



福利和承保范围摘要 (SBC) 文件将帮助您选择一个健康计划。SBC 会向您展示您以及计划将如何分摊承保健康护理服务的费用。注意：有关本计划费用（称为**保费**）的信息将单独提供。本文件只是一份摘要。如需有关承保的更多信息，或完整承保条款的副本，请访问 [www.HealthReformPlanSBC.com](http://www.HealthReformPlanSBC.com) 或致电 1-800-370-4526。关于常用术语的一般定义，例如**允许额**、**差额收费**、**共同保险**、**共付额**、**免赔额**、**医疗服务提供者**或其他**标有下划线的术语**，请参见词汇表。可上网查看词汇表，网址：<https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/>，或致电 1-800-370-4526 索取副本。

| 重要问题                                 | 答案                                                                                                                  | 重要说明：                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 总 <b>免赔额</b> 是多少？                    | 网络内：个人 \$200/家庭 \$400。<br>网络外：个人 \$200/家庭 \$400。                                                                    | 一般来说，您必须支付 <b>医疗服务提供者</b> 的所有费用并达到 <b>免赔额</b> 金额后，本计划才开始付费。如果其他家庭成员在本计划中，每个家庭成员必须达到其自身的 <b>免赔额</b> 要求，直到所有家庭成员支付的 <b>免赔额</b> 总金额达到整体家庭 <b>免赔额</b> 要求。                                                                                                                                                        |
| 是否有在您达到 <b>免赔额</b> 要求之前会承保的服务？       | 是。诊室就诊、处方药、门诊医院服务与 <b>预防性护理</b> 在达到 <b>免赔额</b> 要求之前承保。                                                              | 即使您尚未达到 <b>免赔额</b> 金额要求，本计划也会承保一些项目和服务。但 <b>共付额</b> 或 <b>共同保险</b> 可能适用。例如，本计划在您达到 <b>免赔额</b> 要求之前，会承保某些 <b>预防性服务</b> ，且无 <b>费用分摊</b> 。要查看承保的 <b>预防性服务</b> 列表，请访问 <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> 。 |
| 是否有其他针对特定服务的 <b>免赔额</b> ？            | 否。                                                                                                                  | 没有针对特定服务的 <b>免赔额</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 本计划的 <b>自付额限额</b> 是多少？               | 网络内：个人 \$1,800/家庭 \$3,600。网络外：个人 \$1,800/家庭 \$3,600。 <b>处方药</b> ：个人 \$200/家庭 \$400。                                 | <b>自付额限额</b> 是指在一年内您可能为承保服务支付的最高金额。如果您的其他家庭成员在本计划内，必须满足整个家庭的 <b>自付额限额</b> 。                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>自付额限额</b> 不包括哪些费用？                | <b>保费</b> 、 <b>差额收费</b> 、本计划不承保的健康护理以及未取得服务 <b>事先授权</b> 的罚金。                                                        | 即使您支付这些费用，也不会计入 <b>自付额限额</b> 中。                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 如果您使用 <b>网络内医疗服务提供者</b> ，是否会支付较少的费用？ | 是。欲取得 <b>网络内医疗服务提供者</b> 名单，请参阅 <a href="http://www.aetna.com/docfind">www.aetna.com/docfind</a> 或致电 1-800-370-4526。 | 本计划使用 <b>医疗服务提供者网络</b> 。如果使用计划网络中的 <b>医疗服务提供者</b> ，会减少您支付的费用。如果使用 <b>网络外医疗服务提供者</b> ，您需要支付的费用会较多，且您可能还需要支付 <b>医疗服务提供者收费</b> 与 <b>计划支付费用</b> 之间的差额（ <b>差额收费</b> ）。请注意，对某些服务（如实验室工作），您的 <b>网络内医疗服务提供者</b> 可能使用 <b>网络外医疗服务提供者</b> 。获取服务之前，请与 <b>医疗服务提供者</b> 确认。                                                 |
| 是否需要 <b>转介</b> 才能去看 <b>专科</b> ？      | 否。                                                                                                                  | 您无需 <b>转介</b> 即可去看您选择的 <b>专科</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                           |



