



Este es un plan Silver individual y para grupos pequeños de Massachusetts



Este plan de salud cumple con los estándares de Cobertura acreditable mínima y satisfará el mandato individual de que tengas seguro médico.

Requisito de Massachusetts para comprar un seguro médico: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts mayores de dieciocho (18) años cuenten con cobertura de salud que cumpla con los estándares de Cobertura acreditable mínima establecidos por el Sistema Conector de Seguro Médico de la Comunidad (Commonwealth Health Insurance Connector), salvo que estén exentos del requisito de seguro médico por dificultad económica individual o imposibilidad de pagar el seguro. Para obtener más información, llama al Conector al 1-877-MA-ENROLL (62-367655) o visita el sitio web del Conector (www.mahealthconnector.org). Este plan de salud cumple con los estándares de Cobertura acreditable mínima que están vigentes desde el 1 de enero de 2010 como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si adquieres este plan, cumplirás con el requisito legal de contar con seguro médico que cumple con estos estándares. Esta divulgación incluye los estándares de Cobertura acreditable mínima que entraron en vigor el 1 de enero de 2010. Dado que estos estándares pueden cambiar, revisa el material de tu plan de salud cada año para verificar si cumple con los estándares más recientes. Si tienes preguntas acerca de este aviso, puedes comunicarte con la División de Seguros al (617) 521-7794 o visitar el sitio web www.mass.gov/doi.

**TUFTS**Health Plan: **DIRECT SILVER 2000**

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



El Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) es un documento que te ayudará a elegir un plan médico. El SBC muestra cómo tú 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 tu cobertura o para obtener una copia de los términos de cobertura completos, visita tuftshealthplan.com o llama al 888.257.1985 (TTY: 711). Para obtener una definición de los términos de uso común, como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulta el Glosario. Puedes ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 888.257.1985 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$2,000 /individual, \$4,000 /familiar	Por lo general, deberás pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar. Si tienes otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos de <u>deducibles</u> que hayan pagado todos los familiares alcance el <u>deducible</u> familiar general.
¿Se cubre algún servicio antes de pagar todo el <u>deducible</u> ?	Sí. Para los <u>servicios de atención preventiva</u> y la mayoría de las visitas ambulatorias (que incluyen salud mental/salud conductual/trastorno por consumo de sustancias) no se aplica el <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios, incluso sin haber alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, es posible que se aplique un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios de atención preventiva sin costos compartidos</u> y antes de que alcances tu <u>deducible</u> . Consulta la lista de <u>servicios de atención preventiva cubiertos</u> en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay algún otro <u>deducible</u> por servicios específicos?	No.	No tienes que alcanzar un <u>deducible</u> para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de <u>gastos directos del bolsillo</u> de este <u>plan</u> ?	\$8,150 /individual \$16,300 /familiar	El <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> es el máximo que podrías pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tienes otros familiares en el <u>plan</u> , cada familiar debe alcanzar su <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite</u> familiar general de <u>gastos directos del bolsillo</u> .
¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> ?	<u>Primas</u> , cargos por <u>facturaciones de saldos</u> y atención médica que no cubre este <u>plan</u> .	Aunque pagues estos gastos, no cuentan para satisfacer el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> .
¿Pagarás menos si vas a un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Visita tuftshealthplan.com o llama al 888.257.1985 para solicitar una lista de <u>proveedores dentro de la red</u> .	Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagarás menos si usas un <u>proveedor</u> dentro de la <u>red del plan</u> . Pagarás el mayor costo si usas un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> , y es posible que recibas una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el costo del <u>proveedor</u> y lo que el <u>plan</u> paga (<u>facturación del saldo</u>). Ten en cuenta que tu <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor</u> fuera de la <u>red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulta con tu <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesitas un <u>referido</u> para consultar a un <u>especialista</u> ?	Sí.	Si tu PCP necesita dar un <u>referido</u> para estos servicios, tu tarjeta de identificación de miembro dirá "Se requiere el referido del PCP". Consulta con tu PCP para verificar si el servicio que estás buscando necesita un <u>referido</u> . Este <u>plan</u> pagará algunos o todos los costos de consulta con un <u>especialista</u> para los servicios cubiertos, pero solo si has sido <u>referido</u> antes de la consulta con el <u>especialista</u> .



