



BEST Life
Essential Basic
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 21 años o más

Beneficio para adultos	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual	\$1,000	
Deducible anual Aplica para servicios básicos y especiales (3 por familia)	Usted paga los primeros \$50 por individuo, hasta \$150 por familia.	Usted paga los primeros \$75 por individuo, hasta \$225 por familia.
Servicios de diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, radiografías	Usted paga 0 %	Usted paga 30 %
Servicios básicos Empastes (amalgama, porcelana y acrílico), composites anteriores y posteriores, tratamiento paliativo de urgencia, patología	Usted paga 50 % Después de un período de espera de 6 meses.	Usted paga 70 % Después de un período de espera de 6 meses.
Servicios especiales 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 100 %	Usted paga 100 %
Beneficio por accidente dental	El plan paga hasta \$100	
Plan de descuento para la vista**	Incluido	

¡Nuevos beneficios este año!

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 19721
Irvine, CA 92623

(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 *Essential Basic* Plan dental para niños

Cumple con el requisito dental pediátrico de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA) para niños de hasta 21 años

Beneficio pediátrico	Dentro de la red	Fuera de la red
Desembolso máximo	\$350 por 1 niño \$700 por 2 o más niños	\$700 por 1 niño \$1,400 por 2 o más niños
Deducible anual 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 \$75 por niño	Usted paga los primeros \$100 por niño
Servicios de diagnóstico y prevención Exámenes, limpiezas, selladores, radiografías, espaciadores, tratamiento paliativo	Usted paga 0 %	Usted paga 20 %
Servicios básicos Rellenos, anestesia general	Usted paga 40 %	Usted paga 60 %
Servicios especiales Coronas prefabricadas, prótesis, prótesis maxilofaciales, periodoncia, endodoncia, cirugía bucal, llamada hospitalaria	Usted paga 50 %	Usted paga 70 %
Ortodoncia (medicamento necesaria)	Usted paga 50 %	Usted paga 70 %

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.

Quando 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
• Progresivo - 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	\$0	No cubierto
• Tinte - Sólido y degradado	\$12	No cubierto
• Tratamiento UV	\$12	No cubierto
• Todos los demás opcionales para 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 DEL PLAN DENTAL PEDIÁTRICO

Las siguientes exclusiones no tienen cobertura.

