



**BEST Life**  
**Plus Silver**  
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
<b>Máximo anual</b>	<b>\$1,500</b>	
<b>Deducible anual</b> Aplica para servicios básicos y especiales (3 por familia)	Usted paga los primeros <b>\$50</b> por individuo, hasta <b>\$150</b> por familia.	
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b> Exámenes, limpiezas, radiografías	Usted paga <b>0 %</b>	Usted paga <b>20 %</b>
<b>Servicios básicos</b> Empastes (amalgama, porcelana y acrílico), composites anteriores y posteriores, tratamiento paliativo de urgencia, patología	Usted paga <b>30 %</b> Después de un período de espera de 6 meses.	Usted paga <b>50 %</b> Después de un período de espera de 6 meses.
<b>Servicios especiales</b> Coronas y empastes de oro, incrustaciones, recubrimientos y pónicos, implantes, puentes fijos, dentaduras postizas completas y parciales, cirugía bucal, anestesia (sedación general o intravenosa), endodoncia, periodoncia	Usted paga <b>60 %</b> Después de un período de espera de 12 meses.	Usted paga <b>80 %</b> Después de un período de espera de 12 meses.

**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.**

**P.O. BOX 3023  
Meridian, ID 83680-3023**

**(877) 205-8767  
www.bestlife.com**

\* Informe del Cirujano General de los EE. UU. 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



# **BEST Life** **Plus Silver** Plan dental para niños



**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
<b>Desembolso máximo</b>	<b>\$350</b> por 1 niño <b>\$700</b> por 2 o más niños	<b>\$700</b> por 1 niño <b>\$1,400</b> por 2 o más niños
<b>Deducible anual</b> Se aplica a los servicios de diagnóstico y prevención, a los servicios básicos y especiales recibidos dentro de la red o fuera de la red	Usted paga los primeros <b>\$75</b> por niño	Usted paga los primeros <b>\$100</b> por niño
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b> Exámenes, limpiezas, selladores, tratamiento con flúor, radiografías, espaciadores, tratamiento paliativo de emergencia	Usted paga <b>0 %</b>	Usted paga <b>30 %</b>
<b>Servicios básicos</b> 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 <b>30 %</b>	Usted paga <b>60 %</b>
<b>Servicios especiales</b> Servicios de restauración mayor, coronas y moldes dentales, prostodoncia, implantes, endodoncia, periodoncia, protector oclusal	Usted paga <b>50 %</b>	Usted paga <b>80 %</b>
<b>Ortodoncia</b> (médicamente necesaria)	Usted paga <b>50 %</b>	Usted paga <b>50 %</b>

## **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](http://www.bestlife.com).

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



# EyeMed Discount Plan Details

(Plan #9242264)



As a BEST Life customer, you and your dependents receive access to value-added discount programs that can help provide cost savings on vision care, eyewear, and more. These programs are automatically available to all members that are not currently enrolled on a fully-insured vision plan with BEST Life.

Vision Care Services	In-Network	Out-of-Network
<b>Exam Services</b>	<b>\$50</b>	Not covered
<b>Contact Lens Fit and Follow-Up</b>		
• Fit and Follow-up - Standard	Up to <b>\$10</b> off retail price	Not covered
• Fit and Follow-up - Premium	<b>100%</b> of retail price	Not covered
<b>Frame</b>	<b>40%</b> off retail price	Not covered
<b>Lenses</b>		
• Single Vision	<b>\$55</b>	Not covered
• Bifocal	<b>\$75</b>	Not covered
• Trifocal	<b>\$85</b>	Not covered
• Lenticular	<b>\$85</b>	Not covered
• Progressive - Standard	<b>\$140</b>	Not covered
• Progressive - Premium	<b>30%</b> off retail price	Not covered
<b>Lens Options</b>		
• Anti Reflective Coating - Standard	<b>\$40</b>	Not covered
• Anti Reflective Coating - Premium	<b>30%</b> off retail price	Not covered
• Polycarbonate - Standard	<b>\$35</b>	Not covered
• Scratch Coating - Standard Plastic	<b>\$0</b>	Not covered
• Tint - Solid and Gradient	<b>\$12</b>	Not covered
• UV Treatment	<b>\$12</b>	Not covered
• All Other Lens Options	<b>30%</b> off retail price	Not covered
<b>Contact Lenses</b>		
• Contacts - Conventional	<b>15%</b> off retail price	Not covered
• Contacts - Disposable	<b>100%</b> of retail price	Not covered



To access these vision plan discounts, members will need a **copy of the discount ID card below** and **locate an EyeMed Advantage network provider** from our website at <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/bestlife/en>.

For any other questions, please call **(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](http://www.bestlife.com) or call **866.723.0514**.



## EXCLUSIONES EN EL PLAN DENTAL PEDIÁTRICO

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. Los ejemplos incluyen 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 elaboradas en laboratorio antes de la cobertura; apertura de una cámara pulpar para tratamiento de conducto antes de la cobertura.
7. Los servicios no se completaron antes de la fecha de finalización, a menos que sea necesario por motivos odontológicos completar los servicios en más de una fecha de servicio. Los servicios de varias etapas que se extiendan más allá de la fecha de finalización estarán cubiertos si se completan dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de finalización.
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 se definan como 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 se hubiera derivado la atención durante el procedimiento o ciclo de tratamiento.
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 se tendrían 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 la pasta de dientes, los geles de flúor, el hilo dental y los 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, pareja de hecho, hijo, hijo de pareja de hecho, 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., excepto en circunstancias de emergencia.

## EXCLUSIONES EN EL PLAN DENTAL FAMILIAR

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 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. Los ejemplos incluyen 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 elaboradas en laboratorio antes de la cobertura; apertura de una cámara pulpar para tratamiento de conducto antes de la cobertura.
7. Los servicios no se completaron antes de la fecha de finalización, a menos que sea necesario por motivos odontológicos completar los servicios en más de una fecha de servicio. Los servicios de varias etapas que se extiendan más allá de la fecha de finalización estarán cubiertos si se completan dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de finalización.
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 se definan como 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 se hubiera derivado la atención durante el procedimiento o ciclo de tratamiento.
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 se tendrían 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 la pasta de dientes, los geles de flúor, el hilo dental y los 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, pareja de hecho, hijo, hijo de pareja de hecho, 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., excepto en circunstancias de emergencia.

## 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

**ارسی** (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।





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 ejjeļok wōṃāān. Kaalok 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 aninisin 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.

ناگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگۆزار یەکێکی یارمەتی زمان، بەخۆرای، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە وردی (Kurdish) بە 1.877.205.8767 پەیوەندی بە

**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) PID 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 nsò èdè Yorùbú ọfẹ ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹ̀ro-ìbanisọ̀ro 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.