



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=0760133&Y=23> 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?	No.	No debe pagar deducibles por servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Dentro de la red : individual \$1,500/familiar \$3,000.	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://aetna.com/providersearch o llame al 1-844-365-7373. Seleccione "2023 TX Aetna CVS Silver 1: HMO CSR 94 ON".	Este plan utiliza una red de proveedores . Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan . Pagará el máximo 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.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Consulta con un especialista	\$5 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: sin cargo; radiografías: 20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Se aplica a los servicios recibidos en el consultorio o en un entorno para pacientes ambulatorios.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Se aplica a los servicios recibidos en el consultorio o en un entorno para pacientes ambulatorios.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en http://aet.na/txiv123 Clientes de planes TX en Texas: Para encontrar estimaciones de costos de medicamentos para consumidores de planes TX, visite https://www.aetna.com/individuals-families/aca-texas-plans.html o llámenos al número gratuito 1-844-393-7139.	Medicamentos genéricos preferidos	Sin cargo para un suministro de hasta 90 días.	Sin cobertura.	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). Se aplica el costo compartido más la diferencia (el costo del medicamento de marca menos el costo del medicamento genérico) al medicamento de marca cuando el genérico esté disponible. No se cobran los anticonceptivos genéricos preferidos para mujeres aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dentro de la red .
	Medicamentos de marca preferidos	\$25 de copago /medicamentos con receta médica para un suministro de hasta 30 días, \$62.50 de copago /medicamentos con receta médica para un suministro de hasta 90 días.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca/genéricos no preferidos	35 % de coseguro para un suministro de hasta 90 días.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad preferidos/no preferidos	40 % de coseguro para un suministro de hasta 30 días.	Sin cobertura.	

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 le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Hospital: 20 % de coseguro ; centro independiente: 10 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	Hospital: 20 % de coseguro ; centro independiente: 10 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	20 % de coseguro .	20 % de coseguro .	El costo compartido de la atención en la Sala de Emergencias fuera de la red es igual que dentro de la red . No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro .	20 % de coseguro .	El costo compartido fuera de la red es igual que dentro de la red .
	Atención de urgencia	\$5 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)	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios: sin cargo; todos los demás servicios para pacientes ambulatorios: 20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	20 % de coseguro .	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	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	

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 necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 60 visitas.
	Servicios de rehabilitación	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 35 visitas combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico.
	Servicios de habilitación	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro .	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	20 % de coseguro .	Sin cobertura.	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	50 % de coseguro .	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses hasta los 19 años de edad.
	Anteojos para niños	50 % de coseguro .	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 1 marco y a 1 par de lentes de contacto o lentes para 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](#)).

- Aborto (excepto cuando la vida de la madre corre peligro o surgen complicaciones).
- Cirugía bariátrica.
- Cirugía plástica.
- Atención dental (adultos y niños).
- Tratamiento para la infertilidad.
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para la vista (adultos).
- 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](#)).

- Acupuntura: La cobertura se limita a 10 visitas.
- Cuidado quiropráctico: La cobertura se limita a 35 visitas combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico.
- Audífonos.
- Enfermería particular: La cobertura se limita a pacientes hospitalizados cuando sea [medicamento necesario](#).

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 para consumidores), (512) 676-6000 (número local), (800) 578-4677 (número gratuito), <https://www.tdi.texas.gov/consumer/index.html>.

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el [plan](#) al 1-844-365-7373.
- Contáctese con el Programa Estatal de Asistencia al Consumidor. Si el departamento de seguros de su estado no ofrece este programa, comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas: Texas Department of Insurance, Consumer Protection, Mail Code 111-1A, 333 Guadalupe, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091, número de teléfono 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 bien, comuníquese con el [Mercado](#) de Seguros Médicos de su estado o con el Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas (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, 1-800-252-3439 (línea de ayuda para consumidores), (512) 676-6000 (número local), (800) 578-4677 (número gratuito), <https://www.tdi.texas.gov/consumer/index.html>.
- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una [apelación](#). Comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas: Texas Department of Insurance, Consumer Protection, Mail Code 111-1A, 333 Guadalupe, P.O. Box 149091, Austin, TX 78714-9091, número de teléfono 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. Fíjese 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](#) \$5
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

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	\$0
Coseguro	\$1,500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$1,560

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](#) \$5
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro [coseguro](#) 20 %

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	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que Joe pagaría es	\$320

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](#) \$5
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 20 %
- Otro [coseguro](#) 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	\$2,800
En este ejemplo, Mía pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	\$0
Copagos	\$10
Coseguro	\$500
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$510

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.

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 de derechos civiles federales vigentes y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, identidad de género u orientación sexual, lo cual es ilegal.

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 a la siguiente dirección:

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.