此图中显示的所有共付额和共同保险费用均为达到免赔额要求之后的费用（如果免赔额适用）。

| 普通医疗事件                       | 您可能需要的服务                    | 您将支付的费用                                              |                                                     | 限制事项、例外情况及其他重要信息                                                      |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|                              |                             | 网络内医疗服务提供者<br>(您将支付最低费用)                             | 网络外医疗服务提供者<br>(您将支付最高费用)                            |                                                                       |
| 如果您去 <u>医疗服务提供者</u> 的诊室或诊所就诊 | 治疗受伤或轻疾的主诊医生治疗就诊            | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，不计入 <u>免赔额</u> ，所选择的 PCP 不收费除外 | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，不计入 <u>免赔额</u>                | 无                                                                     |
|                              | <u>专科</u> 看诊                | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，不计入 <u>免赔额</u>                 | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，不计入 <u>免赔额</u>                | 无                                                                     |
|                              | <u>预防性护理/筛查/免疫接种</u>        | 不收费                                                  | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，不计入 <u>免赔额</u> ，除了乳房 X 光检查不收费 | 您可能需要为非预防性医疗付费。询问 <u>医疗服务提供者</u> 所需服务是否为预防性服务。然后确认您的 <u>计划</u> 将支付多少。 |
| 如果您要做检查                      | <u>诊断检查</u> (X 光、验血)        | 不收费                                                  | 不收费                                                 | 无                                                                     |
|                              | <u>影像检查</u> (CT/PET 扫描、MRI) | 不收费                                                  | 不收费                                                 | 无                                                                     |

| 普通医疗事件                                                                                                                            | 您可能需要的服务         | 您将支付的费用                                                                                                      |                                                                                                          | 限制事项、例外情况及其他重要信息                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                   |                  | 网络内医疗服务提供者<br>(您将支付最低费用)                                                                                     | 网络外医疗服务提供者<br>(您将支付最高费用)                                                                                 |                                                                                                                                                                                 |
| <p>如果您需用药物来治疗疾病或病症</p> <p>处方药承保由 Sav-RX 管理</p> <p>欲知更多有关<u>处方药承保</u>的信息, 请访问 <a href="http://www.savrx.com">www.savrx.com</a></p> | 仿制药              | 每份处方的 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u> : 30 天药量 \$10, 60 天药量 \$20, 90 天药量 \$30 (零售); 31-90 天药量 \$20 (邮购)。胰岛素: 不收费 | 每份处方的 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u> : 30 天药量 \$15, 60 天药量 \$30, 90 天药量 \$45 (零售) 胰岛素: 每份处方 \$15 <u>共付额</u> | 承保 90 天药量 (零售及邮购)。包括可从药房取得的避孕药及器械。口服及注射性生育药 20% <u>共同保险</u> , 最多 \$35,000 终身上限。对 FDA 批准的网络内女用避孕首选学名药, 不收费。请查看您的 <u>处方集</u> , 了解需要事先授权或阶梯式疗法才能提供承保的处方药。如果选择品牌药而非仿制药, 您将需支付更高的费用。 |
|                                                                                                                                   | 首选品牌药            | 每份处方的 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u> : 30 天药量 \$10, 60 天药量 \$20, 90 天药量 \$30 (零售); 31-90 天药量 \$20 (邮购) 胰岛素: 不收费 | 每份处方的 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u> : 30 天药量 \$15, 60 天药量 \$30, 90 天药量 \$45 (零售) 胰岛素: 每份处方 \$15 <u>共付额</u> |                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                   | 非首选品牌药           | 不承保, 胰岛素: 每份处方 \$25 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u>                                                              | 每份处方的 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u> : 30 天药量 \$15, 60 天药量 \$30, 90 天药量 \$45 (零售) 胰岛素: 每份处方 \$15 <u>共付额</u> |                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                   | <u>专科药物</u>      | 学名药或品牌药的上述适用费用                                                                                               | 学名药或品牌药的上述适用费用                                                                                           | 第一次处方取药可在零售药房或 Sav- Rx 处方服务处进行。续方必须通过 Sav-Rx 处方服务处取药。                                                                                                                           |
| 如果您要做门诊手术                                                                                                                         | 设施费 (例如, 流动手术中心) | 不收费                                                                                                          | 不收费                                                                                                      | 无                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                   | 医师/外科医师费         | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u>                                                                        | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> , 不计入 <u>免赔额</u>                                                                    | 无                                                                                                                                                                               |

