



El documento de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, en inglés) le 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 cubiertos. **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, consulte el [Acuerdo de Intercambio Individual de CBI POS](#), o llame al 1-800-251-7722. Consulte el Glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como [cantidad aprobada](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otro de los términos [subrayados](#). Puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 1-800-251-7722 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Proveedores Participantes: \$7,000 individual/\$14,000 familiar. Proveedores No Participantes: \$13,100 individual/\$26,200 familiar.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan , cada miembro debe cumplir con el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible ?	Sí. La atención médica preventiva y las consultas al médico de atención primaria están cubiertas antes de alcanzar el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible . Pero puede aplicarse un copago o un coseguro . Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible . Consulte la lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/#preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. \$50 por persona para atención médica domiciliaria. No hay otros deducibles .	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto específico del deducible antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ?	Para proveedores participantes \$10,000 individual/\$20,000 familiar. Para Proveedores No Participantes \$18,200 individual/\$36,400 familiar.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ?	Primas , cargos por facturación del saldo y atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gastos de bolsillo .

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte Connecticare.com/CTFindCare o llame al 1-800-251-7722 para obtener una lista de los proveedores participantes.	Este plan utiliza una red de proveedores . Usted pagará menos si utiliza un proveedor que forma parte de la red del plan . Pagará el mayor monto si usa un proveedor no participante, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga el plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para consultar a un especialista ?	No	Puede consultar al especialista que usted elija sin una derivación .



Todos los costos de [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el [deducible](#), en caso de que se aplique el [deducible](#).

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 enfermedad o herida	\$50 de Copago por consulta; no se aplica el deducible	50 % de Coseguro por consulta	Ninguno
	Consulta con un especialista	\$70 de Copago por consulta	50 % de Coseguro por consulta	Ninguno
	Atención médica preventiva/prueba de detección /inmunización	Sin cargo	50 % de Coseguro por consulta; no se aplica el deducible	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan. Se aplican límites de frecuencia.
Si tiene que hacerse un examen	Prueba de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Radiografías: \$40 de copago por servicio, Análisis de laboratorio:	50 % de Coseguro por servicio	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los

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)	
		\$20 de Copago por servicio; no se aplica el deducible		beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada [CT], tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética [MRI])	\$75 de copago por servicio hasta un máximo anual combinado de \$375 para resonancias magnéticas (MRI, en inglés) y tomografías axiales computarizadas (CAT, en inglés); \$400 para tomografías por emisión de positrones (PET, en inglés)	50 % de Coseguro por servicio	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados disponible en ConnectiCare.com/CTForMulary2026	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$15 de Copago por receta; no se aplica el deducible (minorista); \$45 de Copago por receta; no se aplica el deducible (pedido por correo)	50 % de Coseguro por receta (minorista y pedido por correo)	Determinados medicamentos requerirán autorización previa
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$50 de Copago por receta; no se aplica el deducible (minorista); \$150 de Copago por receta; no se aplica el deducible (pedido por correo)	50 % de Coseguro por receta (minorista y pedido por correo)	Cubre hasta un suministro de 30 días por receta médica (minorista); suministro de 90 días por receta médica (pedido por correo)
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	50 % de Coseguro por receta (minorista y pedido por correo)	50 % de Coseguro por receta (minorista y pedido por correo)	Los medicamentos especializados están disponibles solo en farmacias minoristas especializadas y cubren hasta un límite de suministro de 30 días.
	Medicamentos especializados (Nivel 4)	50 % de Coseguro hasta un máximo de \$500 por receta (solo para minoristas especializados)	50 % de Coseguro por medicamento recetado (solo para minoristas especializados)	

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 requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej. clínica de cirugía ambulatoria)	\$500 de Copago por consulta en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios \$300 de Copago por consulta en un Centro de Cirugía Ambulatoria	50 % de Coseguro por consulta	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
	Tarifa del médico/cirujano	0 % de Coseguro por consulta	50 % de Coseguro por consulta	Ninguno
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$450 de Copago por consulta	Cubierto igual que el Proveedor Participante	Ninguno
	Transporte médico para casos de emergencia	0 % de Coseguro por servicio	Cubierto igual que el Proveedor Participante	Ninguno
	Atención de urgencia	\$75 de Copago por consulta; no se aplica el deducible	50 % de Coseguro por consulta	Ninguno
Si tiene una estadía en un hospital	Honorarios del centro (p. ej. habitación de hospital)	\$500 de Copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión	50 % de Coseguro por admisión	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
	Tarifa del médico/cirujano	0% de coseguro por admisión	50 % de Coseguro por admisión	Ninguno
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	\$50 de copago por consulta; el deducible no se aplica al tratamiento ambulatorio para trastornos de salud mental, por consumo de alcohol y sustancias (tratamiento ambulatorio intensivo y hospitalización parcial): hospitalización :	50 % de Coseguro por consulta	Ninguno

