



Qué se entiende por transición del cuidado de la salud y continuidad del cuidado de la salud.

Transición del cuidado de la salud



La transición del cuidado de la salud les ofrece a los miembros nuevos de UnitedHealthcare la alternativa de solicitar una extensión de la cobertura de su profesional de cuidado de la salud actual fuera de la red durante un plazo limitado, como consecuencia de una condición médica específica, hasta que se pueda coordinar el cambio seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red. Para la transición del cuidado de la salud en virtud del Código de Seguro de California, es posible que se pague al proveedor fuera de la red del miembro a un nivel de reembolso superior. El miembro es responsable de la diferencia entre la cantidad de reembolso y la cantidad facturada del proveedor fuera de la red además del deducible o el coseguro del miembro. En la página 2 de este documento se detallan ejemplos de condiciones médicas cubiertas. Deberá solicitar la transición del cuidado de la salud antes de que transcurran los 30 días desde la fecha de comienzo de su cobertura de UnitedHealthcare con la solicitud que comienza en la página 5. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán según el caso.



Obtenga ayuda para comprender estos términos de seguro de salud y más en la página 4.



Continuidad del cuidado de la salud

La continuidad del cuidado de la salud les brinda a los miembros de UnitedHealthcare la alternativa de solicitar la extensión del cuidado que les brinda su profesional de cuidado de la salud actual si este ya no trabaja con su plan de salud y ahora se considera fuera de la red. Los miembros que tengan razones médicas que impidan realizar un cambio inmediato a un profesional de cuidado de la salud de la red podrían solicitar la extensión de la cobertura para recibir servicios a niveles de beneficio y costo compartido asociados con proveedores de la red y tarifas de la red para condiciones médicas específicas durante un período definido de tiempo. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán según el caso.

En la página 2 de este documento se detallan ejemplos de condiciones médicas cubiertas.

Si su profesional de cuidado de la salud abandona la red de UnitedHealthcare, usted deberá solicitar la continuidad del cuidado de la salud dentro de los 30 días de la fecha de cancelación del profesional de cuidado de la salud con la solicitud que comienza en la página 5.

Cómo funcionan la transición del cuidado de la salud y la continuidad del cuidado de la salud:

Usted debe estar en tratamiento activo y actual (consulte la definición en la página 4) proporcionado por el profesional de cuidado de la salud identificado sin contrato para tratar la condición que se identifica en la solicitud de transición del cuidado de la salud o continuidad del cuidado de la salud a continuación.

- UnitedHealthcare debe hacer una determinación formal que indique que el cambio a un profesional de cuidado de la salud de la red tendría un efecto negativo en su salud. Su pedido se evaluará según la ley estatal vigente y los estándares de acreditación.
- Si se aprueba su pedido para la condición médica que figura en su solicitud, usted recibirá cobertura para el tratamiento de la condición específica por parte del profesional de cuidado de la salud durante un plazo definido hasta que ocurra lo siguiente:
 - Que la condición del miembro en virtud de la continuidad o transición del cuidado de la salud esté médicamente estable.
 - Que no existan condiciones médicas ni inquietudes que impidan el cambio seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red. UnitedHealthcare determinará esto consultando a su profesional de cuidado de la salud tratante fuera de la red y, si corresponde, a su profesional de cuidado de la salud asignado.

El resto de los servicios o suministros deberá proporcionarlos un profesional de cuidado de la salud de la red para que usted reciba los niveles de cobertura de la red. Si su plan incluye cobertura fuera de la red y usted elige continuar recibiendo cuidado fuera de la red después del plazo aprobado por UnitedHealthcare, deberá seguir los requisitos fuera de la red de su plan, incluido cualquier requisito de preautorización.

- La disponibilidad de cobertura de transición del cuidado de la salud o continuidad del cuidado de la salud no garantiza que un tratamiento sea médicamente necesario o que esté cubierto por los beneficios de su plan. Según el pedido real, es posible que de todos modos se requiera una determinación de necesidad médica y una preautorización formal para que se cubra un servicio.

Entre los ejemplos de condiciones médicas que podrían calificar para la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud se incluyen los siguientes:

- Embarazo durante el tiempo que dure el embarazo hasta seis semanas después del parto.
 - La cobertura para recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe seleccionar un pediatra de la red y notificar al representante de su plan de salud dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento del bebé para que agregue al bebé a su plan.
- Cuidado para recién nacidos para un niño recién nacido hasta los treinta y seis (36) meses de edad. La cobertura en virtud de la transición del cuidado de la salud o continuidad del cuidado de la salud no excederá los doce (12) meses desde la fecha de cancelación del acuerdo del proveedor o desde la fecha de vigencia del miembro recientemente inscrito. La cobertura tampoco se extenderá después del tercer (3.º) cumpleaños del niño.