1. Servicios prestados por una persona que no es un médico odontólogo o cirujano dental, a menos que un higienista autorizado preste los servicios con la dirección de un médico odontólogo, un médico cirujano dental o un protésico dental.
2. Servicios recibidos mientras se encuentra realizando el servicio militar activo en cualquier país o en una organización internacional.
3. Servicios necesarios debido a la participación voluntaria del afiliado en un disturbio o insurrección, o por haber perpetrado un delito grave.
4. Servicios necesarios como resultado de una lesión o enfermedad laboral, ya sea que tenga o no cobertura del seguro por accidente de trabajo.
5. Servicios prestados por un empleador.
6. Servicios que comenzaron antes de la fecha de vigencia. De conformidad con este párrafo, algunos de los servicios excluidos son, por ejemplo, molde para un aparato o modificación de un molde realizado antes de la vigencia de la cobertura; preparación de un diente para colocar una corona, un puente u otras restauraciones fabricadas en laboratorios antes de la vigencia de la cobertura; apertura de la cámara de la pulpa dentaria para tratamiento de conducto radicular antes de la vigencia de la cobertura.
7. Servicios no finalizados antes de la fecha de terminación de la relación laboral.
8. Servicios necesarios debido a incumplimiento de las instrucciones del tratamiento indicado por un profesional.
9. Servicios de consulta por teléfono.
10. Cargos por no presentarse a una cita programada.
11. Servicios por razones principalmente cosméticas. Por ejemplo, alteración o extracción de dientes naturales funcionales con el propósito de cambiar su aspecto y reemplazo de restauraciones realizadas anteriormente por razones cosméticas.
12. Servicios de tratamiento de ortodoncia y procedimientos de ortodoncia, a menos que se definan como servicios con cobertura.
13. Servicios recibidos o relacionados con disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).
14. Cargos que exceden los límites acordados para la cobertura, como se indica en el programa de beneficios.
15. Servicios para corregir o modificar la oclusión o todos los ajustes de la oclusión. Gastos incurridos en protectores bucales nocturnos o todos los demás aparatos para corregir hábitos nocivos, excepto como se define como gasto dental con cobertura.
16. Cargos por "material desechable" (por ejemplo, guantes, mascarillas, ropa quirúrgica y esterilización).
17. Cargos por copias de registros, gráficos, radiografías y todos los demás costos relacionados con el reenvío o envío postal de tales copias o bien, para completar formularios dentales.
18. Cargos por impuestos estatales o territoriales relacionados con servicios dentales.
19. Cargos por servicios recibidos de dos o más prestadores por un solo procedimiento o curso de tratamiento, si tales cargos habrían sido inferiores si se hubieran recibido de un prestador y el afiliado tomó la decisión de reemplazar al profesional del tratamiento durante el procedimiento o curso del tratamiento.
20. Servicios experimentales o en investigación.
21. Servicio fuera del alcance de la práctica del proveedor a cargo del tratamiento.
22. Servicios que no son necesarios por razones médicas o que no responderían a las normas de práctica generalmente aceptadas.
23. Cargos que por ley no se deberían pagar si el afiliado no tuviera seguro, a menos que así lo exija la ley.
24. Servicios por procedimientos y técnicas especiales, como por ejemplo, accesorios de precisión, personalización y bases de metales preciosos.
25. Cargos por servicios o materiales duplicados o provisorios.
26. Cargos por programas de control de placa, enseñanza de higiene dental e instrucciones alimentarias.
27. Cargos por restauraciones con láminas de oro.
28. Cargos por tratamiento en el hospital.
29. Servicio para ajustar una dentadura postiza o un puente dental en el término de seis (6) meses posteriores a su colocación o ajuste por el mismo proveedor a cargo de su colocación o ajuste.
30. Cargos por materiales de salud en el domicilio, como por ejemplo, pasta de dientes, geles con flúor, hilo dental y blanqueadores de dientes.
31. Servicios para sellar dientes que no son los molares definitivos.
32. Cargos para reemplazar dentaduras postizas perdidas, robadas o extraviadas.
33. Cargos para reparar o reemplazar aparatos dañados, perdidos o que no se encuentran.
34. Servicios para fabricar un protector bucal para la práctica deportiva.
35. Cargos por blanqueo interno, óxido nítrico, sedación de la boca o medicamentos de uso tópico.
36. Cargos por injertos de hueso en relación con extracciones, apicectomías e implantes sin cobertura y que no califican.
37. Servicios recibidos de un integrante de la familia del afiliado. "Integrante de la familia del afiliado" incluye, sin limitaciones, al cónyuge legítimo, sus hijos, padres, padrastros, abuelos, hermanos, hermanas, primos hermanos o familia política.
38. Cargos por un gasto deducible, coseguro u otro importe de costo compartido a cargo del afiliado.
39. Servicios temporales que se consideran partes integrales de un servicio final más que un servicio separado.
40. Cargos por carillas estéticas y procedimientos relacionados.
41. Servicios no detallados como un servicio con cobertura.
42. Servicios recibidos fuera de los EE. UU.

EXCLUSIONES DEL PLAN DENTAL PARA ADULTOS

Las siguientes exclusiones no tienen cobertura.

