



BEST Life *Platinum* Plan dental para adultos



Su salud bucal es una parte importante del mantenimiento general de la salud. De hecho, mantener la boca sana ayuda a mantener sano todo el cuerpo y puede reducir el riesgo de problemas más graves. ¿Sabía que su dentista puede detectar más de 120 afecciones médicas en etapas tempranas?*

Para adultos e hijos a cargo de 19 años o más

Beneficio para adultos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	\$3,000	
Servicios especiales Límite interior	\$1,500	
Deducible anual Aplica para servicios básicos y especiales (3 por familia)	Usted paga los primeros \$100 para individuo, hasta \$300 para familia.	
Servicios de diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, radiografías	Usted paga 0 %	Usted paga 20 %
Servicios básicos Empastes (amalgama, porcelana y acrílico), composites anteriores y posteriores, tratamiento paliativo de urgencia, patología	Usted paga 20 %	Usted paga 40 %
Servicios especiales Coronas y empastes de oro, incrustaciones inlay y onlay, implantes, puentes fijos, dentaduras postizas completas y parciales, cirugía bucal, anestesia (sedación general o intravenosa), endodoncia, periodoncia	Usted paga 50 % Después de un período de espera de 12 meses.	Usted paga 70 % Después de un período de espera de 12 meses.
Beneficio por accidente dental	El plan paga hasta \$500	
Plan de descuento para la vista**	Incluido	

BEST Life ofrece grandes beneficios dentales desde hace **más de 50 años** con planes de calidad, tarifas asequibles y un servicio de atención al cliente de excelencia.

PO BOX 3023
Meridian, ID 83680-3023

(877) 205-8767
www.bestlife.com

* Informe del Cirujano General de los Estados Unidos sobre la Salud Bucal 2000

** El plan de descuento para la vista no es un seguro, sino un plan de descuento para insumos y servicios elegibles

Este documento solo proporciona un resumen de los beneficios del plan. Para ver los detalles oficiales del plan, incluidas las exclusiones y limitaciones, consulte la póliza del plan. BEST Life es un proveedor de planes dentales calificados en el mercado de seguros médicos de Idaho.



BEST Life *Platinum* Plan dental para adultos



Cumple con el requisito dental pediátrico de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) para niños de hasta 19 años

Beneficio pediátrico	Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo	\$450 para 1 niño \$900 para 2 o más niños	\$900 para 1 niño \$1,800 para 2 o más niños
Deducible anual Se aplica a los servicios de diagnóstico y prevención recibidos fuera de la red y a los servicios básicos y especiales recibidos dentro de la red o fuera de la red	Usted paga los primeros \$50 por niño	
Servicios de diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, selladores, tratamiento con flúor, radiografías, espaciadores, tratamiento paliativo de emergencia	Usted paga 0 % No aplica deducible	Usted paga 10 %
Servicios básicos Servicios menores de restauración, empastes, tratamiento de conducto, mantenimiento periodontal, ajuste y reparación de dentaduras postizas, extracciones quirúrgicas, anestesia (sedación general o intravenosa)	Usted paga 30 %	Usted paga 40 %
Servicios especiales Servicios de restauración mayor, coronas y moldes dentales, prostodoncia, implantes, endodoncia, periodoncia, protector oclusal	Usted paga 50 %	Usted paga 60 %
Ortodoncia (medicamente necesaria)	Usted paga 50 %	

MÁS OPCIONES. MÁS AHORROS.

Tiene absoluta libertad para elegir a su dentista. Sin embargo, puede lograr ahorros adicionales cuando consulta a un dentista que está dentro de la red.

Como miembro de BEST Life, tendrá acceso a algunas de las redes más grandes del país y con rigurosos criterios de acreditación de proveedores, que le garantizarán la red de la más alta calidad disponible.

Es fácil encontrar los mejores dentistas en su zona mediante nuestra opción de Búsqueda de proveedores en: **www.bestlife.com**.

Cuando elige BEST Life, puede estar tranquilo.
Sus sonrisas están a salvo con nosotros.



Descuento EyeMed

Detalles del plan

(Plan N.º 9242264)

Como cliente de BEST Life, usted y sus dependientes tienen acceso a programas de descuento de valor agregado que le ofrecen ahorros en atención oftalmológica, anteojos y más. Estos programas están disponibles automáticamente para todos los miembros que no estén inscritos actualmente en un plan oftalmológico totalmente asegurado con BEST Life.



