



Este es un plan Gold Individual y para Pequeños Grupos de Massachusetts



Este plan de salud cumple las Normas de la Cobertura Mínima Acreditable y servirá para satisfacer el mandato individual de que tenga seguro de salud.

Requerimiento de Massachusetts de comprar seguro de salud: A partir del 1. ° de enero de 2009, la Ley de Reforma a la Atención de la Salud de Massachusetts requiere que los residentes de Massachusetts, de dieciocho (18) años de edad o más, tengan cobertura de salud que cumpla las Normas de la Cobertura Mínima Acreditable que define el Commonwealth Health Insurance Connector, a menos que sea cancelado del requisito de seguro de salud por cuestiones de asequibilidad o dificultades personales. Para más información, llame al Connector al 1-MA-ENROLL o visite el sitio Web del Connector (www.mahealthconnector.org). Este plan de salud cumple las Normas de la Cobertura Mínima Acreditable que entran en vigencia el 1. ° de enero de 2010 como parte de la Ley de Reforma a la Atención de la Salud de Massachusetts. Si usted compra este plan, cumplirá los requisitos estatutarios de que debe tener seguro de salud que cumpla estas normas. Esta declaración es para las normas de la cobertura mínima acreditable que entra en vigencia el 1. ° de enero de 2010. Debido a que dichas normas pueden cambiar, estudie cada año los materiales de su plan de salud para determinar si su plan cumple las normas más recientes. Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, puede contactar a la División de Seguros llamando al (617) 521-7794 o visitando su sitio web en www.mass.gov/doi.

**TUFTS**Health Plan: *Direct Gold 1000*

Cobertura para: Individuos/Familia | Tipo de plan: HMO



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que le ayudará a elegir un [plan](#) médico. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios médicos cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada [prima](#)) se proporcionará aparte. Esto es solo un resumen.** Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visite tuftshealthplan.com o llame a **888.257.1985** (TTY: 711). Para una definición de los términos de uso común, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos [delineados](#) consulte el glosario. Puede ver una copia del glosario en tuftshealthplan.com o llamar a **888.257.1985** para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el deducible general?	\$1,000/individuo, \$2,000/familia	En general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de su familia en el plan , cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general de la familia.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el deducible ?	Sí. Los servicios preventivos, la mayoría de las visitas como paciente externo (que incluyen salud mental/salud conductual/trastorno del uso de sustancias), cobertura de medicamentos recetados y atención de urgencias no se aplican para calcular el deducible .	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha alcanzado el monto del deducible . Pero se podría aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin participación en el costo y antes de que usted alcance su deducible . Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro deducible por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el máximo en gastos directos del bolsillo de este plan ?	\$5,000/individuo \$10,000/familia	El límite de bolsillo es lo más que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de su familia en este plan , ellos tienen que alcanzar sus propios límites de bolsillo hasta que se alcance el límite de bolsillo general de la familia.
¿Qué no incluye el desembolso máximo ?	Las primas, los saldos de carga y la atención de la salud que no cubre este plan	A pesar de que usted paga estos gastos, no se cuentan para determinar el límite de bolsillo .
¿Pagará un poco menos si acude a un proveedor dentro de la red medica ?	Sí. Visite tuftshealthplan.com o llame al 888.257.1985 para obtener una lista de los	Este plan usa una red de proveedores . Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Y pagará más todavía si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga el plan (facturación del

	<u>proveedores de la red.</u>	saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para ver a un especialista ?	Sí.	Si se necesita el referido de un PCP, su tarjeta de identificación como miembro dirá "PCP Referral Required" (Requiere referido del PCP). Por favor, consulte a su PCP para determinar si el servicio que necesita requiere un referido. Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos para ver a un <u>especialista</u> por los servicios cubiertos pero solamente si tiene una <u>derivación</u> antes de consultar al <u>especialista</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla son después de que se haya completado el [deducible](#), si aplica un [deducible](#).

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si acude a la oficina o clínica de un proveedor de salud o clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	
	Visita al especialista	\$45 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Algunos especialistas podrían requerir la autorización previa.
	Atención preventiva/examen colectivo /vacuna	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Examen de ginecología limitado a un examen por año calendario. Usted podría tener que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte qué pagará el plan.
Si se realiza un análisis	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$25 por visita	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> .
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$200 por visita	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Requiere autorización previa.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o infección. Hay más información disponible acerca de la cobertura de medicamentos con receta en tuftshealthplan.com	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$20 por suministro minorista \$40 por suministro de correo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Hasta una cantidad para 90 días por suministro minorista (con ciertas excepciones), hasta una cantidad para 90 días por suministro de correo. La participación en el costo podría estar cancelada para ciertos medicamentos cubiertos. Podría requerir autorización previa.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	\$40 por suministro minorista \$80 por suministro de correo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	\$60 por suministro minorista \$180 por suministro de correo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	
	Medicamentos especializados	\$60 por receta. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Debe ser obtenido de un proveedor designado de farmacias de especialidades. Cubre hasta una cantidad para 30 días. Para ciertos medicamentos especializados, se podría aplicar una participación en el costo de un nivel más bajo. Podría requerir autorización previa.
Si se somete a una operación ambulatoria	Cargo de instalaciones (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$250 por visita	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Cubierto en una institución u hospital de la red como paciente externo. Podría requerir la autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No están cubiertos	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$150 por visita	\$150 por visita	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Requiere notificación dentro de las 48 horas, si resulta admitido. Se cancela el copago si resulta admitido.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Transporte de emergencia solamente; el transporte no de emergencia está cubierto con autorización previa.
	Atención de urgencia (UCC,	\$25 por visita (PCP)	No están cubiertos	Atención de urgencia dentro del área de