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)	
		\$100 de Copago por consulta; no se aplica el deducible		
	Servicios para pacientes internados	\$500 de Copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión	50 % de Coseguro por admisión	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo para atención prenatal y posnatal	50 % de Coseguro por consulta	Los costos compartidos no se aplican a ciertos servicios preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	0 % de Coseguro por admisión	50 % de Coseguro por admisión	Ninguno
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	\$500 de Copago por día hasta un máximo de \$1,000 por admisión	50 % de Coseguro por admisión	Ninguno
Si requiere ayuda para su recuperación u otras necesidades médicas específicas	Atención médica domiciliaria	25 % de Coseguro por consulta después de alcanzar \$50 de deducible por separado	25 % de Coseguro por consulta después de separar \$50 de deducible por separado	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %, hasta 100 consultas por año calendario
	Servicios de rehabilitación		50 % de Coseguro por consulta	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es

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)	
		\$30 de copago por consulta		posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. hasta 40 consultas por año
	Servicios de recuperación de las habilidades	\$30 de copago por consulta	50 % de Coseguro por consulta	hasta 40 consultas por año
	Atención de enfermería especializada	\$500 de Copago por día hasta \$1,000 por admisión	50 % de Coseguro por admisión	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %. 90 días por año calendario como máximo
	Equipo médico duradero	40 % de Coseguro por equipo/suministro	50 % de Coseguro por equipo/suministro	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
	Atención médica para pacientes terminales	Centro hospitalario para pacientes hospitalizados aplicable o costo compartido de atención médica domiciliaria	Centro hospitalario para pacientes hospitalizados aplicable o costo compartido de atención médica domiciliaria	Se requiere autorización previa . Si no obtiene la autorización previa , es posible que sea responsable del costo total del servicio o que los beneficios se reduzcan en lo que sea menor de \$500 o del 50 %.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	\$70 de copago por consulta	50 % de Coseguro por consulta	un examen por año calendario
	Anteojos para niños	Lentes: Sin cargo Montura de la colección: Sin cargo Montura que no sea de la	50 % de Coseguro por consulta	un par de monturas y lentes o lentes de contacto por año calendario

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)	
		colección: Los miembros que opten por pasar de una montura de colección a una montura que no sea de la colección recibirán un crédito sustancialmente igual al costo de la montura de la colección y tendrán derecho a cualquier descuento negociado por el transportista con el minorista		
	Chequeo dental para niños	Sin cargo	50 % de Coseguro por consulta	Cobertura limitada a dos exámenes por año calendario

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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](#)).

- Cirugía bariátrica
- Cirugía cosmética
- Atención dental (adultos)
- Atención de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención médica a largo plazo
- Atención no urgente para viajes fuera de los Estados Unidos
- Enfermería de guardia privada
- Cuidado de rutina de los pies
- Pruebas auditivas de rutina
- Programas de pérdida de peso

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

- La cobertura de acupuntura se limita al manejo del dolor
- Cuidado quiropráctico
- Audífono (puede estar cubierto con limitaciones)
- Tratamiento de infertilidad
- Cuidado de rutina de los ojos
- Terminación del embarazo

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice existen organismos que pueden ayudarle. La información de contacto de esos organismos es la siguiente: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight al 1-877-267-2323 X61565 o www.cciio.cms.gov o el U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa. También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del [Marketplace](#) de [Seguros de Salud](#). Para obtener más información acerca del [Marketplace](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar la cobertura, también puede comunicarse con el [plan](#) llamando al 1-800-251-7722.

Su derecho a presentar una Queja Formal o una Apelación: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por una denegación de una [reclamación](#). Esta queja se denomina [queja formal](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa [reclamación](#) médica. Además, los documentos de su [plan](#) proporcionan información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o una [queja formal](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con ConnectiCare Member Appeals: PO Box 4061, Farmington, CT 06034-4061 o 1-800-251-7722
Residentes de Connecticut: CT State Department of Insurance al 1-800-203-3447 o www.ct.gov/cid/site/default.asp
Employee Benefits Security Administration: 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? Sí

La [Cobertura Esencial Mínima](#) generalmente incluye [planes](#) y [seguros de salud](#) disponibles a través del [Marketplace](#) u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de [Cobertura Esencial Mínima](#), es posible que no sea elegible para recibir el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Cumple este plan el Estándar de Valor Mínimo? No se aplica

Si su [plan](#) no cumple con el [Estándar de Valor Mínimo](#), usted puede ser elegible para obtener [crédito fiscal para las primas](#) que le ayudará a pagar por un [plan](#) a través del [Marketplace](#).