1. Servicios prestados por una persona que no es un médico odontólogo o cirujano dental, a menos que un higienista autorizado preste los servicios con la dirección de un médico odontólogo, un médico cirujano dental o un protésico dental.
2. Servicios recibidos mientras se encuentra realizando el servicio militar activo en cualquier país o en una organización internacional.
3. Servicios necesarios debido a la participación voluntaria del afiliado en un disturbio o insurrección, o por haber perpetrado un delito grave.
4. Servicios necesarios como resultado de una lesión o enfermedad laboral, si está cubierto del seguro por accidente de trabajo o seguro similar.
5. Servicios prestados por un empleador.
6. Servicios que comenzaron antes de la fecha de vigencia. De conformidad con este párrafo, algunos de los servicios excluidos son, por ejemplo, molde para un aparato o modificación de un molde realizado antes de la vigencia de la cobertura; preparación de un diente para colocar una corona, un puente u otras restauraciones fabricadas en laboratorios antes de la vigencia de la cobertura; apertura de la cámara de la pulpa dentaria para tratamiento de conducto radicular antes de la vigencia de la cobertura.
7. Servicios no finalizados antes de la fecha de terminación de la relación laboral.
8. Servicios necesarios debido a incumplimiento de las instrucciones del tratamiento indicado por un profesional.
9. Servicios de consulta por teléfono.
10. Cargos por no presentarse a una cita programada.
11. Servicios por razones principalmente cosméticas. Por ejemplo, alteración o extracción de dientes naturales funcionales con el propósito de cambiar su aspecto y reemplazo de restauraciones realizadas anteriormente por razones cosméticas.
12. Servicios de tratamiento de ortodoncia y procedimientos de ortodoncia, a menos que se definan como servicios con cobertura.
13. Servicios recibidos o relacionados con disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).
14. Cargos que exceden los límites acordados para la cobertura, como se indica en el programa de beneficios.
15. Servicios para corregir o modificar la oclusión o todos los ajustes de la oclusión. Gastos incurridos en protectores bucales nocturnos o todos los demás aparatos para corregir hábitos nocivos, excepto como se define como gasto dental con cobertura.
16. Cargos por "material desechable" (por ejemplo, guantes, mascarillas, ropa quirúrgica y esterilización).
17. Cargos por copias de registros, gráficos, radiografías y todos los demás costos relacionados con el reenvío o envío postal de tales copias o bien, para completar formularios dentales.
18. Cargos por impuestos estatales o territoriales relacionados con servicios dentales.
19. Cargos por servicios recibidos de dos o más prestadores por un solo procedimiento o curso de tratamiento, si tales cargos habrían sido inferiores si se hubieran recibido de un prestador y el afiliado tomó la decisión de reemplazar al profesional del tratamiento durante el procedimiento o curso del tratamiento.
20. Servicios experimentales o en investigación.
21. Servicio fuera del alcance de la práctica del proveedor a cargo del tratamiento.
22. Servicios que no son necesarios por razones médicas o que no responderían a las normas de práctica generalmente aceptadas.
23. Cargos que por ley no se deberían pagar si el afiliado no tuviera seguro, a menos que así lo exija la ley.
24. Servicios por procedimientos y técnicas especiales, como por ejemplo, accesorios de precisión, personalización y bases de metales preciosos.
25. Cargos por servicios o materiales duplicados o provisorios.
26. Cargos por programas de control de placa, enseñanza de higiene dental e instrucciones alimentarias.
27. Cargos por restauraciones con láminas de oro.
28. Cargos por tratamiento en el hospital.
29. Servicio para ajustar una dentadura postiza o un puente dental en el término de seis (6) meses posteriores a su colocación o ajuste por el mismo proveedor a cargo de su colocación o ajuste.
30. Cargos por materiales de salud en el domicilio, como por ejemplo, pasta de dientes, geles con flúor, hilo dental y blanqueadores de dientes.
31. Servicios para sellar dientes que no son los molares definitivos.
32. Cargos para reemplazar dentaduras postizas perdidas, robadas o extraviadas.
33. Cargos para reparar o reemplazar aparatos dañados, perdidos o que no se encuentran.
34. Servicios para fabricar un protector bucal para la práctica deportiva.
35. Cargos por blanqueo interno, óxido nítrico, sedación de la boca o medicamentos de uso tópico.
36. Cargos por injertos de hueso en relación con extracciones, apicectomías e implantes sin cobertura y que no califican.
37. Servicios recibidos de un integrante de la familia del afiliado. "Integrante de la familia del afiliado" incluye, sin limitaciones, al cónyuge legítimo, sus hijos, padres, padrastros, abuelos, hermanos, hermanas, primos hermanos o familia política.
38. Cargos por un gasto deducible, coseguro u otro importe de costo compartido a cargo del afiliado.
39. Servicios temporales que se consideran partes integrales de un servicio final más que un servicio separado.
40. Cargos por carillas estéticas y procedimientos relacionados.
41. Servicios no detallados como un servicio con cobertura.
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

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।

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

ខ្មែរ (Cambodian) ្រូបយ៉ត : េធើសិទ្ធក កនិ យ ៃ័ង េ, េង ជំនួយដី ក េ យមិនគិតឈ ល គី ច នសំ ប់ចំេងក ក េ េូ េូសំព 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 করন: যিদ আপিন বাংলা, কথা বলেত পােরন, তাহেল িন:খরচায় ভাষা সহায়তা পিরেষবা উপল আছ। েফোন করন 1.800.368.1019 (TTY: 1.877.205.8767)।

יידיש (Yiddish) טפגה .ללאפון פון אפצאל. רופה 1.877.205.8767. אויפמקראעזאם: אויב איר טרעד אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פארי פון אפצאל. רופה 1.877.205.8767.

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

ภาษาไทย (Thai) ើรียน: ถา้คุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1.877.205.8767.

Oroomiffa (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajjila 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, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, 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 भने तपाइ को निम्त भाषा सहायता सवाहरु नःशल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहर्ोस् 1.800.368.1019 (ट टवाइः 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 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: ئهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکەیت، خزمەتگوزاریهکانی یارمەتی زمان، بهخۆرای، بو تو به دهسته. پهیوهندی به 1.877.205.8767 پهیوهندی به وردی

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.