aetna

Open Access® Aetna Select℠: TRS-ActiveCare Select Whole Health (Seton Health Alliance)

Cobertura: Individual y Familiar | **Tipo de Plan:** EPO

El El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan médico. El Resumen de Beneficios y Cobertura le muestra cómo usted y el plan compartirán el costo de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información sobre el costo de este plan (conocida como la prima) se proporciona por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para recibir una copia de los términos de cobertura completos, visite www.trsactivecareaetna.com o llame al **1-800-222-9205**. Para las definiciones generales de términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, véase el Glosario. Usted encontrará el Glosario en **https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/** o llame al 1-800-222-9205 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué Es Esto Importante:
¿Cuál es el deducible general?	Por cada Año del Plan Seton: $1,200 por persona / $3,600 por familia.	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en el plan, cada uno de sus familiares deberá satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos por deducible para todos los familiares haya satisfecho el deducible general de la familia.
¿Hay algunos servicios que se cubren antes de que usted haya satisfecho su deducible?	Sí, las medicinas recetadas más las visitas al consultorio médico efectuadas dentro de la red, las visitas por cuidado de urgencia y las del cuidado preventivo se cubren antes de que haya satisfecho su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aún antes de que usted haya satisfecho el deducible, pero podría aplicarse un copago o el coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted satisfaga su deducible. Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en el https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	Sí. $200 para gastos de medicinas recetadas. No se aplica a las medicinas genéricas. No hay otros deducibles específicos.	Antes de que este plan comience a pagar por estos servicios, usted deberá pagar todos los costos de estos servicios hasta que haya alcanzado la cantidad específica del deducible.
¿Cuál es el límite de desembolso personal de este plan?	Seton: $7,350 por persona / $14,700 por familia.	El límite de desembolso personal es lo máximo que usted podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, ellos tendrán que satisfacer sus propios límites de desembolso personal hasta que se haya satisfecho el desembolso personal de la familia en general.
¿Qué se excluye del límite de desembolso personal?	Las primas, los cargos por facturación de saldo, el cuidado médico que no esté cubierto por este plan y las sanciones por no haber obtenido autorización previa para servicios.	Aun cuando usted pague por estos cargos, sepa que ellos no cuentan contra el límite de desembolso personal.
¿Pagará menos si utiliza un proveedor de la red?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de Seton, visite www.trsactivecareaetna.com o llame al 1-800-222-9205.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si utiliza a un proveedor de la red del plan. Usted pagará más si utiliza a un proveedor fuera de la red y es posible que hasta reciba una factura del proveedor por la diferencia entre los cargos del proveedor y lo que su plan pague (facturación de saldo). Esté consciente de que el proveedor de la red bien podría utilizar a un proveedor fuera de la red para otros servicios (tales como para análisis de laboratorio). Pregúntele a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesito remisión médica para ver a un especialista?	No.	Usted puede ver al especialista que elija sin necesidad de remisión.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son los obtenidos después de haberse satisfecho el **deducible**, de aplicarse un **deducible.**

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de Seton (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si visita el consultorio o clínica de un proveedor médico	Visita de Cuidado Primario para Tratar una Lesión o Enfermedad	$30 copago por visita, no se aplica el deducible; excepto un 20% de coseguro por cirugía ambulatoria realizada en el consultorio médico	No se cubre	Incluye internistas, médicos de medicina general, profesionales médicos de práctica familiar, pediatras o ginecólogos.
	Visita al Especialista	$70 copago por visita, no se aplica el deducible; excepto un 20% de coseguro por cirugía ambulatoria realizada en el consultorio médico	No se cubre	Ninguno
	Cuidado Preventivo / Prueba de Detección de Enfermedades / Inmunización	No se cobra, excepto por $70 copago por visita para el examen de los oídos o el examen de la vista	No se cubre	Usted podría tener que pagar por servicios no preventivos. Pregúntele a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Después, revise bien qué es lo que pagará su plan
Si tiene que realizarse un examen médico	De diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	No se cubre	Ninguno
	Con Imágenes (Tomografía Computarizada [*CT scan*] Tomografía con Positrones [*PET scan*], Imágenes de Resonancia Magnética [*MRI*])	20% coseguro después de $100 copago por visita	No se cubre	Podría requerir autorización previa.