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en tuftshealthplan.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	por sus siglas en inglés	\$45 por visita (especialista) \$45 por visita (UCC). No se aplica el <u>deducible</u> .		servicio está cubierta sin autorización previa solamente en centros de atención de urgencia (UCC)/clínicas o en proveedores en la red. La participación en el costo puede variar dependiendo del lugar de servicio. La atención de urgencia fuera del área de servicio está cubierta sin autorización previa.
Si le hospitalizan	Cargo de instalaciones (p. ej., habitación de hospital)	\$500 por visita	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Procedimientos y servicios médicos como internado programados a elección cubierta y que no son de emergencia podrían requerir la autorización previa a menos que cinco días antes de la admisión.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No están cubiertos	
Si necesita servicios de salud mental, conductual o toxicomanías	Sevicios ambulatorios	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Algunos servicios podrían requerir la autorización previa. Requiere la autorización previa después de 12 visitas de psicoterapia como paciente externo. No requiere autorización previa para comenzar los servicios en la red de tratamiento del uso de sustancias.
	Servicios internos	\$500 por visita	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Algunos servicios podrían requerir la autorización previa. No requiere autorización previa para comenzar los servicios en la red de tratamiento del uso de sustancias.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$25 por visita (PCP) \$45 por visita (especialista) No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Podría aplicarse el <u>deducible</u> a servicios que no son preventivos. No se aplica la <u>participación en el costo</u> para los <u>servicios preventivos</u> . El cuidado de maternidad podría incluir análisis y servicios descritos en otro lugar en el SBC (por ej., ultrasonido).
	Servicios de parto profesionales	Sin cargo	No están cubiertos	
	Servicios de instalaciones de partos profesionales	\$500 por visita	No están cubiertos	
Si necesita ayuda	Cuidado de la salud en el	Sin cargo	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> .

* Para más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o la póliza en tuftshealthplan.com.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
recuperándose o tiene otras necesidades de salud especiales	hogar			Requiere autorización previa si los servicios son diarios o duran más de 6 meses.
	Servicios de rehabilitación	\$45 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Máximo de 60 días totales combinados de fisioterapia y terapia ocupacional de rehabilitación por miembro por año de beneficios. Sin límite en la terapia del habla. Podría requerir la autorización previa como paciente externo después de la evaluación inicial. Requiere autorización previa para servicios a internados.
	Servicios de habilitación	\$45 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Máximo de 60 días totales combinados de fisioterapia y terapia ocupacional de habilitación por miembro por año de beneficios. Sin límite en la terapia del habla. Podría requerir la autorización previa como paciente externo después de la evaluación inicial. Requiere autorización previa para servicios a internados.
	Cuidado de enfermería especializada	\$500 por visita	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Máximo de 100 días calendario totales por año de beneficios. Requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	Coaseguro de 20%	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Podría requerir autorización previa. (Ver la lista en tuftshealthplan.com.) Algunos servicios podrían no requerir la participación en el costo, tal como una bomba de mama por nacimiento.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Requiere autorización previa.
Si su niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$25 por visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Cobertura de exámenes de rutina de la vista para miembros de 18 años y menores una vez cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No están cubiertos	Cobertura de anteojos para miembros de 18 años y menores una vez cada 12 meses. Armazones de colección solamente.

Eventos médicos comunes	Servicios que podría necesitar	Lo que usted paga		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor en la red (Usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará lo máximo)	
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	No están cubiertos	Primero se aplica el <u>deducible</u> . Cubierto para 2 chequeos pediátricos dentales para miembros de 18 años y menores

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte el documento de su plan o póliza para encontrar más información y una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- | | | |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía plástica • Atención dental (adulto) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado a largo plazo (custodia) • Cuidado que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU. | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras privadas |
|--|--|---|

Otros servicios cubiertos (podrían aplicarse limitaciones a estos servicios. Esto no es una lista completa. Consulte el documento de su [plan](#).)