Servicios de cuidado de la vista	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de exámenes	\$50	No cubierto
Ajuste y seguimiento de lentes de contacto		
• Ajuste y seguimiento - Estándar	Descuento de hasta \$10 en el precio de venta al público	No cubierto
• Ajuste y seguimiento - Premium	100 % de precio de venta al público	No cubierto
Marco	40 % de descuento en el precio de venta al público	No cubierto
Lentes		
• Monofocales	\$55	No cubierto
• Bifocales	\$75	No cubierto
• Trifocales	\$85	No cubierto
• Lenticulares	\$85	No cubierto
• Progresivas - Estándar	\$140	No cubierto
• Progresivas - Premium	30 % de descuento en el precio de venta al público	No cubierto
Opcionales para lentes		
• Recubrimiento antirreflectante - Estándar	\$40	No cubierto
• Recubrimiento antirreflectante - Premium	30 % de descuento en el precio de venta al público	No cubierto
• Policarbonato - Estándar	\$35	No cubierto
• Recubrimiento resistente a rayaduras - Plástico estándar	\$12	No cubierto
• Tinte - Sólido y degradado	\$12	No cubierto
• Tratamiento UV	\$12	No cubierto
• Todos los demás opcionales de lentes	30 % de descuento en el precio de venta al público	No cubierto
Lentes de contacto		
• Lentes de contacto - Convencionales	15 % de descuento en el precio de venta al público	No cubierto
• Lentes de contacto - Desechables	100 % de precio de venta al público	No cubierto



Para acceder a estos descuentos del plan oftalmológico, los miembros necesitarán **una copia de la tarjeta de identificación de descuento que se encuentra a continuación y deberán ubicar un proveedor de la red EyeMed Advantage** a través de nuestro sitio web en <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/bestlife/en>.

Para cualquier otra pregunta, por favor llame al **(866) 723-0514**.



Member Name:
Plan #: 9242264
Network: EyeMed Advantage Network



EyeMed Vision Care® Discount Plan
Discounts on eye exams, eyewear and eye correction surgery.
To locate a provider, use our Provider Lookup at www.bestlife.com or call **866.723.0514**.



EXCLUSIONES GENERALES EN EL PLAN DENTAL PEDIÁTRICO

No se cubren las exclusiones que se mencionan a continuación.

1. Servicios proporcionados por otra persona que no sea un médico odontólogo o un cirujano odontológico, excepto que un higienista dental autorizado preste los servicios bajo la supervisión de un médico odontólogo, un cirujano odontológico o un técnico dental.
2. Servicios recibidos durante el servicio militar activo.
3. Servicios requeridos por participación en una revuelta o insurrección o por la comisión de un delito.
4. Servicios requeridos como consecuencia de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, esté o no cubierta por un seguro de accidente de trabajo.
5. Servicios prestados por un empleador.
6. Servicios iniciados antes de la fecha de entrada en vigencia. Ejemplos de servicios excluidos bajo este párrafo incluyen, aunque sin limitaciones, la obtención de una impresión o modificación de un aparato dental antes de la cobertura; preparación de un diente para una corona, puente u otras restauraciones realizadas en laboratorio antes de la cobertura; apertura de una cámara pulpar para tratamiento de conducto antes de la cobertura.
7. Servicios no completados antes de la fecha de terminación.
8. Servicios requeridos debido al incumplimiento del tratamiento prescrito por un profesional.
9. Servicios de consulta telefónica.
10. Cargos por no asistir a una cita programada.