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de Seton (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o padecimiento **Cobertura para medicinas recetadas,** administrado por CVS/Caremark Hay información sobre la **cobertura para medicinas recetadas** disponible en www.cvscaremark.com	Medicamentos Genéricos	Copago por medicina recetada. No se aplica el deducible. Copagos de: $20 (1er abastecimiento en farmacia regular), $35 (reabastecimiento en farmacia regular), $45 (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-*Plus*)	Copago por medicina recetada. No se aplica el deducible. Copagos de: $20 (1er abastecimiento en farmacia regular), $35 (reabastecimiento en farmacia regular), $45 (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-*Plus*)	Cubre suministros de 31 días (Farmacia regular), suministros de 60 a 90 días (Orden por correo o Retail *Plus*). Incluye medicamentos y dispositivos anticonceptivos adquiridos en una farmacia. No se cobra por anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres, los cuales cuenten con aprobación de la FDA y se adquieran dentro de la red. Se requiere certificación previa y terapia escalonada. El costo suyo será mayor si selecciona Medicamentos de Marca en vez de Genéricos, a menos que en la receta se indique "Despachar conforme a lo prescrito". Fuera de la Red: El reembolso es la cantidad permitida por lo que le habría cobrado una farmacia de la red, menos el copago después de haberse satisfecho el deducible de medicamento.
	Medicamentos de Marca Preferida	Copago por medicina recetada. Copagos de $40 (1er abastecimiento en farmacia regular), $60 (reabastecimiento en farmacia regular), $105 (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-*Plus*)	Copago por medicina recetada. Copagos de $40 (1er abastecimiento en farmacia regular), $60 (reabastecimiento en farmacia regular), $105 (Orden efectuada por correo o adquirida en una farmacia Retail-*Plus*)	
	Medicamentos de Marca No Preferida	50% coseguro, después del deducible específico (Orden efectuada en farmacia regular y por correo o adquirida en una farmacia Retail-*Plus*)	50% coseguro, después del deducible específico (Orden efectuada en farmacia regular y por correo o adquirida en una farmacia Retail-*Plus*)	
	Medicamentos de Especialidad	20% coseguro, después del deducible específico	No se cubre	Todos los medicamentos de especialidad deben adquirirse en una Farmacia de Especialidad. No se cubren los adquiridos en una farmacia regular. Con un límite de suministro de 31 días.
Si tiene que realizarse una cirugía ambulatoria	Cuota de Instalación Médica (por ejemplo, un centro de cirugía ambulatoria)	20% coseguro después de $150 copago por visita	No se cubre	Ninguno
	Honorarios del Médico / Cirujano	20% coseguro	No se cubre	Ninguno
Si necesita asistencia médica inmediata **Sala de Emergencia (*ER*)**	Atención en la Sala de Emergencia (Sala de emergencia afiliada a un hospital)	20% coseguro después de $250 copago por visita	20% coseguro después de $250 copago por visita	Ninguno
	Atención en la Sala de Emergencia (Sala de emergencia independiente)	20% coseguro después de $500 copago por visita	20% coseguro después de $500 copago por visita	Ninguno
	Traslado Médico de Emergencia	20% coseguro	20% coseguro	Ninguno
	Cuidado en la Sala de Urgencias	$50 copago por visita; no se aplica el	No se cubre	Ninguno
Si tiene que hospitalizarse	Cargo de Centro Médico (por ejemplo, cargos por la habitación de hospital)	20% coseguro después de $150 copago por día por los	No se cubre	Copago máximo por año del plan por persona: $2,250.
	Honorarios del Médico / Cirujano	20% coseguro	No se cubre	Ninguno