| 普通医疗事件                 | 您可能需要的服务      | 您将支付的费用                                  |                                                                          | 限制事项、例外情况及其他重要信息                                                                              |
|------------------------|---------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        |               | 网络内医疗服务提供者<br>(您将支付最低费用)                 | 网络外医疗服务提供者<br>(您将支付最高费用)                                                 |                                                                                               |
| 如果您需要立即获得医护            | <u>急诊室护理</u>  | 每次看诊 <b>\$75 共付额</b>                     | 每次看诊 <b>\$75 共付额</b>                                                     | <u>网络外紧急使用与网络内费用相同。</u>                                                                       |
|                        | <u>紧急医疗运送</u> | <b>20% 共同保险</b> ，不计入<br><u>免赔额</u>       | <b>20% 共同保险</b> ，不计入<br><u>免赔额</u>                                       | <u>网络外紧急使用与网络内费用相同。非急诊交通运送：不承保，预先授权的情况除外。</u>                                                 |
|                        | <u>紧急护理</u>   | 每次看诊 <b>\$10 共付额</b> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 每次看诊 <b>\$10 共付额</b> ，<br>不计入 <u>免赔额</u>                                 | 无                                                                                             |
| 如果您要住院                 | 设施费（例如，医院病房）  | <b>0% 共同保险</b>                           | <b>20% 共同保险</b>                                                          | 未能获取网络外护理所需的 <u>事先授权</u> 时，罚金为 <b>\$400</b> 。                                                 |
|                        | 医师/外科医师费      | <b>0% 共同保险</b>                           | 每次看诊 <b>\$10 共付额</b> ，<br>不计入 <u>免赔额</u>                                 | 无                                                                                             |
| 如果您因精神健康、行为健康或滥用药物需要治疗 | 门诊服务          | 诊室及其他门诊服务：<br>不收费                        | 诊室：每次看诊 <b>\$10 共付额</b> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> ；其他<br>门诊服务： <b>20% 共同保险</b> | 无                                                                                             |
|                        | 住院服务          | <b>0% 共同保险</b>                           | <b>20% 共同保险</b>                                                          | 未能获取网络外护理所需的 <u>事先授权</u> 时，罚金为 <b>\$400</b> 。                                                 |
| 如果您怀孕                  | 诊室就诊          | 不收费                                      | <b>20% 共同保险</b>                                                          | 费用分摊不适用于预防性服务。妇产科服务可能包括 SBC 中其他地方描述的检查和服务（如超声波）。未能获取网络外护理所需的 <u>事先授权</u> 时，罚金为 <b>\$400</b> 。 |
|                        | 分娩专业服务        | <b>0% 共同保险</b>                           | <b>20% 共同保险</b>                                                          |                                                                                               |
|                        | 分娩设施服务        | <b>0% 共同保险</b>                           | <b>20% 共同保险</b>                                                          |                                                                                               |

