



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=0760135&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? | Dentro de la red : individual \$4,700/familiar \$9,400. | En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan , cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagada por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general. |
| ¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | Sí. Ciertas visitas al consultorio, la atención preventiva y la atención de urgencia dentro de la red . | Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible . Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿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 \$8,500/familiar \$17,000. | 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.providersearch.aetna o llame al 1-844-365-7373. Seleccione "2023 TX Aetna CVS Silver 2: HMO OFF PD". | 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 | \$25 de copago /visita, no se aplica el deducible . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Consulta con un especialista | \$50 de copago /visita, no se aplica el deducible . | 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) | 40 % 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) | 40 % 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 | \$15 de copago /medicamentos con receta médica para un suministro de hasta 30 días, \$37.50 de copago /medicamentos con receta médica para un suministro de hasta 90 días, no se aplica el deducible . | 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 | \$55 de copago /medicamentos con receta médica para un suministro de hasta 30 días, \$137.50 de copago /medicamentos con receta médica para un suministro de hasta 90 días. | Sin cobertura. | |
| | Medicamentos de marca/genéricos no preferidos | 40 % de coseguro para un suministro de hasta 90 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) | |
| | Medicamentos de especialidad preferidos/no preferidos | 50 % de coseguro para un suministro de hasta 30 días. | Sin cobertura. | El abastecimiento inicial de todos los medicamentos con receta médica de especialidad debe surtir a través de una farmacia de especialidad de la red , excepto en situaciones de urgencia. Es posible que su plan incluya acceso a farmacias minoristas de CVS para ciertos medicamentos de especialidad . |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria) | Hospital: 40 % de coseguro ; centro independiente: 20 % de coseguro . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Tarifas del médico/cirujano | Hospital: 40 % de coseguro ; centro independiente: 20 % de coseguro . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la Sala de Emergencias | 40 % de coseguro . | 40 % 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 | 40 % de coseguro . | 40 % de coseguro . | El costo compartido fuera de la red es igual que dentro de la red . |
| | Atención de urgencia | \$50 de copago /visita, no se aplica el deducible . | Sin cobertura. | No hay cobertura para atención que no es de urgencia. |
| Si necesita hospitalización | Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital) | 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Tarifas del médico/cirujano | 40 % 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: \$25 de copago /visita, no se aplica el deducible ; todos los demás servicios para pacientes ambulatorios: 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | Ninguna. |

| Circunstancia médica común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|--|---|
| | | Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo) | |
| Si 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 | 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | |
| | Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto | 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | La cobertura se limita a 60 visitas. |
| | Servicios de rehabilitación | 40 % 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 | 40 % de coseguro . | Sin cobertura. | Ninguna. |
| | Atención de enfermería especializada | 40 % 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 | 40 % 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 | 0 % de coseguro . | Sin cobertura. | La cobertura se limita a 2 exámenes cada 12 meses hasta los 19 años de edad. |

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 [médicamente 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](#) \$4,700
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40 %
- Otro [coseguro](#) 40 %

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 | \$4,700 |
| Copagos | \$10 |
| Coseguro | \$2,700 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$60 |
|-----------------------|------|

El total que Peg pagaría es \$7,470

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](#) \$4,700
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40 %
- Otro [coseguro](#) 40 %

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 | \$3,200 |
| Copagos | \$800 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|------|
| Límites o exclusiones | \$20 |
|-----------------------|------|

El total que Joe pagaría es \$4,020

Fractura simple de Mía

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$4,700
- [Copago](#) de [especialista](#) \$50
- [Coseguro](#) del hospital (establecimiento) 40 %
- Otro [coseguro](#) 40 %

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 | \$2,300 |
| Copagos | \$100 |
| Coseguro | \$0 |

Lo que no está cubierto

| | |
|-----------------------|-----|
| Límites o exclusiones | \$0 |
|-----------------------|-----|

El total que Mía pagaría es \$2,400

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 - हन्दी में भाषा सहायता के लए, 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 - လာတၢ်မၤစၢၤတၢ်ကတိၤတၢ်အိၣ်အီၣ် ကိၣ် ကိး 1-844-365-7373 လာတၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်လာၣ်တၢ်တၢ်တၢ်တၢ်တၢ်
- 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 Bǎsɔ́-wuḍuũn wɛ́ɛ, dǎ 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 शुल्काशुलक 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 សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-844-365-7373 ដោយឥតគិតថ្លៃ។
- Navajo - T'áá shi shizaad k'ehjí bee shíká a'doowol nínizingo Diné k'ehjí koji' t'áá jíik'e hólne' 1-844-365-7373
- Nepali - (नेपाली) मा नःशुल्क भाषा सहायता पाउनका लागि 1-844-365-7373 मा फोन गर्नुहोस् ।
- Nilotic-Dinka - Tën kuwoony ë thok ë Thuonjān cɔl 1-844-365-7373 kecīn ayōc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-844-365-7373 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚੋਂ ਭਾਸ਼ਾਈ ਸਹਾਇਤਾ ਲਈ, 1-844-365-7373 'ਤੇ ਮੁਫਤ ਕਾਲ ਕਰੋ।
- Pennsylvania Dutch - Fer Hilfe in Deitsch, ruf: 1-844-365-7373 aa. Es Aaruf koschtet nix.