Para ejemplos sobre cómo este [plan](#) paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

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, lo que cobren los [proveedores](#) y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y en los [servicios excluidos](#) según el [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 la red y parto en un hospital)

■ Deducible total del plan	\$7,000
■ Copago para el especialista	\$70
■ Copago del hospital (centro)	\$500
■ Otro coseguro	40 %

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*)
 Consulta con un [especialista](#) (*anestesia*)

Costo total del ejemplo	\$12,700
--------------------------------	-----------------

En este ejemplo, Peg debe pagar:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$7,000
Copagos	\$1,300
Coseguro	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$8,360

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

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

■ Deducible total del plan	\$7,000
■ Copago para el especialista	\$70
■ Copago del hospital (centro)	\$500
■ Otro coseguro	40 %

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 recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo	\$5,600
--------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe debe pagar:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$1,100
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$2,020

Fractura simple de Mia

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

■ Deducible total del plan	\$7,000
■ Copago para el especialista	\$70
■ Copago del hospital (centro)	\$500
■ Otro coseguro	40 %

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:

[Atención en la sala de emergencias](#) (*incluye 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:

Costos Compartidos	
Deducibles	\$2,800
Copagos	\$10
Coseguro	\$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$2,810

El [plan](#) será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.

ConnectiCare cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo.

Para ayudarle a comunicarse con nosotros, ConnectiCare ofrece servicios gratuitos y de manera oportuna:

- ConnectiCare ofrece adaptaciones razonables y ayuda y servicios apropiados para personas con discapacidades. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes calificados. (2) Información por escrito en otros formatos, como en letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles y braille.
- ConnectiCare brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés. Esto incluye lo siguiente: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de ConnectiCare al 1-800-251-7722 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora local.

Si cree que sufrió discriminación por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja formal. Puede presentar una queja formal por teléfono, fax, correo postal o a través de su portal seguro para miembros. Si necesita ayuda para escribir la queja formal, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas formales en nuestro sitio web [Connecticare.com/legal/nondiscrimination](https://connecticare.com/legal/nondiscrimination). Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-800-251-7722 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja formal a:

ConnectiCare Grievance and Appeals Department
P.O. Box 4061
Farmington, CT 06034-4061
Fax: 1-800-319-0089
Sitio web: [MyConnectiCarePortal.com](https://myconnecticareportal.com)

También puede presentar una queja formal de derechos civiles al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights por medios electrónicos a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201



Teléfono: 1-800-368-1019

TTY: 1-800-537-7697

Aviso de no discriminación: Sección 1557
ConnectiCare - Marketplace

Los formularios para las quejas están disponibles aquí: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

English	For free language assistance services, and auxiliary aids and services, call 1-800-251-7722 (TTY: 711).
Spanish Español	Para obtener servicios gratuitos de asistencia lingüística, así como ayudas y servicios auxiliares, llame al 1-800-251-7722 (TTY: 711).
Portuguese Português	Para obter serviços de assistência linguística e materiais e serviços auxiliares gratuitos ligue para 1-800-251-7722 (telefone de texto [TTY]: 711).
Polish Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową oraz dodatkowe wsparcie i usługi, należy zadzwonić pod numer 1-800-251-7722 (TTY: 711).
Chinese (Traditional) 中文（台灣繁體）	如需免費的語言協助服務以及輔助裝置和服務，請致電1-800-251-7722（聽障專線：711）。
Italian Italiano	Per i servizi di assistenza gratuiti in italiano nonché per supporti e servizi ausiliari, chiamare 1-800-251-7722 (TTY: 711).
French Français	Pour bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits, ainsi que de services et aides complémentaires, appelez le 1-800-251-7722 (ATS : 711).
French Creole Kreyòl Ayisyen	Pou asistans lang gratis, epi èd ak sèvis oksilyè, rele 1-800-251-7722 (TTY: 711).
Russian Русский	Для получения бесплатных услуг языковой помощи, а также вспомогательных средств и услуг, позвоните: 1-800-251-7722 (телетайп: 711).
Vietnamese Tiếng Việt	Để sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cũng như các dịch vụ và tính năng hỗ trợ thêm, hãy gọi 1-800-251-7722 (TTY: 711).
Arabic العربية	اتصل على الرقم 1-800-251-7722 (الهاتف النصي 711) لتلقي خدمات المساعدة اللغوية المجانية والخدمات والمساعدات الإضافية
Korean 한국인	무료 언어 지원 서비스와 보조 지원 및 서비스를 원하시면 1-800-251-7722 (TTY: 711)로 연락 주시기 바랍니다.
Albanian shqip	Për shërbime falas të asistencës gjuhësore në shqip, mbështetje dhe shërbime shtesë, telefononi numrin 1-800-251-7722 (TTY: 711).

Hindi हिंदी	निःशुल्क भाषा सहायता सेवाओं और सहायक ऐड एवं सेवाओं के लिए 1-800-251-7722 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Tagalog	Para sa libreng serbisyo sa tulong sa wika, at mga auxiliary aid at serbisyo, tumawag sa 1-800-251-7722 (TTY: 711).
Greek Ελληνικά	Για δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, καθώς και βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες, καλέστε στο 1-800-251-7722 (TTY: 711).