11. Servicios que son principalmente por razones estéticas. Por ejemplo, alteración o extracción de dientes naturales funcionales con el propósito de cambiar la apariencia, y el reemplazo de restauraciones realizadas previamente por motivos estéticos.
12. Servicios para tratamiento de ortodoncia y procedimientos similares, a menos que esta póliza defina que esos servicios son servicios cubiertos.
13. Servicios recibidos para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) o relacionados con este.
14. Cargos que excedan los montos de cobertura acordados, como se muestra en el programa de beneficios.
15. Servicios para la corrección o alteración de oclusión, o cualquier ajuste oclusal. Gastos afrontados por protectores nocturnos o cualquier otro aparato para la corrección de hábitos nocivos, excepto cuando se definan como un gasto dental cubierto.
16. Cargos de "tarifas por seguridad" (p. ej. guantes, mascarillas, batas quirúrgicas y esterilización).
17. Cargos por copias de registros, historias clínicas, radiografías y cualquier otro costo vinculado al envío o franqueo de estas copias, o para completar formularios dentales.
18. Cargos por impuestos estatales o territoriales asociados con los servicios dentales.
19. Cargos por servicios recibidos de dos o más proveedores para un solo procedimiento o ciclo de tratamiento, en el caso de que esos cargos hubieran sido menores si se hubieran recibido de un proveedor y durante el procedimiento o ciclo de tratamiento se hubiera decidido realizar la derivación.
20. Servicios que son experimentales o con fines de investigación.
21. Servicio que no está dentro del alcance de la práctica del proveedor tratante.
22. Servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplirían con los estándares de tratamiento generalmente aceptados.
23. Cargos que legalmente no tendría que pagar si el miembro no tuviera seguro, a menos que lo exija la ley.
24. Servicios para técnicas y procedimientos especiales, incluidos accesorios de precisión, personalización y bases de metales preciosos.
25. Cargos por servicios o suministros duplicados o provisorios.
26. Cargos por programas de control de placa, instrucciones sobre higiene bucal y dieta.
27. Cargos por restauraciones de funda de oro.
28. Cargos por tratamiento en el hospital.
29. Servicio para ajustar una dentadura postiza o puente dentro de los 6 (seis) meses posteriores a su colocación o ajuste, por el mismo proveedor que la colocó o ajustó.
30. Cargos por accesorios de cuidado bucal utilizados en el hogar, incluidos, entre otros, pasta de dientes, geles de flúor, hilo dental y blanqueadores dentales.
31. Servicios de sellado dental, excepto molares permanentes.
32. Cargos por reemplazo de dentaduras postizas por pérdida, robo o extravío.
33. Cargos por reparación o reemplazo de aparatos por daño, pérdida o extravío.
34. Servicios de fabricación de protector bucal deportivo.
35. Cargos por blanqueo interno, óxido nítrico, sedación oral o centros de medicación tópica.
36. Cargos por injertos óseos en relación con extracciones, apicectomías o implantes no cubiertos o no elegibles.
37. Servicios recibidos por un familiar. "Familiar" incluye, entre otros, cónyuge legal, hijo, padre/madre, padrastro/madrastra, abuelo/abuela, hermano, hermana, primo hermano o pariente político.
38. Cargos por deducible, coseguro u otro costo compartido por el cual el miembro es responsable.
39. Servicios temporales que se consideran parte integrante de un servicio final y no un servicio independiente.
40. Cargos por carillas dentales y procedimientos relacionados.
41. Servicios que no figuran como servicios cubiertos.
42. Servicios recibidos fuera de los EE. UU.