Todos los costos de [copago](#) y [coseguro](#) que se indican en esta tabla se aplican una vez que alcanzas tu [deducible](#), si hubiera un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
Si vas al consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$30/visita. No se aplica el deducible .	No cubierto	
	Visita al especialista	\$60/visita. No se aplica el deducible .	No cubierto	Si se necesita un referido, tu tarjeta de identificación de miembro dirá "Se requiere el referido del PCP".
	Atención preventiva/exámenes/vacunas	Sin cargo. No se aplica el deducible .	No cubierto	Límite de un examen ginecológico (GYN) por año. Es posible que tengas que pagar los servicios que no se consideran de atención preventiva. Pregúntale a tu proveedor de salud si los servicios que necesitas son de atención preventiva. Luego verifica qué pagará tu plan en el Manual para miembros, en la sección "Resumen de beneficios y costos compartidos"
Si te haces un examen	Prueba diagnóstica (radiografía, análisis de sangre)	\$75/visita (radiografía) \$60/visita (análisis de sangre)	No cubierto	Se aplica el deducible primero.
	Estudios de imágenes (tomografía computarizada, estudio PET, resonancia magnética)	\$500/visita	No cubierto	Se aplica el deducible primero. Se requiere autorización previa.
Si necesitas medicamentos para tratar tu enfermedad o condición médica Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos recetados , visita tuftshealthplan.com .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$30/suministro en farmacia \$60/suministro pedido por correo. No se aplica el deducible .	No cubierto	Se aplica el deducible primero. Un suministro de hasta 90 días en farmacias (con algunas excepciones), un suministro de hasta 90 días en pedidos por correo. No se aplica el costo compartido para algunos medicamentos. Es posible que se requiera autorización previa.
	Medicamentos de marcas preferidas (Nivel 2)	\$60/suministro en farmacia \$120/suministro pedido por correo. No se aplica el deducible .	No cubierto	
	Medicamentos de marcas no preferidas (Nivel 3)	\$100/suministro en farmacia \$300/suministro pedido por correo	No cubierto	
	Medicamentos especializados	\$100/receta	No cubierto	Se aplica el deducible primero. Se deben comprar en una farmacia especializada designada. Cubre un suministro de hasta 30 días. Para algunos medicamentos especializados, es posible que se aplique un nivel más bajo de costo compartido. Es posible que se requiera autorización previa.
Si te sometes a una cirugía ambulatoria	Cargo de la institución (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$500/visita	No cubierto	Se aplica el deducible primero. Es posible que se requiera autorización previa.

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	
Si necesitas atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	\$350/visita	\$350/visita	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Se requiere notificación dentro de un plazo de 48 horas si es hospitalizado. No se aplica el copago si es hospitalizado.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Solo transporte de emergencia; es posible que se cubra el transporte para casos que no sean de emergencia con autorización previa.
	Atención de urgencia	\$30/visita (PCP/proveedor de salud conductual) \$60/visita (Centros de atención a de urgencia, UCC) No se aplica el <u>deducible</u> .	\$60/visita (UCC)	La <u>atención de urgencia</u> dentro del área de servicio tiene cobertura sin autorización previa en Centros de <u>atención de urgencia</u> (UCC)/clínicas dentro de la red o si la prestan solo proveedores de la red. Los UCC fuera de la red dentro del área de servicio necesitan autorización previa para tener cobertura. La <u>atención de urgencia</u> fuera del área de servicio tiene cobertura sin autorización previa. Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.
Si te hospitalizan	Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	\$1,000/visita	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Es posible que para los servicios o procedimientos de hospitalización que sean electivos o no sean de emergencia se requiera autorización y notificación previa al menos 5 días hábiles antes de la hospitalización. Las hospitalizaciones de emergencia (dentro o fuera de la red) no requieren autorización previa y están cubiertas al nivel de los beneficios dentro de la red. Se requiere notificación dentro de un plazo de 48 horas después de la hospitalización.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No cubierto	

