> (al por menor). \$100 de <u>copago</u> (pedidos por correo).	Sin cobertura.	el caso de los genéricos. Deberá pagar el costo total del medicamento de mantenimiento en una farmacia al por menor luego de la segunda compra, a menos que transfiera la receta al
Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en	Medicamentos de marca no preferidos (suministro de 30 días) Medicamentos de marca no preferidos (suministro de 90 días)	\$80 de copago (al por menor). \$200 de copago (pedidos por correo).	Sin cobertura.	servicio de órdenes por correo de ESI. Póngase er contacto con ESI para obtener información específica sobre la cobertura de medicamentos y asistencia con la transferencia de la receta al servicio de órdenes por correo.
www.express- scripts.com	Medicamentos de especialidad	Igual que pedidos por correo.	Sin cobertura.	Póngase en contacto con ESI para obtener información específica sobre la cobertura de medicamentos.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
cirugia ambulatoria	Tarifas del médico/cirujano	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de coseguro.	Ninguna.

		Lo que usted pagará			
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
Si necesita	Atención en la Sala de Emergencias	50 % de <u>coseguro</u> después de \$750 de <u>copago</u> /visita.	50 % de <u>coseguro</u> después de \$750 de <u>copago</u> /visita.	No hay cobertura para atención que no es de emergencia.	
atención médica inmediata	Transporte médico de emergencia	30 % de coseguro.	30 % de coseguro.	Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.	
	Atención de urgencia	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.	
Si necesita	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de coseguro.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> <u>previa</u> para atención fuera de la red.	
hospitalización	Tarifas del médico/cirujano	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 30 % de coseguro.	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de coseguro.	Ninguna.	
abuso de sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	30 % de coseguro.	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> <u>previa</u> para atención fuera de la red.	
	Visitas al consultorio	Sin cargo.	50 % de coseguro.	El costo compartido no se aplica a los servicios	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	preventivos. La atención durante la maternidad	
Si está embarazada	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	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.	
Si necesita servicios de recuperación o	Atención médica en el hogar	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	100 visitas/año calendario combinadas con enfermería particular. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.	
tiene otras necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	60 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas.	
oopeoidies de saidu	Servicios de habilitación	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de coseguro.	Ninguna.	

			ted pagará		
Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante	
	Atención de enfermería especializada	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	60 días/año calendario. Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.	
	Equipo médico duradero	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Limitado a 1 <u>equipo médico duradero</u> con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	30 % de <u>coseguro</u> .	50 % de coseguro.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> <u>previa</u> para atención fuera de la red.	
Si su hijo necesita	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
servicios dentales o	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
de la vista	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).

- Acupuntura.
- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Audifonos.

- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Medicamentos con receta médica.

- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso, excepto los servicios preventivos requeridos.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica: Limitada únicamente a centros contratados de Institutes of Quality con un máximo de \$15,000 de por vida.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más Enfermería particular: Incluida como parte de la atención información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza provisto por su empleador.
 - médica en el hogar.

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 1-800-370-4526.
- 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 http://www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para <u>planes</u> 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 <u>www.cciio.cms.gov</u>.
- Si está cubierto por un <u>plan</u> de la iglesia, tenga en cuenta que dichos <u>planes</u> 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 <u>plan</u> por la denegación de una <u>reclamación</u>. Esta queja se denomina <u>queja formal</u> o <u>apelación</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha <u>reclamación</u> médica. Los documentos de su <u>plan</u> también dan toda la información para presentar una reclamación, una <u>apelación</u> o una <u>queja formal</u> por cualquier motivo a su <u>plan</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número gratuito general 1-800-370-4526.
- 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 http://www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para <u>planes</u> 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 <u>www.cciio.cms.gov</u>.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una <u>apelación</u>. La información de contacto se encuentra en http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.

La <u>cobertura esencial mínima</u> generalmente incluye <u>planes</u>, <u>seguros médicos</u> disponibles a través del <u>Mercado</u> u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de <u>cobertura esencial mínima</u>, tal vez no sea elegible para el <u>crédito fiscal para primas del plan</u>.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.

Si su <u>plan</u> no cumple con el <u>valor mínimo estándar</u>, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un <u>crédito fiscal para primas del plan</u> que lo ayudará a pagar un <u>plan</u> en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este <u>plan</u> 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 <u>plan</u> cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus <u>proveedores</u> cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de <u>costo compartido</u> (<u>deducibles</u>, <u>copagos</u> y <u>coseguro</u>) y en los <u>servicios excluidos</u> por el <u>plan</u>. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos <u>planes</u> 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 <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,500
Coseguro de especialista	30 %
Coseguro del hospital	30 %
(establecimiento)	
Otro coseguro	30 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas al consultorio del <u>especialista</u> (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)

\$12,700

Consulta con un especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo

En acta ciample Dog pagaría:

En este ejempio, Peg pagaria:		
Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$2,500	
Copagos	\$0	
Coseguro	\$2,300	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$70	
El total que Peg pagaría es	\$4,800	