Situación Médica Común	Servicios que Podría Necesitar	Lo Que Usted Pagará		Límites, Excepciones y Demás Información Importante
		Proveedor de Seton (Usted Pagará Menos)	Proveedor Fuera de la Red (Usted Pagará Más)	
Si necesita servicios para la salud mental, el comportamiento o la drogadicción	Servicios para Pacientes Ambulatorios	Paciente ambulatorio: 20% coseguro Consultorio: $70 copago por visita	No se cubre	Podría requerirse autorización previa para el cuidado médico.
	Servicios para Pacientes Hospitalizados	20% coseguro después de $150 copago por día por los primeros 5 días	No se cubre	Copago máximo por año del plan por persona: $2,250.
Si está embarazada	Visitas al Consultorio Médico	No se cobra	No se cubre	El costo compartido no se aplica a ciertos servicios preventivos. El cuidado de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte en el Resumen de Beneficios y Cobertura (por ejemplo, los sonogramas). Copago máximo por año del plan por persona: $2,250.
	Parto / Servicios de Partero o Profesional	20% coseguro	No se cubre	
	Parto / Servicios de Centro de Maternidad	20% coseguro después de $150 copago por día por los primeros 5 días	No se cubre	
Si necesita ayuda para recuperarse o si tiene otras necesidades médicas especiales	Asistencia Médica a Domicilio	20% coseguro	No se cubre	60 visitas por año del plan
	Servicios de Rehabilitación	$70 copago por visita; no se aplica el deducible	No se cubre	Ninguno
	Servicios de Adiestramiento para Incapacitados	$70 copago por visita; no se aplica el deducible	No se cubre	Se limita al tratamiento del autismo.
	Centro de Rehabilitación con Enfermeros Especializados (*Skilled nursing care*)	20% coseguro	No se cubre	25 días/por año del plan.
	Equipo Médico Duradero	20% coseguro	No se cubre	Se limita a 1 equipo médico duradero para igual o similar propósito. Se excluyen las reparaciones por abuso o uso indebido.
	Servicios para Pacientes Desahuciados (*Hospice*)	20% coseguro	No se cubre	Ninguno
Si su hijo necesita asistencia dental u oftalmológica	Examen de la Vista para Menores de Edad	$70 copago por visita; no se aplica el deducible	No se cubre	1 examen oftalmológico de rutina por año del plan si lo realiza un oftalmólogo u optómetra que utilice instrumentos calibrados.
	Anteojos para Menores de Edad	No se cubre	No se cubre	No se cubre
	Examen Odontológico para Menores de Edad	No se cubre	No se cubre	No se cubre

Servicios Excluidos y Demás Servicios Cubiertos:

Servicios que Generalmente NO Cubre su Plan (Revise su póliza o documentos del plan para obtener más información y una lista de todos los servicios excluidos).

- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Asistencia dental (para adultos y menores de edad)
- Anteojos (para menores de edad)
- Asistencia médica a largo plazo
- Asistencia médica fuera de los Estados Unidos que no sea de emergencia
- Servicios privados de enfermería
- Cuidado podiátrico de rutina
- Programas para perder peso, excepto por los servicios preventivos requeridos

Otros Servicios Cubiertos. (Podrían aplicarse limitaciones para estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte los documentos de su plan).

- Asistencia quiropráctica. 35 visitas por año del plan.
- Dispositivos auditivos: Máximo $1,000 para 36 meses.
- Tratamiento para la infertilidad. Se limita al diagnóstico y tratamiento de la condición médica subyacente.
- Examen oftalmológico de rutina (adultos): 1 examen por año del plan.

Sus Derechos a Recibir Continuidad de la Cobertura:

Existen agencias que podrían ayudarle si desea usted continuar su cobertura después de haberse terminado la suya. A continuación, encontrará información sobre tales agencias.

- Para más información sobre sus derechos a continuar su cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-222-9205.
- Si su plan de seguro médico de grupo está sujeto a ERISA, puede comunicarse además con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado - Departamento del Trabajo (*Department of Labor's Employee Benefits Security Administration*) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando el sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para los planes médicos de grupo gubernamentales y no federales, puede comunicarse también con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*), con el Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (*Center for Consumer Information and Insurance Oversight)* llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565 o visitando el sitio web www.cciio.cms.gov.
- Si su cobertura constituye más bien un plan eclesiástico (*church plan*), tenga presente que los planes eclesiásticos no están cubiertos por las reglas federales de continuidad de la cobertura COBRA. De estar asegurada la cobertura, las personas interesadas deberán comunicarse con su regulador de seguros estatales con respecto a sus posibles derechos a recibir continuidad de la cobertura bajo las leyes estatales.