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
Si necesitas servicios de salud mental, conductual o para el tratamiento de toxicomanías	Servicios ambulatorios	\$30/visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Es posible que algunos servicios requieran autorización previa. Se requiere autorización previa después de 12 visitas ambulatorias de psicoterapia. No se requiere autorización previa para comenzar a utilizar los servicios dentro de la red de tratamientos del consumo de sustancias.
	Servicios de hospitalización	\$1,000/visita	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. No se requiere autorización previa. Se requiere notificación dentro de un plazo de 48 horas después de la hospitalización.
Si estás embarazada	Visitas al consultorio	\$30/visita (PCP) \$60/visita (especialista) No se aplica <u>deducible</u> para las visitas al consultorio.	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. El costo compartido no se aplica para <u>servicios de atención preventiva</u> , que incluyen atención prenatal y posparto. Los servicios de maternidad pueden incluir las pruebas y los servicios descritos en cualquier parte del SBC (p. ej.; sonogramas).
	Servicios profesionales de parto	Sin cargo	No cubierto	
	Servicios en instalaciones de partos	\$1,000/visita	No cubierto	
Si necesitas ayuda para recuperarte o tienes otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Se requiere autorización previa si el servicio es diario o se prolonga por más de seis meses.
	Servicios de rehabilitación	\$60/visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Máximo de 60 consultas en total combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional de rehabilitación por miembro por año de beneficios. No hay límites para la terapia del habla. Es posible que se requiera autorización previa en un entorno ambulatorio después de la evaluación inicial. Se requiere autorización previa en un entorno de hospitalización.
	Servicios de habilitación	\$60/visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Es posible que se requiera autorización previa en un entorno ambulatorio después de la evaluación inicial. Se requiere autorización previa en un entorno de hospitalización.

Evento médico común	Servicios que podrías necesitar	Lo que pagarás		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (pagarás lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (pagarás lo máximo)	
	Cuidado de enfermería especializada	\$1,000/visita	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Un total de 100 días calendario como máximo médicamente necesarios por año de beneficio. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	20 % de coseguro	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Es posible que se requiera autorización previa. (Visita la lista en tuftshealthplan.com). Algunos servicios no requieren costo compartido, como un extractor de leche por nacimiento.
	Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Se requiere autorización previa.
Si tu niño necesita servicios odontológicos o de la vista	Examen de la vista pediátrico	\$30/visita. No se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Cobertura para exámenes de la vista de rutina para miembros menores de 18 años una vez cada 12 meses.
	Anteojos para niños	Sin cargo. No se aplica el <u>deducible</u> .	No cubierto	Cobertura para anteojos para miembros menores de 18 años una vez cada 12 meses. Solo marcos de colección o subsidio de \$150 + 20 % de descuento en montos superiores al subsidio.
	Chequeo dental pediátrico	Sin cargo	No cubierto	Se aplica el <u>deducible</u> primero. Se cubren 2 exámenes por año de chequeo dental pediátrico para miembros menores de 18 años.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

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

- | | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Atención dental (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidados de largo plazo (paliativos)• Atención que no sea de emergencia al viajar fuera de los EE. UU. | <ul style="list-style-type: none">• Enfermería privada |
|--|---|--|

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios). Esta no es una lista completa. Revisa los documentos de tu [plan](#).

