

 El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. 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 de la póliza) 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, llame al 1-800-892-2803. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones de términos generales como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Puede consultar 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>deducible general</u> ?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes a continuación para ver cuánto paga por los servicios que incluye este plan.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	No.	Deberá alcanzar el <u>deducible</u> antes de que el plan pague por cualquier servicio.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los <u>deducibles</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este plan?	\$1,500 individual/\$3,000 familiar Límite de gastos para <u>medicamentos con receta</u> : \$1,500 individual/\$10,200 familiar	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 este plan, tienen que cumplir con sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	Primas de la póliza, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> y atención médica que este plan no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí. Visite www.bcbsil.com o llame al 1-800-892-2803 para obtener una lista de los <u>proveedores que forman parte de la red</u> .	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Usted pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red del plan</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la 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 plan (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	Sí.	El plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios incluidos prestados por un <u>especialista</u> , siempre y cuando tenga un <u>referido</u> antes de consultar con un <u>especialista</u> .



Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$25 por consulta	Sin cobertura	No se incluyen los servicios o suministros que no solicite su <u>médico de atención primaria</u> o <u>proveedor</u> de atención médica principal para la mujer, salvo en caso de emergencia y exámenes de la vista de rutina.
	Consulta con un <u>especialista</u>	\$35 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	<u>Atención médica preventiva/examen de detección/vacuna</u>	Sin cargo	Sin cobertura	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>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	Sin cargo	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 adelante, se denomina BCBSIL)
SBC IL HMO LG – 2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información acerca de la cobertura para medicamentos con receta disponible en https://www.express-scripts.com/frontend/open-enrollment/northwesterniversity/about	Medicamentos genéricos	\$10 por un suministro para 30 días, \$20 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$20 (con entrega a domicilio)	\$10 por un suministro para 30 días, \$20 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$20 (con entrega a domicilio)	Cubre un suministro de hasta 90 días.
	Medicamentos de marca preferidos	\$30 por un suministro para 30 días, \$60 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$60 (con entrega a domicilio)	\$30 por un suministro para 30 días, \$60 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$60 (con entrega a domicilio)	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 por un suministro para 30 días, \$120 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$120 (con entrega a domicilio)	\$60 por un suministro para 30 días, \$120 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$120 (con entrega a domicilio)	
	<u>Medicamentos especializados</u>	\$90 por un suministro para 30 días, \$180 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$180 (con entrega a domicilio)	\$90 por un suministro para 30 días, \$180 por un suministro para entre 31 y 90 días (en locales comerciales) y \$180 (con entrega a domicilio)	
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	\$250 por consulta	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</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 adelante, se denomina BCBSIL)
 SBC IL HMO LG – 2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Cargos del centro: \$150 por consulta Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo	Cargos del centro: \$150 por consulta Cargos médicos de la sala de emergencias: Sin cargo	No se aplica el <u>copago</u> en caso de admisión.
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cargo	Sin cargo	Solo transportación terrestre.
	<u>Atención médica inmediata</u>	\$25 por consulta	Sin cobertura	Debe estar afiliado al grupo de médicos elegido por el asegurado; de lo contrario, se requiere un <u>referido</u> .
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$500 por admisión	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	\$25 por consulta	Sin cobertura	Consultas ilimitadas. Se requiere un <u>referido</u> .
	Servicios para pacientes internados	\$500 por admisión	Sin cobertura	Días ilimitados. Se requiere un <u>referido</u> .
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 por consulta con un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/\$35 por consulta con un especialista (SPC, en inglés)	Sin cobertura	El <u>copago</u> se aplica solo a la primera consulta prenatal. Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>copago</u> . La atención en maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	Sin cargo	Sin cobertura	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	\$500 por admisión	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</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 adelante, se denomina BCBSIL)
SBC IL HMO LG – 2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	\$25 por consulta	Sin cobertura	60 consultas combinadas para todas las terapias. Se requiere un <u>referido</u> .
	<u>Servicios de habilitación</u>	\$25 por consulta	Sin cobertura	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	\$500 por admisión	Sin cobertura	No incluye cuidado de custodia. Se requiere un <u>referido</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Se requiere un <u>referido</u> . Los beneficios se limitan a artículos usados con fines médicos. Los beneficios de <u>equipo médico duradero</u> se proporcionan tanto para la compra como para el alquiler (hasta el precio de compra) de equipos.
	<u>Cuidados paliativos</u>	Sin cargo	Sin cobertura	Puede aplicarse un <u>copago</u> para pacientes internados. Se requiere un <u>referido</u> .
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Límite de un examen cada 12 meses realizado por <u>proveedores</u> participantes.

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 adelante, se denomina BCBSIL)
SBC IL HMO LG – 2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	Anteojos para niños	\$125 de asignación	Sin cobertura	\$75 de asignación para lentes de contacto o \$0 de <u>copago</u> por anteojos cada 24 meses; \$125 de asignación para armazones por 24 meses.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

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

- Atención dental (adultos)
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cuidado de custodia
- Enfermería de servicio privado

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

- Acupuntura
- Atención quiropráctica
- Audífonos (para niños, 1 por oído cada 24 meses; para adultos, hasta \$2,500 por oído cada 24 meses)
- 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 ojos (adultos)
- Cuidado de rutina de los pies (solo relacionado con el tratamiento de la diabetes)
- Mayor parte de la cobertura provista fuera de los Estados Unidos. Visite www.bcbsil.com
- Programas de pérdida de peso (salvo que sean sin supervisión médica)
- Tratamiento para la infertilidad (máximo de 4 intentos in vitro con aprobación especial de hasta 6 por período de beneficios)

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 adelante, se denomina BCBSIL)

SBC IL HMO LG – 2025

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en

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 que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Illinois, al 1-800-892-2803 o visite www.bcbsil.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener información sobre los seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese 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 visite www.cciio.cms.gov. Sin cobertura para los planes eclesiásticos bajo las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con la entidad reguladora estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. 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: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: Blue Cross and Blue Shield of Illinois al 1-800-892-2803 o visitar www.bcbsil.com, o bien puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de 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 disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan 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:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-892-2803.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-892-2803.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-892-2803.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-892-2803.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

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 incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

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

- **Deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$35
- **Copago del hospital (centro)** \$500
- **Otros** \$0

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales de parto o nacimiento
 Servicios de parto o nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

Costo total en el ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$500
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$560

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **Deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$35
- **Copago del hospital (centro)** \$500
- **Otros** \$0

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

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

Costo total en el ejemplo \$5,600

En este ejemplo, Joe debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$800
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$820

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

- **Deducible general del plan** \$0
- **Copago del especialista** \$35
- **Copago del hospital (centro)** \$500
- **Otros** \$0

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)
Prueba de diagnóstico (*radiografía*)
Equipo médico duradero (*muletas*)
Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

Costo total en el ejemplo \$2,800

En este ejemplo, Mia debe pagar:

<i>Gastos compartidos</i>	
<u>Deducibles</u>	\$0
<u>Copagos</u>	\$400
<u>Coseguro</u>	\$0
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$400

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 adelante, se denomina BCBSIL)
 SBC IL HMO LG – 2025

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios incluidos que figuran como EJEMPLOS.



La cobertura de atención médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad. Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
300 E. Randolph St., 35 th Floor	TTY/TDD:	855-661-6965
Chicago, IL 60601	Fax:	855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Formularios 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	لتلقى 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	ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
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 dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíik'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jį' hodíilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، 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 لیے، براہ کرم ہمیں 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.