- Hawaiian - No ke kōkua ma ka ‘ōlelo Hawai‘i, e kahea aku i ka helu kelepona 1-844-365-7373. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
- Hindi - हन्दिी में भाषा सहायता के लएि, 1-844-365-7373 पर मुफ्त कॉल करें।
- Hmong - Yog xav tau kev pab txhais lus Hmoob hu dawb tau rau 1-844-365-7373.
- Ibo - Maka enyemaka asụsụ na Igbo kpọọ 1-844-365-7373 na akwughị ugwo ọ bụla
- Ilocano - Para iti tulong ti pagsasao iti pagsasao tawagan ti 1-844-365-7373 nga awan ti bayadanyo.
- Italian - Per ricevere assistenza linguistica in italiano, può chiamare gratuitamente 1-844-365-7373.
- Japanese - 日本語で援助をご希望の方は、1-844-365-7373 まで無料でお電話ください。
- Karen - လၢတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကတိၤကိၣ်အီၣ်အီၣ် ကိၣ် ကိး 1-844-365-7373 လၢတၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်လၢတၢ်ဘူၣ်လၢတၢ်စ့ၤဘၣ်
- Korean - 한국어로 언어 지원을 받고 싶으시면 무료 통화번호인 1-844-365-7373 번으로 전화해 주십시오.
- Kru-Bassa - Be'm'ké gbo-kpá-kpá dyé pídyi dé Bāsów'-wuḍuũñ wɛɛ, dá 1-844-365-7373
- Kurdish - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-844-365-7373 به خورایی پیوندی بکن.
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-844-365-7373 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशिविय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी, 1-844-365-7373 वर फोन करा.
- Marshallese - Ñan bōk jipañ ilo Kajin Majol, kallok 1-844-365-7373 ilo ejjelok wōnān.
- Micronesian - Pohnpeyan Ohng palien sawas en soun kawewe ni omw lokaia Ponape koahl 1-844-365-7373 ni sohte isais.
- Mon-Khmer, Cambodian - សម្រាប់ជំនួយភាសាជា ភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទទេៅកាន់លេខ 1-844-365-7373 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínizingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíík'e hólne' 1-844-365-7373
- Nepali - (नेपाली) मा नःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-844-365-7373 मा फोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tèn kuwoɲy ë thok ë Thuwoŋjäŋ cɔl 1-844-365-7373 keciŋ ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-844-365-7373 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵੀਚੋਂ ਭਾਸ਼ਾਈ ਮਦਦ ਲਈ, 1-844-365-7373 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Pennsylvania Dutch - Fer Hefle in Deitsch, ruf: 1-844-365-7373 aa. Es Aaruf koschtet nix.

- Persian - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-844-365-7373 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. انگلیسی
- Polish - Aby uzyskać pomoc w języku polskim, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-844-365-7373.
- Portuguese - Para obter assistência linguística em português ligue para o 1-844-365-7373 gratuitamente.
- Romanian - Pentru asistență lingvistică în românește telefonați la numărul gratuit 1-844-365-7373
- Russian - Чтобы получить помощь русскоязычного переводчика, позвоните по бесплатному номеру 1-844-365-7373.
- Samoan - Mo fesoasoani tau gagana I le Gagana Samoa vala'au le 1-844-365-7373 e aunoa ma se totoi.
- Serbo-Croatian - Za jezičnu pomoć na hrvatskom jeziku pozovite besplatan broj 1-844-365-7373.
- Spanish - Para obtener asistencia lingüística en español, llame sin cargo al 1-844-365-7373.
- Sudanic-Fulfude - Fii yo on hebu balal e ko yowitii e haala Pular noddee e oo numero doo 1-844-365-7373 Njodi woo fawaaki on.
- Swahili - Ukihitaji usaidizi katika lugha ya Kiswahili piga simu kwa 1-844-365-7373 bila malipo.
- Syriac - ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ ܩܘܠܘܢܝܢ 1-844-365-7373 ܩܘܠܘܢܝܢ.
- Tagalog - Para sa tulong sa wika na nasa Tagalog, tawagan ang 1-844-365-7373 nang walang bayad.
- Telugu - భృషణీ సయం కీరకం ఎలంటి ఖరీచు లీకుండూ 1-844-365-7373 కు కలి చీయండి. (తెలుగు)
- Thai - สำหรับความช่วยเหลือทางด้านภาษาเป็น ภาษาไทย โทร 1-844-365-7373 ฟรีไม่มีค่าใช้จ่าย
- Tongan - Kapau 'oku fiema'u hā tokoni 'i he lea faka-Tonga telefoni 1-844-365-7373 'o 'ikai hā tōtōngi.
- Trukese - Ren ánnisin chiakú ren (Kapasen Chuuk) kopwe kékkéeri 1-844-365-7373 nge esapw kamé ngonuk.
- Turkish - (Dil) çağrısı dil yardım için. Hiçbir ücret ödemedemeden 1-844-365-7373.
- Ukrainian - Щоб отримати допомогу перекладача української мови, зателефонуйте за безкоштовним номером 1-844-365-7373.
- Urdu - بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، 1-844-365-7373 پر بات کریں
- Vietnamese - Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng (ngôn ngữ), hãy gọi miễn phí đến số 1-844-365-7373.
- Yiddish - פאר שפראך הילף אין אידיש רופט 1-844-365-7373 פון אפצאל.
- Yoruba - Fún irànṣọwọ nípa èdè (Yorùbá) pe 1-844-365-7373 láí san owó kankan rárá.