EXCLUSIONES DEL PLAN DENTAL COMPLEMENTARIO

Esta póliza excluye y no reembolsará los siguientes servicios o cargos.

1. Servicios proporcionados por otra persona que no sea un médico odontólogo o un cirujano odontológico, excepto que un higienista dental autorizado preste los servicios bajo la supervisión de un médico odontólogo, un cirujano odontológico o un técnico dental.
2. Servicios recibidos durante el servicio militar activo de cualquier país u organización internacional.
3. Servicios requeridos por participación en una revuelta o insurrección o por la comisión de un delito.
4. Servicios requeridos como consecuencia de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, esté o no cubierta por un seguro de accidente de trabajo.
5. Servicios prestados por un empleador.
6. Servicios iniciados antes de la fecha de entrada en vigencia. Ejemplos de servicios excluidos bajo este párrafo incluyen, aunque sin limitaciones, los siguientes: obtención de una impresión o modificación de un aparato dental antes de la cobertura; preparación de un diente para una corona, puente u otras restauraciones realizadas en laboratorio antes de la cobertura; apertura de una cámara pulpar para tratamiento de conducto antes de la cobertura.
7. Servicios no completados antes de la fecha de terminación.
8. Servicios requeridos debido al incumplimiento del tratamiento prescrito por un profesional.
9. Servicios de consulta telefónica.
10. Cargos por no asistir a una cita programada.
11. Servicios que son principalmente por razones estéticas. Por ejemplo, alteración o extracción de dientes naturales funcionales con el propósito de cambiar la apariencia, y el reemplazo de restauraciones realizadas previamente por motivos estéticos.
12. Servicios para tratamiento de ortodoncia y procedimientos similares, a menos que esta póliza defina que esos servicios son servicios cubiertos.
13. Servicios recibidos para el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) o relacionados con este.
14. Cargos que excedan los montos de cobertura acordados, como se muestra en el programa de beneficios.
15. Servicios para la corrección o alteración de oclusión, o cualquier ajuste oclusal. Gastos afrontados por protectores nocturnos o cualquier otro aparato para la corrección de hábitos nocivos, excepto cuando se definan como un gasto dental cubierto.
16. Cargos de "tarifas por seguridad" (p. ej. guantes, mascarillas, batas quirúrgicas y esterilización).
17. Cargos por copias de registros, historias clínicas, radiografías y cualquier otro costo vinculado al envío o franqueo de estas copias, o para completar formularios dentales.
18. Cargos por impuestos estatales o territoriales asociados con los servicios dentales.
19. Cargos por servicios recibidos de dos o más proveedores para un solo procedimiento o ciclo de tratamiento, en el caso de que esos cargos hubieran sido menores si se hubieran recibido de un proveedor y durante el procedimiento o ciclo de tratamiento se hubiera decidido realizar la derivación.
20. Servicios que son experimentales o con fines de investigación.
21. Servicio que no está dentro del alcance de la práctica del proveedor tratante.
22. Servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplirían con los estándares de tratamiento generalmente aceptados.
23. Cargos que legalmente no tendría que pagar el miembro si no tuviera seguro, a menos que lo exija la ley.
24. Servicios para técnicas y procedimientos especiales, incluidos accesorios de precisión, personalización y bases de metales preciosos.
25. Cargos por servicios o suministros duplicados o provisorios.
26. Cargos por programas de control de placa, instrucciones sobre higiene bucal y dieta.
27. Cargos por restauraciones de funda de oro.
28. Cargos por tratamiento en el hospital.
29. Servicio para ajustar una dentadura postiza o puente dentro de los 6 (seis) meses posteriores a su colocación o ajuste, por el mismo proveedor que la colocó o ajustó.
30. Cargos por accesorios de cuidado bucal utilizados en el hogar, incluidos, entre otros, pasta de dientes, geles de flúor, hilo dental y blanqueadores dentales.
31. Servicios de sellado dental.
32. Cargos por reemplazo de dentaduras postizas por pérdida, robo o extravío.
33. Cargos por reparación o reemplazo de aparatos por daño, pérdida o extravío.
34. Servicios de fabricación de protector bucal deportivo.
35. Cargos por blanqueo interno, óxido nítrico, sedación oral o centros de medicación tópica.
36. Cargos por injertos óseos en relación con extracciones, apicectomías o implantes no cubiertos o no elegibles.
37. Servicios recibidos por un familiar. "Familiar" se refiere a cónyuge legal, hijo, padre/madre, padrastro/madrastra, abuelo/abuela, hermano, hermana, primo hermano o pariente político.
38. Cargos por deducible, coseguro u otro costo compartido por el cual el miembro es responsable.
39. Servicios temporales que se consideran parte integrante de un servicio final y no un servicio independiente.
40. Cargos por carillas dentales y procedimientos relacionados.
41. Servicios que no figuran como servicios cubiertos.
42. Servicios recibidos fuera de los EE. UU.

Language Assistance Services

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.877.205.8767 (TTY: 1-855-889-5868).

Español (Spanish) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.877.205.8767

繁體中文 (Chinese) **注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.877.205.8767.

Tiếng Việt (Vietnamese) **CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.877.205.8767.

한국어 (Korean) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.877.205.8767 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino) **PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.877.205.8767.

Русский (Russian) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.877.205.8767.

عربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1.877.205.8767

Kreyòl Ayisyen (French Creole) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1.877.205.8767.

Français (French) **ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1.877.205.8767.

Polski (Polish) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1.877.205.8767.

Português (Portuguese) **ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1.877.205.8767.

Italiano (Italian) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1.877.205.8767.

Deutsch (German) **ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.877.205.8767.

日本語 (Japanese) **注意事項：**日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.877.205.8767 まで、お電話にてご連絡ください

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1.877.205.8767 تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi) **ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1.800.368.1019 (TTY: 1.877.205.8767) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1.877.205.8767 (TTY: 1-xxx-xxx-xxxx).

ગુજરાતી (Gujarati) સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.800.368.1019 (TTY: 1.877.205.8767).

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1.877.205.8767.

اردو (Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1.877.205.8767

ខ្មែរ (Cambodian) ព្រមជ្រក : រំលឹកនិង អ កន្លឹ យ រំលឹក រ, រំលឹក ជំនួយផ្គត់ អ រំលឹក យន្តការណ៍ ល គឺ ច ឧស្ស បំប៉នអ ក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1.800.368.1019 (TTY: 1.877.205.8767)។

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਿਧਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1.800.368.1019 (TTY: 1.877.205.8767) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

বাংলা (Bengali) ল য় করনঃ যিদ আপিন বাংলা, কথা বলেত পােরন, তাহেল িনঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরেষবা উপল আছ। েফান করন ১ 1.800.368.1019 (TTY: ১1.877.205.8767)।

יידיש (Yiddish) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פון אפצאל. רופן 1.877.205.8767.