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Servicios de aborto• Acupuntura• Cirugía bariátrica con autorización previa | <ul style="list-style-type: none">• Atención quiropráctica (es posible que se requiera autorización previa)• Audífonos para sordera (para menores de 21 años, cubierto hasta \$2,000 por oído cada 36 meses)• Tratamiento de infertilidad con autorización previa | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de rutina de la vista (adultos)• Cuidado de rutina de los pies para personas con diabetes• Programas de acondicionamiento físico y control de peso cubiertos por 3 meses |
|---|---|--|

Tus derechos para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarte si deseas continuar con tu cobertura una vez que termina. La información de contacto de estas agencias es: Puedes comunicarte con la División de Seguros de Massachusetts al 877.563.4467 o visita mass.gov/doi. También podrías tener otras opciones de cobertura, como adquirir una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visita www.HealthCare.gov o llama al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre tus derechos para continuar con la cobertura, comunícate con Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711).

Tus derechos a presentar reclamos y apelaciones: Hay agencias que pueden ayudarte si tienes una queja sobre tu [plan](#) por negarte una [reclamación](#). Esta queja se denomina [reclamo](#) o [apelación](#). Para obtener más información acerca de tus derechos, consulta la explicación de beneficios que recibirás para esa [reclamación](#) médica. Los documentos del [plan](#) también incluirán información completa sobre cómo presentar una [reclamación](#), una [apelación](#) o un [reclamo](#) a tu [plan](#) por cualquier motivo. Para obtener más información sobre tus derechos, esta notificación o para recibir asistencia, comunícate con:

- Servicios de asistencia al miembro de Tufts Health Plan al **888.257.1985** (TTY: 711)
- Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU., teléfono: 1-866-444-EBSA (3272) o el sitio web dol.gov/ebsa/healthreform
- División de Seguros de Massachusetts, teléfono: 617.521.7794

¿Este plan proporciona Cobertura esencial mínima? Sí

Si no tienes [Cobertura esencial mínima](#) durante un mes, tendrás que realizar un pago con tu declaración de impuestos, a menos que califiques para una exención del requisito de tener cobertura médica ese mes.

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

Si tu [plan](#) no cumple con los [Estándares de valor mínimo](#), podrías calificar para un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarte 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, consulta la siguiente sección.—————

Ejemplos acerca de esta cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos ilustrados son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Los costos en sí serán diferentes, en función de la atención que recibas, los precios que cobren los [proveedores](#) y otros factores. Céntrate en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) en el [plan](#). Utiliza esta información para comparar la parte de los costos que tendrías que pagar según los distintos [planes](#) médicos. Ten en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg está embarazada

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

- [Deducible general del plan](#) \$2,000
- [Copago del especialista](#) \$60
- [Copago del hospital \(centro\)](#) \$1,000

Este EJEMPLO incluye servicios como:

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

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$2,000
Copagos	\$1,000
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Peg es	\$3,000

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

- [Deducible general del plan](#) \$2,000
- [Copago del especialista](#) \$60
- [Copago del hospital \(centro\)](#) \$1,000

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del médico de atención primaria (*incluye sesiones informativas sobre la enfermedad*)
 Pruebas diagnósticas (*análisis de sangre*)
 Medicamentos de venta con receta
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

Costo total del ejemplo \$7,400

En este ejemplo, Joe pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$200
Copagos	\$2,900
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Joe es	\$3,160

Fractura simple de Mia

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

- [Deducible general del plan](#) \$2,000
- [Copago del especialista](#) \$60
- [Copago del hospital \(centro\)](#) \$1,000

Este EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye materiales médicos*)
 Prueba diagnóstica (*radiografía*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

Costo total del ejemplo \$1,900

En este ejemplo, Mia pagaría:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$1,500
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,800

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 e 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**

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**.

Igbo Maka ntughari asusu n'Igbo na akwughị ugwo, kpoo **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) សម្រាប់សេវាកម្រិតដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **888.257.1985**។

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

Kru Inyu yangua ndonōl ni Kru sébèl **888.257.1985**.

Laotian ສໍາລັບການແປພາສາແບບພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໃບຫາບີ **888.257.1985**.

Navajo Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo 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**.

Yorùbá Fún isé ògbùfò l'ófè ní Yorùbá, pe **888.257.1985**.