



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=0765085&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 ?	Sí.	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 ?	No se aplica.	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 ?	No se aplica.	Este plan no tiene un límite de gastos de bolsillo para usted.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red ?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de Indian Health Care Provider (IHCP) o de aquellos no participantes en IHCP, visite https://aet.na/providersearch_aetna o llame al 1-844-365-7373. Seleccione "2023 TX Aetna CVS Gold: HMO AI/AN CSR \$0 ON Standard".	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 ?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación .

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care Provider (IHCP) o no participante en IHCP (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	Sin cargo.	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)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care Provider (IHCP) o no participante en IHCP (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
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/no preferidos	Sin cargo.	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	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de marca no preferidos	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Medicamentos de especialidad preferidos/no preferidos	Sin cargo para un suministro de hasta 30 días.	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo.	Sin cargo.	El costo compartido de la atención en la Sala de Emergencias fuera de la red es igual para proveedores de IHCP o no participantes en IHCP. No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo.	Sin cargo.	El costo compartido fuera de la red es igual para proveedores de IHCP o no participantes en IHCP.
	Atención de urgencia	Sin cargo.	Sin cobertura.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de Indian Health Care Provider (IHCP) o no participante en IHCP (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al consultorio y todos los demás servicios para pacientes ambulatorios: sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo.	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	Sin cargo.	Sin cobertura.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo.	Sin cobertura.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 60 visitas.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 35 visitas combinadas para fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y cuidado quiropráctico.
	Servicios de habilitación	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 25 días.
	Equipo médico duradero	Sin cargo.	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	Sin cargo.	Sin cobertura.	Ninguna.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo.	Sin cobertura.	La cobertura se limita a 1 examen cada 12 meses hasta los 19 años de edad.
	Anteojos para niños	Sin cargo.	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 [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](#) \$0
- [Copago](#) de [especialista](#) \$0
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$0
- Otro [copago](#) \$0

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:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que Peg pagaría es	\$60

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](#) \$0
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$0
- Otro [copago](#) \$0

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

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](#) \$0
- [Copago](#) del hospital (establecimiento) \$0
- Otro [copago](#) \$0

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:	
<u>Costos compartidos</u>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que Mía pagaría es	\$0

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.

TTY: 711

Servicio de acceso a idiomas:

For language assistance in your language call 1-844-365-7373 at no cost.

- Albanian - Për asistencë në gjuhën shqipe telefononi falas në 1-844-365-7373.
- Amharic - ለቋንቋ እገዛ በ አማርኛ በ 1-844-365-7373 በነጻ ይደውሉ
- Arabic - للمساعدة في (اللغة العربية)، الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-844-365-7373
- Armenian - Լեզվի ցուցաբերած աջակցության (հայերեն) զանգի 1-844-365-7373 առանց գնով:
- Bahasa-Indonesia - Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-844-365-7373 tanpa dikenakan biaya.
- Bantu-Kirundi - Niba urondera uwugufasha mu Kirundi, twakure kuri iyi numero 1-844-365-7373 ku busa
- Bengali-Bangala - বাংলায় ভাষা সহায়তার জন্য বনিমূল্যে 1-844-365-7373-তে কল করুন।
- Bisayan-Visayan - Alang sa pag-abag sa pinulongan sa (Binisayang Sinugboanon) tawag sa 1-844-365-7373 nga walay bayad.
- Burmese - ငွေကုန်ကျခံစရာမလိုဘဲ (မြန်မာဘာသာစကား)ဖြင့် ဘာသာစကားအကူအညီရယူရန် 1-844-365-7373 ကို ခေါ်ဆိုပါ။
- Catalan - Per rebre assistència en (català), truqui al número gratuït 1-844-365-7373.
- Chamorro - Para ayuda gi fino' (Chamoru), ágang 1-844-365-7373 sin gástu.
- Cherokee - ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ (GWY) ᎠᎵᎩᎠᎵ 1-844-365-7373 ᎠᎵᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ ᎠᎵᎩᎠᎵ.
- Chinese - 欲取得繁體中文語言協助，請撥打 1-844-365-7373，無需付費。
- Choctaw - (Chahta) anumpa ya apela a chi l paya hinla 1-844-365-7373.
- Cushite - Gargaarsa afaan Oromiffa hiikuu argachuuf lakkokkofsa bilbilaa 1-844-365-7373 irratti bilisaan bilbilaa.
- Dutch - Bel voor tolk- en vertaaldiensten in het Nederlands gratis naar 1-844-365-7373.
- French - Pour une assistance linguistique en français appeler le 1-844-365-7373 sans frais.
- French Creole - Pou jwenn asistans nan lang Kreyòl Ayisyen, rele nimewo 1-844-365-7373 gratis.
- German - Benötigen Sie Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache? Rufen Sie uns kostenlos unter der Nummer 1-844-365-7373 an.
- Greek - Για γλωσσική βοήθεια στα Ελληνικά καλέστε το 1-844-365-7373 χωρίς χρέωση.
- Gujarati - ગુજરાતીમાં ભાષામાં સહાય માટે કોઈ પણ ખર્ચ વગર 1-844-365-7373 પર કોલ કરો.

- 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 - हिन्दी में भाषा सहायता के लिए, 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 - လာဘ်မစားဘဲ ကတိကုတ်အင်္ဂါ ကို နိ: 1-844-365-7373 လာဘ်အိတ်ဒီးဘ်လာဘ်ဘူလာဘ်စုဘာ
- 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 Bašwó-wuḍuñ wεε, dá 1-844-365-7373
- Kurdish - برای راهنمایی به زبان فارسی با شماره 1-844-365-7373 به خورایی په یه موندی بکمن.
- Laotian - ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາລາວ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-844-365-7373 ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໂທ.
- Marathi - कोणत्याही शुल्काशुधिय 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 nínízingo 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 - Tën kuwoony ë thok ë Thuonjäng col 1-844-365-7373 kecïn ayöc.
- Norwegian - For språkassistanse på norsk, ring 1-844-365-7373 kostnadsfritt.
- Panjabi - ਪੰਜਾਬੀ ਵੱਲੋਂ ਭਾਸ਼ਾਈ ਮਦਦ 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.

