Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Período de cobertura: 01/01/2027-12/31/2027**

aetna : **KATY INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT**
Aetna Choice® POS II

Cobertura para: Empleado solamente; Empleado + Familia | Tipo de plan: POS

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.HealthReformPlanSBC.com o llame al 1-800-370-4526. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-800-370-4526 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Dentro de la red: empleado solamente: $5,000; empleado + familia: individual $5,000/ familiar $8,000. Fuera de la red: empleado solamente: $5,500; empleado + familia: individual $5,500/familiar $10,000.	En general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad deducible antes de que este plan comience a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, cada miembro debe alcanzar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible pagada por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva dentro de la red está cubierta antes de que alcance su deducible.	Este plan cubre algunos productos y servicios aunque aún no haya alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, se podría aplicar un copago o un coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costos compartidos antes de que alcance su deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Para medicamentos con receta médica: $200 por persona en medicamentos de marca. No se aplica a medicamentos genéricos.	Farmacia: Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad específica de deducible, antes de que este plan comience a pagar estos servicios. Después de alcanzar el deducible para los medicamentos de marca, deberá pagar el copago de los medicamentos con receta médica hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo del plan.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Dentro de la red: empleado solamente: $8,000; empleado + familia: individual $8,000/ familiar $14,000. Fuera de la red: empleado solamente: $11,000; empleado + familia: individual $11,000/familiar $22,000.	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que puede pagar en un año por servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en el plan, deben alcanzar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Primas, cargos de facturación de saldo, atención médica que este plan no cubre y sanciones por no obtener la autorización previa para los servicios.	Aunque pague estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Para obtener una lista de proveedores de la red, visite www.aetna.com/docfind o llame al 1-800-370-4526.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que esté incluido en la red del plan. Pagará más si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor dentro de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una derivación.

Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
	Consulta con un especialista	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
	Atención preventiva/evaluación/vacunas	Sin cargo.	50 % de coseguro.	Es posible que deba pagar los servicios que no son preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego, verifique qué pagará el plan.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en www.aetna.com/pharmacy-insurance/individuals-families	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Al por menor: $20 de copago. Al por menor 90: $40 de copago.	Sin cobertura.	"Proveedor" significa "farmacia" a los efectos de esta sección. Al por menor: suministro de hasta 30 días. Al por menor 90: suministro de hasta 90 días. Usted paga la totalidad de los gastos de la receta de los medicamentos de marca hasta alcanzar el deducible anual para medicamentos con receta de $200 por persona. Es posible que deba obtener determinados medicamentos, incluidos los de especialidad, en una farmacia designada por H-E-B/Medimpact. Ciertos medicamentos pueden tener un requisito de autorización previa o un costo más alto. Determinados medicamentos preventivos (incluidos algunos medicamentos anticonceptivos) están cubiertos sin cargo.
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Al por menor: $40 de copago después del deducible de farmacia. Al por menor 90: $100 de copago después del deducible de farmacia.	Sin cobertura.	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Al por menor: $80 de copago después del deducible de farmacia. Al por menor 90: $200 de copago después del deducible de farmacia.	Sin cobertura.	Consulte http://www.rxtraadvantage.com para obtener información sobre los medicamentos cubiertos por su plan. No se cubren todos los medicamentos. Es posible que daba usar un medicamento de menor costo antes de los beneficios de su póliza para algunos medicamentos con receta.
	Medicamentos de especialidad (nivel 4)	Genéricos: $40 de copago; de marca preferidos: $100 de copago después del deducible; de marca no preferidos: $200 de copago después del deducible.	Sin cobertura.	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencias	50 % de coseguro después de $750 de copago/visita.	50 % de coseguro después de $750 de copago/visita.	La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la red. No hay cobertura para atención que no es de emergencia.
	Transporte médico de emergencia	30 % de coseguro.	30 % de coseguro.	La atención de emergencia fuera de la red se paga igual que dentro de la red. Traslados que no son de emergencia: sin cobertura, excepto si se autorizan previamente.
	Atención de urgencia	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	No hay cobertura para atención que no es de urgencia.
Si lo admiten al hospital	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red.
	Tarifas del médico/cirujano	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de	Servicios ambulatorios	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 25 % de coseguro.	Visitas al consultorio y otros servicios para pacientes ambulatorios: 50 % de coseguro.	Ninguna.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
sustancias	Servicios para pacientes hospitalizados	25 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo.	50 % de coseguro.	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en este resumen (por ejemplo, ecografía). Puede aplicarse una sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red.
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	100 visitas/año calendario combinadas con enfermería particular. Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red.
	Servicios de rehabilitación	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	60 visitas/año calendario para fisioterapia, terapias ocupacional y del habla combinadas, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
	Servicios de habilitación	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Ninguna.
	Atención de enfermería especializada	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	60 días/año calendario. Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red.
	Equipo médico duradero	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Limitado a 1 equipo médico duradero con el mismo objetivo o uno similar. Se excluyen las reparaciones por mal uso o abuso.
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	30 % de coseguro.	50 % de coseguro.	Sanción de $400 por no obtener la autorización previa para atención fuera de la red.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Anteojos para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
	Control dental para niños	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura.
- Cirugía cosmética.
- Atención dental (adultos y niños).
- Anteojos (niños).
- Atención a largo plazo.
- Atención que no es de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Atención de rutina para la vista (adultos y niños).
- Atención de rutina para los pies.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Cirugía bariátrica: Limitada a centros contratados de Institutes of Quality con un máximo de $15,000 de por vida dentro de la red solamente.
- Cuidado quiropráctico: 20 visitas por año calendario.
- Audífonos: 2 audífonos cada 36 meses hasta los 18 años de edad.
- Tratamiento para la infertilidad: Para obtener más información y conocer las excepciones, consulte el documento de la póliza provisto por su empleador o llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
- Enfermería particular: Incluida como parte de la atención médica en el hogar.