| 普通医疗事件                 | 您可能需要的服务      | 您将支付的费用                                  |                                          | 限制事项、例外情况及其他重要信息                                   |
|------------------------|---------------|------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                        |               | 网络内医疗服务提供者<br>(您将支付最低费用)                 | 网络外医疗服务提供者<br>(您将支付最高费用)                 |                                                    |
| 如果您需要协助进行康复或有其他特殊的健康需求 | <u>家庭保健护理</u> | 不收费                                      | 20% <u>共同保险</u>                          | 每日历年 130 次看诊。未能获取网络外护理所需的 <u>事先授权</u> 时，罚金为 \$400。 |
|                        | <u>康复服务</u>   | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 每日历年累计 60 次物理治疗、职业治疗及言语治疗的看诊。                      |
|                        | <u>复健服务</u>   | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 无                                                  |
|                        | <u>专业护理</u>   | 不收费                                      | 20% <u>共同保险</u>                          | 每日历年 60 天。未能获取网络外护理所需的 <u>事先授权</u> 时，罚金为 \$400。    |
|                        | <u>耐用医疗器材</u> | 不收费                                      | 不收费                                      | 限 1 台相同/类似用途的 <u>耐用医疗器材</u> 。<br>不包括误用/滥用维修。       |
|                        | <u>临终关怀服务</u> | 不收费                                      | 20% <u>共同保险</u>                          | 未能获取网络外护理所需的 <u>事先授权</u> 时，罚金为 \$400。              |
| 如果您的孩子需要牙科或眼科护理        | 儿童眼科检查        | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 每次看诊 \$10 <u>共付额</u> ，<br>不计入 <u>免赔额</u> | 每 12 个月 1 次常规眼科检查。                                 |
|                        | 儿童眼镜          | 不收费                                      | 不收费                                      | 每 12 个月最高 \$300。                                   |
|                        | 儿童牙科检查        | 不承保                                      | 不承保                                      | 不承保。                                               |

#### 非承保服务及其他承保服务：

您的计划一般不承保的服务（请查看您的保单或计划文件，了解更多信息以及任何其他非承保服务的列表。）

- 牙科护理（成人及儿童）
- 在美国境外旅行时的非紧急护理
- 例行足部护理
- 助听器
- 私人护理
- 减重计划 — 规定的预防性服务除外。
- 长期护理

**其他承保服务（限制事项可能适用于这些服务。这并非完整的列表。完整列表请参见您的计划文件。）**

- 针灸 - 每日历年 20 次看诊，适用于疾病、损伤和慢性疼痛。
- 减肥手术 — 仅限于网络内医疗服务提供者。
- 整脊护理 — 每日历年 20 次看诊。
- 整形手术 — 有限承保，参见政策文档或致电 ID 卡上的号码。
- 不孕症治疗 — 如需更多信息及例外情况，请参见您雇主所提供的保单文档或致电您 ID 卡上的电话号码。
- 按摩疗法 - 每日历年 20 次。
- 常规眼科护理（成人）— 每 12 个月 1 次常规眼科检查。

**您继续承保的权利：** 如果您想在承保结束后续保，有一些代理机构可为您提供帮助。这些机构的联系信息如下：

- 要获得更多关于您继续承保权利的信息，请联系本计划，电话 1-800-370-4526。
- 如果您的团体健康承保受 ERISA 规管，您也可联系美国劳工部 (U.S. Department of Labor) 雇员福利安全管理局 (Employee Benefits Security Administration)，电话：1-866-444-EBSA (3272)，网址：<http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>。
- 对于非联邦政府集团健康计划，您还可以联系卫生与人力资源服务部 (Department of Health and Human Services) 消费者信息与保险监督中心 (Center for Consumer Information and Insurance Oversight)，电话：1-877-267-2323 x61565，网址：[www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)。
- 如果您的承保是教会计划，教会计划不受联邦 COBRA 续保规则的管控。如果该承保有效，个人应联系州保险监管机构，了解根据州法律可能享有的续保权利。

您还可以选择其他保险，包括通过医疗保险市场购买个人保险。更多有关保险市场的信息，请访问 [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) 或者致电 1-800-318-2596。