Podría haber otras opciones de cobertura a su disposición, incluyendo la compra de cobertura de seguro médico individual a través de The Health Insurance Marketplace. Para más información sobre el Mercado de Seguro, visite el www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus Derechos a la Presentación de Quejas y Apelación:

Existen agencias que podrían ayudarle en caso de que tenga usted una queja contra su plan por habérsele denegado una reclamación. Esta queja es lo que se conoce como queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también le proporcionan información completa sobre cómo presentar, contra su plan, una reclamación, apelación o queja por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita usted ayuda, puede:

- Comunicarse directamente con Aetna llamando gratis al número que aparece en su tarjeta de identificación de seguro (*Medical ID Card*) o comunicándose gratis a nuestro número general, llamado al 1-800-222-9205.
- Si su plan de seguro médico de grupo está sujeto a ERISA, puede comunicarse además con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado - Departamento del Trabajo (*Department of Labor's Employee Benefits Security Administration*) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando el sitio web www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para los planes médicos de grupo gubernamentales y no federales, puede comunicarse también con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*), con el Centro de Información para el Consumidor y Supervisión de Seguros (*Center for Consumer Information and Insurance Oversight*), llamando al 1-877-267-2323, ext.61565 o visitando el sitio web www.cciio.cms.gov.
- Por otra parte, un programa de ayuda al consumidor podría también ayudarle a presentar su apelación. La información de contacto se encuentra en el http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html.

¿Proporciona este plan la Cobertura Mínima Esencial? **Sí.**

De no poseer usted **Cobertura Mínima Esencial** durante un mes, tendrá que efectuar un pago cuando presente su declaración de impuestos, a menos que sea elegible para excepción del requisito que le exige tener cobertura médica para ese mes.

¿Cumple este plan con las Normas de Valor Mínimo? **Sí.**

De no cumplir su **plan** con las **Normas de Valor Mínimo** (***Minimum Value Standards***), usted podría ser elegible para recibir un **crédito fiscal en cuanto a la prima de seguro** (***premium tax credit***) que le ayude a pagar por un plan del **Mercado de Seguro.**

------------------- Remítase a la siguiente sección, para ver ejemplos sobre cómo podría este plan cubrir los costos de ciertas circunstancias médicas. -------------------

Información acerca de Estos Ejemplos de Cobertura:

Esta no es una calculadora de costos. Los tratamientos que se muestran a continuación son solo ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir la asistencia médica. Los costos suyos serán diferentes, dependiendo de la asistencia médica que reciba realmente, de los precios que cobre su **proveedor**, así como de muchos otros factores. Enfóquese en las cantidades correspondientes a los **costos compartidos** (es decir, los **deducibles**, los **copagos** y el **coseguro**) y en los servicios que están excluidos bajo el plan. Utilice esta información para comparar la porción de los costos que tendría que pagar usted bajo los diferentes **planes** médicos. Tenga presente que estos ejemplos se basan en la cobertura de empleado solamente.

Rosa va a tener un bebé (Cobertura de Empleado Solamente)

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red con parto en el hospital)

- **Deducible general del plan** — **$2,750**
- **Copago visita al consultorio del especialista** — **20%**
- **Coseguro hospital (instalación médica)** — **20%**
- **Otro tipo de coseguro** — **20%**

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:
Visitas al consultorio de un especialista (*cuidado prenatal)*
Parto / Servicios de Partero o Profesional
Parto / Servicios de Centro de Maternidad
Pruebas Diagnósticas (sonogramas y análisis de sangre*)*
Visita al consultorio del especialista *(anestesia)*

Costo Total del Ejemplo	**$12,800**
En este ejemplo, Rosa pagaría:	
Costo Compartido	
Deducibles	$2,750
Copagos	$0
Coseguro	$2,000
Lo Que No Se Cubre	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Rosa es:	**$4,810**

Controlando la Diabetes Tipo 2 de José (Cobertura de Empleado Solamente)

(Un año de asistencia médica de rutina dentro de la red para un buen control de la enfermedad)

- **Deducible general del plan** — **$2,750**
- **Copago visita al consultorio del especialista** — **20%**
- **Coseguro hospital (instalación médica)** — **20%**
- **Otro tipo de coseguro** — **20%**

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:
Visitas al consultorio del médico primario (*PCP*)
(*incluyendo recursos educativos sobre la enfermedad)*
Pruebas Diagnósticas (*análisis de sangre*)
Medicinas recetadas
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo Total del Ejemplo	**$7,400**
En este ejemplo, José pagaría:	
Costo Compartido	
Deducibles	$2,750
Copagos	$0
Coseguro	$900
Lo Que No Se Cubre	
Límites o exclusiones	$20
El total que pagaría José es:	**$3,670**

La Fractura Simple de María (Cobertura de Empleado Solamente)

(Visita a la sala de emergencias dentro de la red con seguimiento médico)