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es:

- Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan al 1-800-370-4526.
- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), también puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.
- Si está cubierto por un plan de la iglesia, tenga en cuenta que dichos planes no están cubiertos por las normas de continuidad de cobertura de la ley federal COBRA. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros del estado para conocer los posibles derechos de continuidad de la cobertura según la ley estatal.

Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con:

- Si su cobertura de salud de grupo está sujeta a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede comunicarse con Aetna, directamente, al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación médica, o al número general 1-800-370-4526. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform.
- Para planes de salud de grupo gubernamentales no federales, también puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 (interno 61565) o visitar www.cciio.cms.gov.

- Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. La información de contacto se encuentra en https://www.aetna.com/individuals-families/member-rights-resources/complaints-grievances-appeals.html.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí.**

La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **Sí.**

Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- **Coseguro de especialista** **30 %**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **30 %**
- **Otro coseguro** **30 %**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$5,000
Copagos	$0
Coseguro	$2,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$70
El total que Peg pagaría es	**$7,070**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- **Coseguro de especialista** **30 %**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **30 %**
- **Otro coseguro** **30 %**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del proveedor de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Suministros para diabéticos *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$1,100
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$4,300
El total que Joe pagaría es	**$5,400**

Fractura simple de Mía
(visita a la Sala de Emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** **$5,000**
- **Coseguro de especialista** **30 %**
- **Coseguro del hospital (establecimiento)** **30 %**
- **Otro coseguro** **30 %**

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la Sala de Emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mía pagaría:	
Costos compartidos	
Deducibles	$2,800
Copagos	$0
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$10
El total que Mía pagaría es	**$2,810**

Nota: Con estos números se supone que el paciente no participa en el programa de bienestar del plan. Si participa en dicho programa, es posible que sus costos sean menores. Para obtener más información sobre el programa de bienestar, llame al 1-800-370-4526.

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Tecnología de asistencia

Es posible que las personas que utilizan tecnología de asistencia no puedan acceder por completo a la siguiente información. Para obtener asistencia, llame al 1-800-370-4526.

Teléfono inteligente o tableta

Para ver los documentos desde un teléfono inteligente o una tableta, se necesita la aplicación gratuita WinZip. Puede estar disponible en App Store.

TTY: 711

English -	**To access language services at no cost to you, call 1-800-370-4526.**
Amharic -	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በ 1-800-370-4526 ይደውሉ።.
Arabic -	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء االتصال على الرقم 1-800-370-4526.
Armenian -	Անվճար լեզվական ծառայություններից օգտվելու համար զանգահարեք 1-800-370-4526 հեռախոսահամարով:
Carolinian (Kapasal Falawasch) -	ngere aukke ghut alillis reel kapasal Falawasch au fafaingi tilifon ye 1-800-370-4526.
Chamorro -	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang 1-800-370-4526.
Chinese Traditional -	如欲使用免費語言服務，請致電 1-800-370-4526.
Cushitic-Oromo -	Tajaajiiloota afaanii garuu bilisaa ati argaachuuf,bilbili 1-800-370-4526.
French -	Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, composez le 1-800-370-4526.
French Creole (Haitian) -	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 સે વિના ઓની પહોોંચ માટે, કોલ કરોr 1-800-370-4526.
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.
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 -	လၢတၢ်ကမၤန်ၢ်ကျဉ်အတၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖ့ဉ်လၢတအိဉ်ဒီးအပူၤလၢကဘဉ်ဟ့ဉ်အီၤအဂီၢ်ဘဉ်နှဉ် ကိး 1-800-370-4526 တက့ၢ်.
Korean -	무료 언어 서비스를 이용하려면 1-800-370-4526 번으로 전화해 주십시오.
Laotian -	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ການບໍລິການພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າຕໍ່ກັບທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-370-4526.
Mon-Khmer, Cambodian -	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-370-4526 ។
Navajo -	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h íłínígóó kojį' hólne' 1-800-370-4526.
Pennsylvania Dutch -	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff 1-800-370-4526.

Persian-Farsi -	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.
Punjabi -	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-370-4526 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Russian -	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону 1-800-370-4526.
Samoan -	Mo le mauaina o auaunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le 1-800-370-4526.
Serbo-Croatian -	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite 1-800-370-4526.
Spanish -	Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al 1-800-370-4526.
Syriac-Assyrian -	ܠܡܒܥܐ ܕܫܘܬܦܐ ܒܠܫܢܐ ܕܠܝܬ ܠܗ ܡܚܝܪܐ ܒܬܪ ܠܡܒܥܐ ܕܡܬܬܠ