**您的申诉及上诉权利：** 如果您因索赔遭拒而投诉您的计划，有代理机构可以提供帮助。此投诉被称为申诉或上诉。有关您权利的更多信息，请查看您将收到的针对医疗索赔的福利说明。您的计划文件还提供了完整的信息，用于因任何理由向您的计划提交索赔、上诉或申诉。有关您的权利、本通知或协助的更多信息，请联系：

- 如果您的团体健康保险受到 ERISA 限制，您可以拨打您医疗 ID 卡上的免费电话号码，或拨打我们的普通免费电话号码 1-800-370-4526，直接联系 Aetna。您可以联系美国劳工部 (Department of Labor) 雇员福利安全管理局 (Employee Benefits Security Administration)，电话 1-866-444-EBSA (3272) 或访问 <http://www.dol.gov/ebsa/healthreform>。
- 对于非联邦政府集团健康计划，您还可以联系卫生与人力资源服务部 (Department of Health and Human Services) 消费者信息与保险监督中心 (Center for Consumer Information and Insurance Oversight)，电话：1-877-267-2323 x61565，网址：[www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov)。
- 此外，消费者援助计划可以帮助您提交上诉。联系方式在以下网址：  
<http://www.aetna.com/individuals-families-health-insurance/rights-resources/complaints-grievances-appeals/index.html>。

**本计划是否提供最低基本承保？** 是。

最低基本承保一般包括通过保险市场或其他个别市场保单而取得的计划、健康保险、Medicare、Medicaid、CHIP、TRICARE 以及其他特定保险。如果您符合特定类别的最低基本承保资格，您可能不符合保费税额抵免优惠资格。

**本计划是否符合最低价值标准？** 是。

如果您的计划不满足最低价值标准，您可能有资格获得保费税额抵免优惠，以帮助您通过保险市场为计划付费。

若要查看本计划可能为示例病情的费用承保的范例，请参阅下文

关于这些承保的范例：



这不是一份费用估算表。显示的治疗仅为本计划可能承保医疗护理的示例。您的实际费用会有所不同，具体取决于您实际接受的治疗、您的医疗服务提供者收费的价格及很多其他因素。请关注费用分摊金额（免赔额、共付额和共同保险）以及本计划下的非承保服务。使用这些信息来比较您在不同医保计划下可能支付的部分费用。请注意，这些承保示例基于仅个人参保。

Peg 即将临盆  
(9 个月网络内产前护理和住院分娩)

|              |       |
|--------------|-------|
| ■ 本计划的总免赔额   | \$200 |
| ■ 专科共付额      | \$10  |
| ■ 医院（机构）共同保险 | 0%    |
| ■ 其他共同保险     | 0%    |

此示例事件包括以下服务：  
专科诊室就诊（产前护理）  
分娩专业服务  
分娩设施服务  
诊断检查（超声波和验血）  
专科就诊（麻醉）

|               |          |
|---------------|----------|
| 示例总费用         | \$12,700 |
| 在本例中，Peg 将支付： |          |
| 费用分摊          |          |
| 免赔额           | \$200    |
| 共付额           | \$10     |
| 共同保险          | \$0      |
| 不承保的内容        |          |
| 限制或排除项        | \$60     |
| Peg 将支付的费用总额为 | \$270    |

管理 Joe 的 2 型糖尿病  
(一年控制良好状态的例行网络内护理)

|              |       |
|--------------|-------|
| ■ 本计划的总免赔额   | \$200 |
| ■ 专科共付额      | \$10  |
| ■ 医院（机构）共同保险 | 0%    |
| ■ 其他共同保险     | 0%    |

此示例事件包括以下服务：  
主诊医生诊室就诊（包括疾病教育）  
诊断检查（验血）  
处方药  
糖尿病用品（血糖仪）

|               |         |
|---------------|---------|
| 示例总费用         | \$5,600 |
| 在本例中，Joe 将支付： |         |
| 费用分摊          |         |
| 免赔额           | \$0     |
| 共付额           | \$500   |
| 共同保险          | \$0     |
| 不承保的内容        |         |
| 限制或排除项        | \$20    |
| Joe 将支付的费用总额为 | \$520   |

