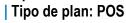


MICHAELS STORES, INC.: Aetna Choice® POS II - CHOICE HSA PLAN

Cobertura para: Empleado solamente; Empleado + Familia





El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un <u>plan</u> de salud. El SBC muestra cómo usted y el <u>plan</u> compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este <u>plan</u> (denominado <u>prima</u>) 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 1-888-982-3862. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como <u>cantidad permitida</u>, <u>facturación de saldo</u>, <u>coseguro</u>, <u>copago</u>, <u>deducible</u>, <u>proveedor</u> u otros términos <u>subrayados</u>, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-888-982-3862 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el <u>deducible</u> total?	Por cada año del <u>plan</u> , dentro de la <u>red</u> : empleado solamente: \$1,750; empleado + familia: \$3,500. Fuera de la red: empleado solamente: \$5,000; empleado + familia: \$12,500.	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 la póliza, se debe alcanzar el <u>deducible</u> familiar general antes de que este <u>plan</u> comience a pagar.
¿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 https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No debe pagar <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuánto es el <u>límite de</u> gastos de bolsillo para este plan?	Dentro de la <u>red</u> : empleado solamente: \$5,000; empleado + familia: individual \$5,000/familiar \$12,500. Fuera de la red: empleado solamente: \$10,000; empleado + familia: individual \$10,000/familiar \$20,000.	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</u> gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, atención médica que este plan no cubre y sanciones por no obtener la autorización previa 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</u> red, visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-877-372-3862.	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 <u>referencia</u> para atenderse con un <u>especialista</u> ?	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.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que us Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	ted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si acude al consultorio o clínica del	Consulta con un <u>especialista</u>	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
<u>proveedor</u>	Atención preventiva/evaluación/vacunas	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	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 examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que us Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	ted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Medicamentos <u>preventivos</u>	\$0 de copago por genéricos e insulina con receta (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	Algunos medicamentos genéricos preventivos (incluidos ciertos anticonceptivos) y la insulina están cubiertos sin cargo. Cubre hasta 30 días para medicamentos al por menor y 90 días para pedidos por correo.
Si necesita un medicamento para	Medicamentos genéricos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	Cubre un suministro de 30 días (al por menor) y un suministro de 31 a 90 días (pedidos por correo). Incluye medicamentos y dispositivos
tratar su enfermedad o condición médica.	Medicamentos de marca preferidos	20 % de <u>coseguro</u> (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	anticonceptivos disponibles en las farmacias. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la
La cobertura de medicamentos con receta médica está administrada por OptumRx Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en www.optumrx.com	Medicamentos de marca no preferidos	50 % de <u>coseguro</u> con un mínimo de \$100 y un máximo de \$250 (al por menor y pedidos por correo).	Sin cobertura.	Administración de Álimentos 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. Su costo será superior por elegir medicamentos de marca en lugar de genéricos, salvo que se receten con la leyenda "Dispense as Written" (dispensar según lo indicado). Medicamentos de mantenimiento: Después de surtir dos recetas en una farmacia al por menor, los miembros deben obtener un suministro de 90 días en una farmacia de CVS de venta al por menor o a través del servicio por correo de OptumRx.
www.optamirx.com	Medicamentos de especialidad	20 % de <u>coseguro</u> con un máximo de \$200 (genéricos) y un máximo de \$250 (preferidos); 50 % de <u>coseguro</u> con un máximo de \$350 (no preferidos).	Sin cobertura.	Todas las recetas se deben surtir mediante OptumRx Specialty Pharmacy.
Si le hacen una	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
cirugía ambulatoria	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que us Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	ted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita	Atención en la Sala de Emergencias	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
atención médica inmediata	Transporte médico de emergencia	20 % de <u>coseguro</u> .	20 % de <u>coseguro</u> .	La atención de emergencia fuera de la <u>red</u> se paga igual que dentro de la <u>red</u> . Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	Atención de urgencia	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si necesita	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> previa para atención fuera de la red.
hospitalización	Tarifas del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud de comportamiento o	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro.	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de coseguro.	Ninguna.
de abuso de sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> previa para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios</u> <u>preventivos</u> . La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de \$400 por no obtener la
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	autorización previa para atención fuera de la red.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que us Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	ted pagará Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
	Atención médica en el hogar	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	60 visitas/año del <u>plan</u> . Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
Si necesita	Servicios de rehabilitación	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	Ninguna.
servicios de recuperación o	Servicios de habilitación	20 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
tiene otras necesidades especiales de salud	Atención de enfermería especializada	20 % de <u>coseguro</u> .	50 % de <u>coseguro</u> .	60 días/año del <u>plan</u> . Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización previa</u> para atención fuera de la red.
	Equipo médico duradero	20 % 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 de hospicio	20 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Sanción de \$400 por no obtener la <u>autorización</u> previa para atención fuera de la red.
	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	50 % de <u>coseguro</u> .	1 examen de rutina de la vista/año del <u>plan</u> .
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	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).

- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).

- Audífonos.
- Atención a largo plazo.
 - Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Enfermería particular.
- 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).

- Acupuntura: Máximo de \$1,000 por año del plan combinada con cuidado quiropráctico. Cirugía bariátrica: Limitada únicamente a centros contratados de Institutes of Quality con un máximo de \$20,000 de por vida.
- Cuidado quiropráctico: Máximo de \$1,000/año del plan combinado con acupuntura.
- Tratamiento para la infertilidad: Limitado al diagnóstico y al tratamiento de la afección médica subvacente.
- Atención de rutina para la vista (adultos): 1 examen de rutina de la vista por año del plan.

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 <u>plan</u> al 1-888-982-3862.
- 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 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 <u>plan</u> también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su <u>plan</u>. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-888-982-3862. 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 <u>Mercado</u>.

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>	\$1,750
Coseguro de especialista	20 %
 Coseguro del hospital (establecimiento) 	20 %
Otro coseguro	20 %

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)

Consulta con un especialista (anestesia)

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	\$1,750
Coseguro de especialista	20 %
Coseguro del hospital (establecimiento)	20 %
■ Otro cose quro	20 %

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Visitas en el consultorio del <u>médico de atención</u> <u>primaria</u> (incluye la educación sobre enfermedades)

Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero (glucómetro)

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>	\$1,750
Coseguro de especialista	20 %
Coseguro del hospital (establecimiento)	20 %
■ Otro <u>coseguro</u>	20 %

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	\$12,700	
En este ejemplo, Peg pagaría:		
Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$1,750	
Copagos	\$0	
Coseguro	\$2,000	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$60	
El total que Peg pagaría es	\$3,810	

Costo total del ejemplo	\$5,600	
En este ejemplo, Joe pagaría:		
Costos compartidos		
Deducibles	\$1,750	
Copagos	\$0	
Coseguro	\$700	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$20	
El total que Joe pagaría es	\$2,470	

Costo total del ejemplo	\$2,800	
En este ejemplo, Mía pagaría:		
Costos compartidos		
<u>Deducibles</u>	\$1,750	
Copagos	\$0	
Coseguro	\$200	
Lo que no está cubierto		
Límites o exclusiones	\$0	
El total que Mía pagaría es	\$1,950	

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, 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).

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 1-888-982-3862 at no cost.

Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-888-982-3862.

Amharic - ለቋንቋ እንዛ በ አማርኛ በ 1-888-982-3862 በነጻ ይደውሉ

للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-982-3862 الرجاء الاتصال على الرقم المجاني

Armenian - Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-888-982-3862 առանց գնով։

Bahasa Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-888-982-3862 tanpa dikenakan biaya.

Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi nomero 1-888-982-3862 ku busa

Bengali-Bangala - বাংলাম ভাষা সহায়তার জন্য বিনাম্ল্যে 1-888-982-3862-তে কল করুন।

Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-888-982-3862 nga walay bayad.

Burmese - ငွေကုန်ကျစံစရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-888-982-3862 ကို ခေါ် ဆိုပါ။

Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-888-982-3862.

Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ågang 1-888-982-3862 sin gåstu.

Chinese - 欲取得繁體中文語言協助,請撥打1-888-982-3862,無需付費。

Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi I paya hinla 1-888-982-3862.

Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-888-982-3862 irratti bilisaan bilbilaa.

Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-888-982-3862.

French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-888-982-3862 sans frais.

French Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-888-982-3862 gratis.

German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-888-982-3862 an.

Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-888-982-3862 χωρίς χρέωση.

Gujarati - ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-888-982-3862 પર કૉલ કરો.

Hawaiian - No ke kōkua ma ka 'ōlelo Hawai'i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-888-982-3862. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.

Hindi- हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 1-888-982-3862 पर मुफ्त कॉल करें।

Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-888-982-3862.

lbo - Maka enyemaka asusu na Igbo kpoo 1-888-982-3862 na akwughi ugwo o bula

llocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-888-982-3862 nga awan ti bayadanyo.

Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-888-982-3862.

Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-888-982-3862 まで無料でお電話ください。

Karen - လာတာမ်ာစားတာကတားကျိုဘ်အင်္ဂါ ကျိုဘ် ကိုး 1-888-982-3862 လာတအိုဘိုဒီးတာ်လာဘ်ဘူဉ်လာဘ်စားဘာဉ်

Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-888-982-3862 번으로 전화해 주십시오.

Kru-Bassa - Be´m`ké gbo-kpá-kpá dyé pidyi dé Bašsoó-wuduùn wee, dá 1-888-982-3862

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 3862-982-1-888 به خور ایی پهیوهندی بکنن.

Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລນາໂທຫາ 1-888-982-3862 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.

Marathi - कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-888-982-3862 वर फोन करा.

Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-888-982-3862 ilo ejjelok wōnān.

Micronesian-

Pohnpeyan - Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-888-982-3862 ni sohte isais.

Mon-Khmer, សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខុមរំ សូមទូសេ័ពទទៅកាន់លខេ 1-888-982-3862 ដោយឥតគិតថ្លាំ។

Cambodian -

Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínízingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-888-982-3862

Nepali - (नेपाली) मा निःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-888-982-3862 मा फोन गर्नुहोस् ।

Nilotic-Dinka - Tën kupony ë thok ë Thuonjan col 1-888-982-3862 kecin ayöc.

Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-888-982-3862 kostnadsfritt.

Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-888-982-3862 'ਤੇ ਮੁਫ਼ਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Pennsylvania Dutch - Fer Helfe in Deitsch, ruf: 1-888-982-3862 aa. Es Aaruf koschtet nix.

برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 3862-982-1888 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی Persian -

Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-982-3862.

Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-888-982-3862 gratuitamente.

Romanian - Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-888-982-3862

Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-888-982-3862.

Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-888-982-3862 e aunoa ma se totogi.

Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-888-982-3862.

Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-888-982-3862.

Sudanic-Fulfude - Fii yo on heɓu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero ɗoo 1-888-982-3862. Njodi woo fawaaki on.

Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-888-982-3862 bila malipo.

Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-888-982-3862 nang walang bayad.

Telugu - భాషతో సాయం కొరకు ఎలాంటి ఖర్పు లేకుండా 1-888-982-3862 కు కాల్ చేయండి. (తెలుగు)

Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-888-982-3862 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย

Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-888-982-3862 'o 'ikai hā ōtōngi.

Trukese - Ren áninnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkééri 1-888-982-3862 nge esapw kamé ngonuk.

Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemeden 1-888-982-3862.

Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-888-982-3862.

بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 3862-982-982 . پر بات کریں۔ Urdu -

Vietnamese - Đê 'được hố trợ ngôn ngư bằng (ngôn ngư), hấy gọi miến phi 'đến số 1-888-982-3862.

Yiddish- פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-888-982-3862 פריי פון אפצאל.

Yoruba - Fún ìrànlowo nípa èdè (Yorùbá) pe 1-888-982-3862 lái san owó kankan rárá.