- **Deducible general del plan** — **$2,750**
- **Copago visita al consultorio del especialista** — **20%**
- **Coseguro hospital (instalación médica)** — **20%**
- **Otro tipo de coseguro** — **20%**

Este EJEMPLO incluye servicios tales como:
Asistencia médica en sala de emergencias
(incluyendo los suministros médicos)
Pruebas de Diagnóstico (*radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo Total del Ejemplo	**$1,900**
En este ejemplo, María pagaría:	
Costo Compartido	
Deducibles	$1,900
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo Que No Se Cubre	
Límites o exclusiones	$0
El total que pagaría María es:	**$1,900**

Nota: Si su **plan** tiene un programa de bienestar físico y usted decide participar en el mismo, es posible que pueda reducir sus costos.

*Nota: Este **plan** tiene otros **deducibles** para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la sección “¿Existen otros **deducibles** para servicios específicos?” Remítase a la sección correspondiente arriba.

El **plan** sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos presentados como EJEMPLO.

Tecnología de Asistencia

Las personas que utilizan la tecnología de asistencia podrían no tener acceso completo a la siguiente información. Para recibir ayuda llame al 1-800-222-9205.

Teléfono Inteligente o Tableta

Para poder ver los documentos en su teléfono inteligente o tableta, se requiere que tenga la aplicación gratis de WinZip. Podría estar disponible a través de su Tienda de Aplicaciones “App Store”.

Aviso de No Discriminación

Aetna cumple con las leyes federales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina a nadie por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad ni sexo. Aetna no excluye ni trata de manera diferente a ninguna persona por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad ni sexo.

Aetna:

- Proporciona, a personas con impedimentos de comunicación, ayuda y servicios gratuitos tales como:
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (con impresión en letra grande, mensajes de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona, a personas cuyo idioma primario no es el inglés, servicios lingüísticos gratuitos tales como:
  - Intérpretes cualificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Aetna no le ha proporcionado estos servicios o que le ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, incapacidad o sexo, puede presentar su queja dirigiéndose al: Civil Rights Coordinator, PO Box 14462, Lexington, KY 40512, 1-800-648-7817, TTY 711, Fax 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

Los Miembros del Plan HMO/HNO de California, pueden dirigirse al: Civil Rights Coordinator, PO Box 24030 Fresno CA, 93779, 1-800-648-7817, TTY 711, Fax 860-262-7705, CRCoordinator@aetna.com. Usted puede presentar su queja en persona, por correo regular, fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está en la mejor disposición de ayudarle. Usted puede presentar electrónicamente las quejas relacionadas con derechos civiles, dirigiéndose al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights Complaint Portal*), disponible en el https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien por correo regular o por teléfono, dirigiéndose al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en el http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Aetna es la marca utilizada para productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, incluyendo Aetna Life Insurance Company, los planes de Conventry Health Care y sus afiliados.

TTY: 711

Ayuda en Otros Idiomas:

Para recibir ayuda en su idioma, llame gratis al 1-800-222-9205.

Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-800-222-9205.

Amharic - ለ ቋ ን ቋ እ ገ ዛ በ አ ማ ር ኛ በ 1-800-222-9205 በ ነ ጻ ይደውሉ

Arabic - 1-800-222-9205 للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني

Armenian - Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-800-222-9205 առանց գնով:

Bahasa Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-222-9205 tanpa dikenakan biaya.

Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi nomero 1-800-222-9205 ku busa

Bengali-Bangala - বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বিনামুল্যে 1-800-222-9205-তে কল করুন।

Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-800-222-9205 nga walay bayad. Burmese - ကြေးနွက်ခံစရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-800-222-9205 ကို ခေါ်ဆိုပါ။ Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-800-222-9205.

Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ågang 1-800-222-9205 sin gåstu.

Cherokee - ᎾᏍᎩ Ꮎ Ꮥ ᏬᏂᎯᏍᏗ Ꮷ ᏂᏍᏆᏂ ᏍᎩ Ꮎ Ꮵ Ꭲ (ᏣᎳᎩ) ᎧᏃ ᏔᏕᎢ Ꮥ 1-800-222-9205 ᏅᎾᎢ Ꮭ ᎪᎱ ᏍᏗ Ꮷ Ꭼ ᏩᏁ Ꮷ ᏂᏲ ᏒᎾ.

Chinese - 欲取得繁體中文語言協助，請撥打1-800-222-9205，無需付費。

Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi I paya hinla 1-800-222-9205.

Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-800-222-9205 irratti bilisaan bilbilaa.

Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-800-222-9205. French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-800-222-9205 sans frais. French

Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-800-222-9205 gratis.

German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-800-222-9205 an.

Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-800-222-9205 χωρίς χρέωση.

Gujarati - ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-800-222-9205 પર કૉલ કરો.

Hawaiian - No ke kōkua ma ka ʻōlelo Hawaiʻi, e kahea aku i ka helu kelepona 1-800-222-9205. Kāki ʻole ʻia kēia kōkua nei.

Hindi - हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 1-800-222-9205 पर मुफ्त कॉल करें।

Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-800-222-9205.

Ibo - Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-800-222-9205 na akwụghị ụgwọ ọ bụla

Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-800-222-9205 nga awan ti bayadanyo.

Italian - Per ricevere assistenza in italiano, basterà chiamare gratuitamente il 1-800-222-9205.

Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-800-222-9205 まで無料でお電話ください。

Karen - v>w>frRp>Rw>fuwdRusd.ft*D>f usd.f ud; 1-800-222-9205 v>wtd.f'D;w>fv>mfbl.fv>mfphRb.f

Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-800-222-9205 번으로 전화해 주십시오.

Kru-Bassa - Ɓɛ́ m̀ ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi ɖé Ɓǎsɔ́ɔ̀-wùɖùǔn wɛ̃ɛ, ɖá 1-800-222-9205

Kurdish - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-222-9205 به خۆڕایی پەیوەندی بکەن.

Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-222-9205 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.

Marathi - तीलभाषा(मराठी) सहाय्यासाठी1-800-222-9205 क्रमांकावरकोणत्याहीखर्चाशवियकॉलकरा.

Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-800-222-9205 ilo ejjelok wōnān.

Micronesian-Pohnpeyan - Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-800-222-9205 ni sohte isais.

Mon-Khmer, Cambodian - សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-222-9205 ដោយឥតគិតថ្លៃ។

Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-800-222-9205

Nepali - (नेपाली) मा नःशुिल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-800-222-9205मा फोन गर्नुहोस् ।

Nilotic-Dinka - Tën kuɔɔny ë thok ë Thuɔŋjäŋ cɔl 1-800-222-9205 kecïn aɣöc.

Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-800-222-9205 kostnadsfritt.

Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-800-222-9205 'ਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Pennsylvania Dutch - Fer Helfe in Deitsch, ruf: 1-800-222-9205 aa. Es Aaruf koschtet nix.

Persian - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-800-222-9205 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی

Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-800-222-9205.

Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-800-222-9205 gratuitamente.

Romanian - Pentru asistenţă lingvistică în româneşte telefonaţi la numărul gratuit 1-800-222-9205

Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-800-222-9205.

Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-800-222-9205 e aunoa ma se totogi.

Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-800-222-9205.

Spanish - Para obtener asistencia en español, llame gratis al 1-800-222-9205.

Sudanic-Fulfude - Fii yo on heɓu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero ɗoo 1-800-222-9205. Njodi woo fawaaki on.

Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-800-222-9205 bila malipo.

- Syriac ܐܢ ܐܢܬ ܣܢܝܩܐ ܠܡܥܕܪܢܘܬܐ ܒܠܫܢܐ ܐܬܘܪܝܐ ܩܪܝ ܥܠ ܡܢܝܢܐ 1-800-222-9205 ܡܓܢܐܝܬ.

Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-800-222-9205 nang walang bayad.

Telugu - భషతో సయంకొరకు ఎలాంటి ఖర్చు లేకుండా 1-800-222-9205 కు కాల్ చేయండి. (తెలుగు)

Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-800-222-9205 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย

Tongan - Kapau ‘oku fiema'u hā tokoni ‘i he lea faka-Tonga telefoni 1-800-222-9205 ‘o ‘ikai hā tōtōngi.

Trukese - Ren áninnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkééri 1-800-222-9205 nge esapw kamé ngonuk.

Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemeden 1-800-222-9205.

Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-800-222-9205.

Urdu - اردو میں لسانی معاونت کے لیے 1-800-222-9205 پر مفت کال کریں

Vietnamese - Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-800-222-9205.

Yiddish - פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-800-222-9205 פריי פון אפצאל.

Yoruba - Fún ìrànlọ́wọ́ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-800-222-9205 lái san owó kankan rárá.