Mia 的单纯骨折  
(网络内急诊和跟进护理)

|              |       |
|--------------|-------|
| ■ 本计划的总免赔额   | \$200 |
| ■ 专科共付额      | \$10  |
| ■ 医院（机构）共同保险 | 0%    |
| ■ 其他共同保险     | 0%    |

此示例事件包括以下服务：  
急诊室护理（包括医疗用品）  
诊断检查（X 光）  
耐用医疗器材（拐杖）  
康复服务（物理治疗）

|               |         |
|---------------|---------|
| 示例总费用         | \$2,800 |
| 在本例中，Mia 将支付： |         |
| 费用分摊          |         |
| 免赔额           | \$200   |
| 共付额           | \$100   |
| 共同保险          | \$200   |
| 不承保的内容        |         |
| 限制或排除项        | \$0     |
| Mia 将支付的费用总额为 | \$500   |

本计划将负责这些示例承保服务的其他费用。

## 辅助技术

使用辅助技术的人士可能无法完全获取以下信息。如需协助，请致电 866-393-0002。

## 智能手机或平板电脑

要从智能手机或平板电脑查看文档，需要免费的 WinZip 应用程序。该程序可从应用商店下载。

## 禁止歧视

**Aetna** 遵守适用的联邦民权法律，并且不会因种族、肤色、出身国、性别、年龄、残疾、性别认同或性倾向而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

我们为残疾人士和需要语言帮助的人士提供免费帮助/服务。

如果您需要合格的口译员、其他格式的书面信息、翻译或其他服务，请致电 ID 卡上的电话号码。

如果您认为我们未能提供这些服务或者受到了与上述受保护人群相关的歧视，您也可以通过以下方式向民权协调员提出申诉：

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512（CA HMO 客户：P.O. Box 24030, Fresno, CA 93779），

1-800-648-7817，TTY：711，

传真：859-425-3379（CA HMO 客户：860-262-7705），CRCoordinator@aetna.com。

您还可向美国卫生和公共服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 民权办公室投诉门户 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 提出民权投诉，或将投诉递交至：U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201，电话：1-800-368-1019、800-537-7697（听障专线）。

**Aetna** 是一个或多个 **Aetna** 集团公司（包括 **Aetna Life Insurance Company** 及其附属公司 (Aetna)）所提供产品和服务的品牌名称。

TTY: 711

**语言协助:**

To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.

|                    |                                                                                                                             |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Albanian -         | Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi 1-800-370-4526.                                                             |
| Amharic -          | የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።                                                                           |
| Arabic -           | للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم 1-800-370-4526                                            |
| Armenian -         | Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:                                 |
| Bahasa Indonesia - | Untuk bantuan dalam bahasa Indonesia, silakan hubungi 1-800-370-4526 tanpa dikenakan biaya.                                 |
| Bantu-Kirundi -    | Kugira uronke serivisi z'indimi atakiguzi, hamagara 1-800-370-4526.                                                         |
| Bengali-Bangala -  | আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পবিকষি পপকে হকয এই নম্বকি পেষক ান েরন: 1-888-982-386।                                                |
| Bisayan-Visayan -  | Ngadto maakses ang mga serbisyo sa pinulongan alang libre, tawagan sa 1-800-370-4526.                                       |
| Burmese -          | သုတေသနအဖွဲ့အစည်းကနေ မေပရပဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုရရှိဖို့ 1-800-370-4526 သို့မဟုတ် ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။                             |
| Catalan -          | Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per vostè, telefoni al 1-800-370-4526.                                     |
| Chamorro -         | Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.                                             |
| Cherokee -         | ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ ᎠᎩᎠᎵ 1-800-370-4526.                                                                          |
| Chinese -          | 如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.                                                                                              |
| Choctaw -          | Anumpa tohsholi l toksvli ya peh pilla ho ish l paya hinla, l paya 1-800-370-4526.                                          |
| Cushite -          | Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.                                                  |
| Dutch -            | Voor gratis toegang tot taaldiensten, bell 1-800-370-4526.                                                                  |
| French -           | Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.                                              |
| French Creole -    | Pou jwenn sèvis lang gratis, rele 1-800-370-4526.                                                                           |
| German -           | Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie 1-800-370-4526 an.                                  |
| Greek -            | Για να επικοινωνήσετε χωρίς χρέωση με το κέντρο υποστήριξης πελατών στη γλώσσα σας, τηλεφωνήστε στον αριθμό 1-800-370-4526. |
| Gujarati -         | તમારેકોઇ જાતના ખર્ચવિના ભાષાની સેવાઓની પહોંચ માટે, કોલ કરો 1-800-370-4526.                                                  |