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1.877.205.8767.

ภาษาไทย (Thai)เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1.877.205.8767.

Oroomiffa (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1.877.205.8767.

Ilokano (Ilocano) PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Awagan ti 1.877.205.8767.

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ່ງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1.877.205.8767.

Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1.877.205.8767.

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian) OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1.877.205.8767.

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1.877.205.8767.

नेपाली (Nepali) ध्यान दनुहोस्: तपाइ ले नेपाल बोल्नहन्छ भन तपाइ को निम्त भाषा सहायता सवाहरु नःशल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहर् ोस् 1.800.368.1019 (ट टवाइ: 1.877.205.8767) ।

Nederlands (Dutch) AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige

diensten. Bel 1.877.205.8767.

Gagana fa'a Sāmoa (Samoan) MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1.877.205.8767.

Kajin Majōl (Marshallese) LALE: Ñe kwōj kōnono Kajin Majōl, kwomaroñ bōk jermal in jipañ ilo kajin ñe aṃ ejjelōk wōṇāān. Kaalōk 1.877.205.8767.

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1.877.205.8767.

Foosun Chuuk (Trukese) MEI AUCHEA: Ika iei foosun fonuomw: Foosun Chuuk, iwe en mei tongeni omw kopwe angei anininis chiakku, ese kamo. Kori 1.877.205.8767.

Tonga (Tongan) FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1.877.205.8767.

Bisaya (Bisayan) ATENSYON: Kung nagsulti ka og Cebuano, aduna kay magamit nga mga serbisyo sa tabang sa lengguwahe, nga walay bayad. Tawag sa 1.877.205.8767.

Ikirundi (Bantu – Kirundi) ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1.877.205.8767.

Kiswahili (Swahili) KUMBUKA: Ikiwa unazungumza Kiswahili, unaweza kupata, huduma za lugha, bila malipo. Piga simu 1.877.205.8767.

Bahasa Indonesia (Indonesian) PERHATIAN: Jika Anda berbicara dalam Bahasa Indonesia, layanan bantuan bahasa akan tersedia secara gratis. Hubungi 1.877.205.8767.

Türkçe (Turkish) DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1.877.205.8767 irtibat numaralarını arayın.

ئاگاداری: ئه‌گەر به زمانی کوردی قهسه دهکەیت، خزمەتگوزاریه‌کانی یارمەتی زمان، به‌خۆرای، بۆ تو به‌سه‌سته. پهیوهندی به 1.877.205.8767 پهیوهندی به

తెలుగు (Teluga) శ్రద్ధ పెట్టండి: ఒకవేళ మీరు తెలుగు భాష మాట్లాడుతున్నట్లయితే, మీ కొరకు తెలుగు భాషా సహాయక సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. 1.800.368.1019 (TTY: 1.877.205.8767) కు కాల్ చేయండి.

Thuɔŋjaŋ (Nilotic – Dinka) PIID KENE: Na ye jam nē Thuɔŋjaŋ, ke kuony yenē koc waar thook atō kuka lēu yök abac ke cīn wēnh cuatē piny. Yuopē 1.877.205.8767

Norsk (Norwegian) MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentjenester tilgjengelige for deg. Ring 1.877.205.8767.

Català (Catalan) ATENCIÓ: Si parleu Català, teniu disponible un servei d'ajuda lingüística sense cap càrrec. Truqueu al 1.877.205.8767.

λληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1.877.205.8767.

Igbo asusu (Ibo) Ntị: Ọ bụrụ na asụ Ibo, asụsụ aka ọasụ n'efu, defu, aka. Call 1.877.205.8767.

èdè Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfẹ ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1.877.205.8767.

Lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian) Ni songen mwohmw ohte, komw pahn sohte anahne kawehwe mesen nting me koatoantoal kan ahpw wasa me ntingie Lokaiahn Pohnpei komw kalangan oh ntingidieng ni lokaiahn Pohnpei. Call 1.877.205.8767.

Deitsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1.877.205.8767.

ho‘okomo ‘ōlelo (Hawaiian) E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo ho‘okomo ‘ōlelo, loa‘a ke kōkua manuahi iā ‘oe. E kelepona iā 1.877.205.8767.

Adamawa (Fulfulde) MAANDO: To a waawi Adamawa, e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1.877.205.8767.

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) Hagsesda: iyuhno hyiwoniha tsalagi gawonihisdi. Call 877.205.8767

I linguahén Chamoru (Chamorro) ATENSIÓN: Yanggen un tungó I linguahén Chamoru, i setbision linguahé gaige para hagu dibatde ha. Agang I 1.877.205.8767.