



El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025 o llame al 1-800-541-2768. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deductible, profesional de la salud u otro de los términos subrayados. Puede ver el glosario en <https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf> o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deductible</u> general?	Individual: Participante \$1,800; No participante \$3,600 Familiar: Participante \$3,600; No participante \$7,200	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>profesionales de la salud</u> hasta el monto del <u>deductible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en la póliza, se debe alcanzar el <u>deductible</u> general familiar antes de que el <u>plan</u> comience a pagar.
¿Hay algún servicio incluido antes de cumplir con el <u>deductible</u> ?	Sí. Ciertos servicios de <u>atención médica preventiva</u> tienen cobertura antes de cumplir con su <u>deductible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no cumple con el monto del <u>deductible</u> . Pero puede aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios de prevención sin gastos compartidos</u> y antes de cumplir con su <u>deductible</u> . Consulte una lista de <u>servicios preventivos</u> cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deductibles</u> para servicios específicos?	Sí. Hospitalizaciones fuera de la red \$300. No hay otros <u>deductibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deductible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>de bolsillo</u> <u>gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Individual: Participante \$3,600; No participante \$19,800 Familiar: Participante \$7,200; No participante \$21,600	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , se debe alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> ?	Primas de la <u>póliza</u> , cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red?	Sí. Consulte en www.bcbsil.com o llame al 1-800-541-2768 para obtener una lista de los <u>proveedores</u> participantes.	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si acude a un <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red del plan</u> . Pagará más si acude a un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor</u> que forma parte de la <u>red</u> puede trabajar con un <u>proveedor</u> que no forma parte de la <u>red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>profesional de la salud</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede ver al <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en este cuadro se cobran una vez que haya alcanzado su **deductible**, en caso de que se aplique un **deductible**.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Consultas virtuales: <u>Coseguro del 20%</u> . Consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Consulta con un <u>Especialista</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deductible</u>	Coseguro del 40%	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Prueba de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
<p>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede encontrar más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta está disponible en www.bcbsil.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists</p>	Medicamentos genéricos preferidos	Preferido: <u>Coseguro del 10%</u> No preferido: <u>Coseguro del 20%</u>	Locales comerciales: <u>Coseguro del 20%</u>	Limitado a un suministro de 30 días en locales comerciales (o a un suministro de 90 días en farmacias selectas de la red). Suministro de hasta 90 días para entrega a domicilio. Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días, excepto para ciertos regímenes de dosificación designados por la FDA. También se puede requerir el pago de la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y un medicamento genérico si este último está disponible. Todas las recetas fuera de la red están sujetas a un cargo adicional del 50% después del <u>copago/coseguro</u> aplicable. No se aplicará ningún cargo adicional a ningún <u>deductible</u> o monto de bolsillo. Puede ser elegible para sincronizar sus resurtidos de recetas; consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles. El monto que usted puede pagar por suministros para 30 días de un
	Medicamentos genéricos no preferidos	Preferido: <u>Coseguro del 10%</u> No preferido: <u>Coseguro del 20%</u>	Locales comerciales: <u>Coseguro del 20%</u>	
	Medicamentos de marca preferidos	Preferido: <u>Coseguro del 20%</u> No preferido: <u>Coseguro del 30%</u>	Locales comerciales: <u>Coseguro del 30%</u>	
	Medicamentos de marca no preferidos	Preferido: <u>Coseguro del 30%</u> No preferido: <u>Coseguro del 40%</u>	Locales comerciales: <u>Coseguro del 40%</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u> preferidos	<u>Coseguro del 40%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	
	<u>Medicamentos especializados</u> no preferidos	<u>Coseguro del 50%</u>	<u>Coseguro del 50%</u>	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
				medicamento de insulina incluido, independientemente de la cantidad o tipo, no debe ser superior a \$100, cuando se obtiene de una Farmacia Participante.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía para pacientes no hospitalizados)	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> . En caso de terapia de infusión para pacientes no hospitalizados, consulte su certificado de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención de la sala de emergencias</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> para transporte que no es de emergencia; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	<u>Atención médica inmediata</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Ninguna
Si tiene una estancia en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	<u>Coseguro del 20%</u>	\$300 por consulta más un <u>Coseguro del 40%</u>	Se requiere autorización previa. Multa por autorización previa: \$1,000 o el 50% del cargo elegible dentro de la red, \$500 fuera de la red. Consulte su folleto de beneficios* para obtener más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbst.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> ; consulte su certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	Coseguro del 20%	\$300 por consulta más un Coseguro del 40%	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	Coseguro del 20%	\$300 por consulta más un Coseguro del 40%	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	Coseguro del 20%	\$300 por consulta más un Coseguro del 40%	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%	Se requiere un <u>referido</u> . Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>Equipo Médico Duradero</u> (DME, en inglés) se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)

SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor participante (usted pagará menos)	Proveedor no participante (usted pagará más)	
				de compra) de equipos.
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	<u>Cuidados paliativos</u>	<u>Coseguro del 20%</u>	<u>Coseguro del 40%</u>	Puede que se requiera <u>autorización previa</u> .
	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association(en lo sucesivo denominado BCBSIL)
SBC IL Non-HMO LG-2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbsil.com/member/policy-forms/2025

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Atención médica a largo plazo• Cuidado de rutina de los ojos (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Programas de pérdida de peso |
|--|---|--|

Otros servicios incluidos (estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte el documento de su plan).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos• Atención quiropráctica (los servicios de manipulación quiropráctica y osteopática se limitan a 30 consultas por año calendario)• Audífonos (1 por oído cada 24 meses) | <ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Cirugía cosmética (solo para la corrección de deformidades congénitas o afecciones producidas por lesiones accidentales, cicatrices, tumores o enfermedades)• Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes) | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería de servicio privado• Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios) |
|--|--|--|

Su derecho a continuar con la cobertura: si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: comuníquese con el plan al 1-800-541-2768, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform, o con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o en www.ccio.cms.gov. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-541-2768 o visitar www.bcbsil.com, o comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois al 1-877-527-9431 o visite <http://insurance.illinois.gov>.

¿Proporciona este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí

La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguro médico disponible a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercados individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los Estándares de Valor Mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:

Español (Spanish): Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-541-2768.

Tagalo (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-541-2768.

Chino (Chinese) (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-541-2768.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika a'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-800-541-2768.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la sección que se indica a continuación.

Sobre estos ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, el cargo que cobre el profesionales de la salud y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deductibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

Deductible general del plan	\$1,800
Coseguro del Especialista	20%
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del Especialista (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto/nacimiento
 Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre)
 Visita del Especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Gastos compartidos	
<u>Deductibles</u>	\$1,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$1,800
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,660

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para la afección bien controlada)

Deductible general del plan	\$1,800
Coseguro del Especialista	20%
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del Médico de atención primaria (incluida la información sobre la enfermedad)
Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta
Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Costo total del ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Gastos compartidos	
<u>Deductibles</u>	\$1,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$700
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,520

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

Deductible general del plan	\$1,800
Coseguro del Especialista	20%
Coseguro del hospital (centro)	20%
Otro coseguro	20%

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención de la sala de emergencias (incluidos los suministros médicos)
Prueba de diagnóstico (radiografías)
Equipo médico duradero (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia debe pagar:

Gastos compartidos	
<u>Deductibles</u>	\$1,800
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$200
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,000



BlueCross BlueShield of Illinois

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company

Tener cobertura médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo adicional. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud o discapacidad. Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

Usted tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
Formulario de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	للتلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجاناً، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	અન્ય ભાષાની સંવાર જરૂરાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને આમને 855-710-6984 પર કોણ કરો.
हिन्दी	निःशुल्क भाषा वा संवार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करो।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinit'sá'góó, shá ata' hodooni ninízingo, t'áájiik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 ji' hodilní.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی را بگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لئے، براہ کرم بین 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.