|                             |                                                                                                                         |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hawaiian -                  | No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i kēia helu kelepona 1-800-370-4526. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei. |
| Hindi -                     | आपकेलिए बिना ककसी कीमत केभाषा सेवाओंका उपयोग करनेकेलिए, 1-800-370-4526 पर कॉल करें।                                     |
| Hmong -                     | Xav tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu 1-800-370-4526.                                               |
| Igbo -                      | Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ 1-800-370-4526                                                             |
| Ilocano -                   | Tapno maaksesyo dagiti serbisio maipapan iti pagsasao nga awan ti bayadanyo, tawagan ti 1-800-370-4526.                 |
| Indonesian -                | Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, hubungi 1-800-370-4526.                                           |
| Italian -                   | Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero 1-800-370-4526.                        |
| Japanese -                  | 言語サービスを無料でご利用いただくには、1-800-370-4526 までお電話ください。                                                                           |
| Karen -                     | လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်ကျိၣ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်လၢတအိၣ်ဒီးအပူၤလၢကဘၣ်ဟ့ၣ်အိၣ်အဂီၢ်ဘၣ်န့ၣ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.            |
| Korean -                    | 무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.                                                                           |
| Kru-Bassa -                 | M̈ dyi wuḍu-dù kà kò dò bě dyi moú n̈ ni Pidyi ní, nií, d̈á nòbà nià kɛ: 1-800-370-4526                                 |
| Kurdish -                   | بۆ دەستگیراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی 1-800-370-4526                           |
| Laotian -                   | ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ1-888-982-3862                                             |
| Marathi -                   | कोणत्याही शल्ुकालशवाय भाषा सेवा प्राप्त करण्यासाठी,, 1-800-370-4526 वर फोन करा.                                         |
| Marshallese -               | Nan etal nan jikin jiban ikijen Kajin ilo an ejelok onen nan kwe, kirlok 1-800-370-4526.                                |
| Micronesian-<br>Pohnpeyan - | Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih 1-800-370-4526.                                             |
| Mon-Khmer,<br>Cambodian -   | ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888- 982-3862។                             |
| Navajo -                    | T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowoł doo báqáh ílínígóó koji' hólne' 1-800-370-4526.                                 |
| Nepali -                    | निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न 1-800-370-4526 मा टेलिफोन गर्नुहोस् ।                                                   |
| Nilotic-Dinka -             | Të koor yin wɛɛr de thokic ke cīn wëu kor keek tənɔŋ yīn. Ke cɔl kɔc ye kɔc kuony ne nomba 1-800-370-4526.              |
| Norwegian -                 | For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring 1-800-370-4526.                                                        |
| Pennsylvania Dutch -        | Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.                                                     |
| Persian -                   | برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره 1-800-370-4526 تماس بگیرید .                                          |
| Polish -                    | Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonoć 1-800-370-4526.                                     |
| Portuguese -                | Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para 1-800-370-4526.                                     |