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de abortos • Acupuntura para tratar el abuso de sustancias • Cirugía bariátrica con autorización previa | <ul style="list-style-type: none"> • Atención de un quiropráctico (podría requerir la autorización previa) • Audífonos (de 21 años y menores, cubiertos hasta \$2,000 por oído cada 36 meses) • Tratamiento de infertilidad con autorización previa | <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de la vista de rutina (adulto) • Atención del pie de rutina para diabéticos • Programas para bajar de peso cubiertos los primeros 3 meses |
|---|--|---|

Sus derechos a continuar con su cobertura Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura cuando esta termine. La información de contacto de estas agencias es: División de Seguros de Massachusetts al 877.563.4467 o mass.gov/doi. Podría tener también otras opciones de cobertura, como comprar cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguro Médico. Para más información acerca del [Mercado](#), visite www.CuidadDeSalud.gov o llame al 1.800.318.2596. Para más información sobre sus derechos a continuar la cobertura, comuníquese con Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711).

Sus derechos para presentar quejas o apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su [plan](#) por negarle una [reclamación](#). Esta queja se llama [reclamo](#) o [apelación](#). Para más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para este [reclamo](#) médico. Sus documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), [apelación](#) o una [queja](#) a su [plan](#) por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comuníquese con:

- Servicios para miembros de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711)
- Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE.UU. llamando al 866.444.EBSA (3272) o dol.gov/ebsa/healthreform
- División de Seguros de Massachusetts llamando al 617.521.7794

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene [cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrá que realizar un pago con su declaración de impuestos, a menos que califique para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), usted podría calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios lingüísticos:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 888.257.1985.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888.257.1985.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 888.257.1985.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 888.257.1985.

—————*Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica hipotética, consulte la próxima sección.*—————

Acerca de los ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que termine recibiendo, los precios que cobren sus [proveedores](#) y dentro del [plan](#). Utilice esta información para comparar la porción de los costos que usted tendría que pagar con otros [planes](#) médicos distintos. Tenga en mente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

(nueve meses de atención prenatal en la red y parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- Copago a [especialista](#) [costo compartido] \$45
- Copago a hospital (instalaciones) [costo compartido] \$500

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al especialista (*atención prenatal*)
 Servicios de parto profesionales
 Servicios de instalaciones de partos profesionales
 Pruebas diagnósticas (*sonogramas y análisis de sangre*)
 Visita al especialista (*anestesia*)

Costo total hipotético	\$12,700USD
-------------------------------	--------------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000USD
Copagos	\$600USD
Coseguro	\$0USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0USD
El total que Peg pagaría es	\$1,600USD

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención en la red de rutina de una enfermedad bien manejada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- Copago a [especialista](#) [costo compartido] \$45
- Copago a hospital (instalaciones) [costo compartido] \$500

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico primario (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos por recetas
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total hipotético	\$7,400USD
-------------------------------	-------------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$200USD
Copagos	\$2,300USD
Coseguro	\$0USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60USD
El total que Joe pagaría es	\$2,560USD

Fractura simple de Mia

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

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$1,000
- Copago a [especialista](#) [costo compartido] \$45
- Copago a hospital (instalaciones) [costo compartido] \$500

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total hipotético	\$1,900USD
-------------------------------	-------------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$1,000USD
Copagos	\$400USD
Coseguro	\$40USD
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0USD
El total que Mia pagaría es	\$1,440USD

El [plan](#) sería responsable de los demás costos por estos servicios cubiertos en este EJEMPLO.

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **888.257.1985**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Tufts Health Plan

Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
705 Mount Auburn St.
Watertown, MA 02472
Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]
Fax: 617.972.9048
Email: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

tuftshealthplan.com | **888.257.1985**

Información importante del plan está adjunta.

Podemos brindarle información en otros formatos, tales como Braille y letras grandes y también en diferentes idiomas si lo solicita.

Important plan information is enclosed.

We can give you information in other formats, such as braille and large print, and also in different languages upon request.

For no-cost translation in English, call **888.257.1985**.

Arabic للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم 888-257-1985

Chinese 若需免費的中文版本，請撥打 **888.257.1985**。

French Pour demander une traduction gratuite en français, composez le **888.257.1985**.

German Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die folgende Telefonnummer an: **888.257.1985**.

Greek Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, καλέστε στο **888.257.1985**.

Haitian Creole Pou tradiksyon gratis nan Kreyòl Ayisyen, rele **888.257.1985**.

Italian Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero **888.257.1985**.

Japanese 日本語の無料翻訳については **888.257.1985** に電話してください。

Khmer (Cambodian) សម្រាប់សេវាបកប្រែធានាឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **888.257.1985**។

Korean 한국어로 무료 통역을 원하시면, **888.257.1985** 로 전화하십시오.

Laotian ສໍາລັບການແປພາສາເປັນພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ **888.257.1985**.

Navajo Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiiijigo holne' **888.257.1985**.

Persian برای ترجمه رایگان به فارسی به شماره تلفن **888.257.1985** زنگ بزنید.

Polish Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer **888.257.1985**.

Portuguese Para tradução grátis para português, ligue para o número **888.257.1985**.

Russian Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру **888.257.1985**.

Spanish Para servicio de traducción gratuito en español, llame al **888.257.1985**.

Tagalog Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **888.257.1985**.

Vietnamese Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số **888.257.1985**.