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	\$2,500
Coseguro de especialista	30 %
Coseguro del hospital	30 %
(establecimiento)	
Otro coseguro	30 %

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

Equipo médico duradero (glucómetro)

Costo total del ejemplo	\$5,600	
En este ejemplo, Joe pagaría:		
Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$2,500	
Copagos	\$0	
Coseguro	\$0	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$0	
El total que Joe pagaría es	\$2,500	

Fractura simple de Mía

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

■ El <u>deducible</u> general del <u>plan</u>	\$2,500
Coseguro de especialista	30 %
Coseguro del hospital	30 %
(establecimiento)	
Otro coseguro	30 %

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 eiemplo

ooto total aci ojempio	Ψ2,000	
En este ejemplo, Mía pagaría:		
Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$2,500	
<u>Copagos</u>	\$0	
Coseguro	\$100	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$10	
El total que Mía pagaría es	\$2,600	

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

\$2.800

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 866-393-0002.

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 o discapacidad.

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).

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.

TTY: 711

Servicio de acceso a idiomas:

For language assistance in your language call 1-800-370-4526 at no cost.

Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-370-4526.

Amharic - ለቋንቋ እንዛ በ አማርኛ በ 1-800-370-4526 በነጻ ይደውሉ

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-800-370-4526

Armenian - Lեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-800-370-4526 առանց գնով։

Bahasa Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.

Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi nomero 1-800-370-4526 ku busa

Bengali-Bangala - বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বিনামূল্যে 1-800-370-4526-তে কল করুন।

Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-370-4526 nga walay bayad.

Burmese - ငွေကုန်ကျစ်စရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-370-4526 ကို ခေါ် ဆိုပါ။

Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-370-4526.

Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ågang 1-800-370-4526 sin gåstu.

Cherokee - $\theta \circ \partial \mathcal{Y} \theta \mathcal{S} \circ \partial \mathcal{Y} \partial \mathcal{Y$

Chinese - 欲取得繁體中文語言協助, 請撥打 1-800-370-4526, 無需付費。

Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi I paya hinla 1-800-370-4526.

Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-800-370-4526 irratti bilisaan bilbilaa.

Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-370-4526.

French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-370-4526 sans frais.

French Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-370-4526 gratis.

German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-370-4526 an.

Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-370-4526 χωρίς χρέωση.

Gujarati - ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહ્યય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-370-4526 પર કૉલ કરો.

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 - हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 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.

lbo - Maka enyemaka asusu na Igbo kpoo 1-800-370-4526 na akwughi ugwo o bula

llocano - 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 - လာတာမြားစားတာ်ကတိုးကျို့ခဲ့အင်္ဂါ ကျို့ခဲ့ ကို 800-370-4526 လာတအိုခ်ိုဒီးတာ်လာခ်ဘူ့ခ်လာခ်စွာဘုခ်

Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.

Kru-Bassa - Bɛ´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pidyi dé Ɓašɔɔ́-wuduùň wɛ̃ɛ, dá 1-800-370-4526

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 4526-370-4520 به خورایی پهیومندی بکهن.

Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລນາໂທຫາ-800-370-4526 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.

Marathi - कोणत्याही श्ल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-800-370-4526 वर फोन करा.

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, សម្ភាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខុមរំ សូមទូរស័ព្ទទទៅកាន់លខេ 1-800-370-4526 ដោយឥតគិតថ្លាំ។

Cambodian -

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 kuoony ë thok ë Thuonjän col 1-800-370-4526 kecïn ayöc.

Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-800-370-4526 kostnadsfritt.

Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਮਫ਼ਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Pennsylvania Dutch - Fer Helfe in Deitsch, ruf: 1-800-370-4526 aa. Es Aaruf koschtet nix.

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 4526-370-4520 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی Persian -

Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-370-4526.

Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-370-4526 gratuitamente.

Romanian - Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-800-370-4526

Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-370-4526.

Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-370-4526 e aunoa ma se totogi.

Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-370-4526.

Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-800-370-4526.

Sudanic-Fulfude - Fii yo on heɓu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero ɗoo 1-800-370-4526. Njodi woo fawaaki on.

Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-370-4526 bila malipo.

Syriac - K - 32K K & D2AI abk - 312 K wain on Ly ippk 181, 20 1-800-370-4526 apr

Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-370-4526 nang walang bayad.

Telugu - భాషతో సాయం కొరకు ఎలాంటి ఖర్పు లేకుండా 1-800-370-4526 కు కాల్ చేయండి. (తెలుగు)

Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-370-4526 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย

Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-370-4526 'o 'ikai hā ōtōngi.

Trukese - Ren áninnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkééri 1-800-370-4526 nge esapw kamé ngonuk.

Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemeden 1-800-370-4526.

Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-370-4526.

بالاقرمت زیان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 4526-370-4526 . پر بات کریں۔

Vietnamese - Đê 'được hố trợ ngôn ngư băng (ngôn ngư), hay gọi miến phi 'đên số 1-800-370-4526.

Yiddish - פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-370-4526 פריי פון אפצאל.

Yoruba - Fún ìrànlowo nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-370-4526 lái san owó kankan rárá.