CONTINÚA

- Cáncer diagnosticado recientemente o recidiva de cáncer y actualmente recibe quimioterapia, radioterapia o reconstrucción.
- Candidatos a trasplantes o receptores de trasplantes que necesitan cuidado continuo como consecuencia de complicaciones relacionadas con un trasplante.
- Cirugías importantes recientes en la fase aguda y el período de seguimiento siempre y cuando el proveedor haya recomendado que la cirugía tenga lugar dentro de los 180 días calendario de la fecha de cancelación del acuerdo del proveedor o 180 días calendario de la fecha de vigencia del miembro recientemente inscrito.
- Condiciones agudas graves en tratamiento activo, como ataques cardíacos o derrames cerebrales. Los servicios cubiertos se prestarán mientras dure la condición aguda.
- Otras condiciones crónicas graves que requieren tratamiento activo.
- Tratamiento para una enfermedad terminal, una condición incurable o irreversible que tiene alta probabilidad de causar la muerte en un plazo de un año. Los servicios cubiertos se prestarán mientras dure la enfermedad.
- Cuidado de la salud del comportamiento y del abuso de sustancias durante un período de tiempo razonable para el cambio seguro del cuidado a un profesional de cuidado de la salud de la red. Esto incluye el cuidado de la salud del comportamiento recibido de un psiquiatra, psicólogo con licencia, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o trabajador social clínico con licencia. Para recibir servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias, comuníquese con su compañía de seguros de salud del comportamiento y abuso de sustancias llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente en su información de inscripción o en su tarjeta de ID de cuidado de la salud.

Entre los ejemplos de condiciones que no califican para la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud se incluyen los siguientes:

- Exámenes de rutina, vacunas y evaluaciones de la salud.
- Condiciones crónicas que se encuentran estables (excepto según lo exija la ley estatal).
- Enfermedades leves como resfríos, dolores de garganta e infecciones de oído.
- Cuidado para cualquier condición que excede los 12 meses después de la fecha de cancelación del proveedor o su fecha de vigencia de cobertura. Este límite no se aplica a la continuidad del cuidado de la salud para una enfermedad terminal.

Preguntas frecuentes:

P Si se aprueba mi solicitud, ¿cuánto tiempo tendré para cambiarme a un nuevo profesional de cuidado de la salud de la red?

R Si UnitedHealthcare determina que no es recomendable o seguro el cambio a un profesional de cuidado de la salud participante para las condiciones que califican para la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud, los servicios que preste el profesional de cuidado de la salud aprobado fuera de la red se autorizarán durante un período específico de tiempo o hasta que se haya completado el cuidado o se haya cambiado a un profesional de cuidado de la salud participante, lo que ocurra primero. Usted debe solicitar la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura o dentro de los 30 días de la fecha de cancelación del proveedor de cuidado de la salud, de lo contrario, es posible que no cumpla los requisitos para el servicio de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán según el caso.

P Si obtengo la aprobación para la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud para una condición médica, ¿puedo recibir cobertura de la red para una condición que no esté relacionada?

R No. Los niveles de cobertura de la red que se proporcionan como parte de la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud son para las condiciones médicas específicas únicamente y no se pueden aplicar a otra condición. Si desea obtener cobertura de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud para más de una condición médica, deberá completar una solicitud de transición del cuidado de la salud o continuidad del cuidado de la salud para cada condición específica.

Definiciones:

Transición del cuidado de la salud: Les ofrece a los miembros nuevos de UnitedHealthcare la alternativa de solicitar extensión de la cobertura de su profesional de cuidado de la salud actual fuera de la red durante un plazo limitado como consecuencia de una condición médica específica hasta que se pueda coordinar el cambio seguro a un profesional de cuidado de la salud de la red.

Continuidad del cuidado de la salud: Les brinda a los miembros de UnitedHealthcare la alternativa de solicitar que se extienda el cuidado que les brinda su profesional de cuidado de la salud actual si este ya no trabaja con su plan de salud y ahora se considera fuera de la red.

Dentro de la red: Los centros y los proveedores con los que su plan de salud tiene contrato para que proporcionen servicios para el cuidado de la salud.

Fuera de la red: Servicios proporcionados por un proveedor no participante.

Preautorización: Una evaluación que se realiza para la cobertura de su plan de salud antes de que pueda acceder a medicamentos o servicios.

Tratamiento activo: Un tratamiento activo habitualmente implica visitas regulares al profesional para controlar el estado de una enfermedad o trastorno, proporcionar tratamiento directo, recetar medicamentos u otro tratamiento o modificar un plan de tratamiento. Discontinuar un tratamiento activo podría ocasionar una recurrencia o empeoramiento de la condición en tratamiento e interferir con la recuperación. Por lo general, un tratamiento activo se define como dentro de los últimos 30 días, pero se evalúa según cada caso.

Consulte otros términos y definiciones de cuidado de la salud y seguro de salud en justplainclear.com.

Solicitud de transición del cuidado de la salud o continuidad del cuidado de la salud

Este formulario es para todos los miembros asegurados por completo que residen en California.

Para completar esta solicitud:

- Asegúrese de completar todos los campos.
- Cuando la solicitud esté completa, deberá firmarla el miembro para el cual se solicita la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud. Si el miembro es menor de edad, deberá firmar un tutor.
- Usted debe solicitar la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia de la cobertura o dentro de los 30 días de la fecha de cancelación del proveedor de cuidado de la salud. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días se revisarán según el caso.
- Se deberá completar una solicitud de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud por separado por cada condición por la cual usted o sus dependientes deseen obtener la transición del cuidado de la salud o la continuidad del cuidado de la salud.
- Envíe por correo o por fax la solicitud completa junto con los registros médicos relevantes e información dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de su plan de UnitedHealthcare a la siguiente dirección:

UnitedHealthcare
 600 Airborne Parkway
 Cheektowaga, NY 14225
 Attn: Transition of Care/Continuity of Care
 Fax: 1-855-686-3561

- Después de recibir su pedido, UnitedHealthcare revisará y evaluará la información proporcionada. Los formularios incompletos serán devueltos al solicitante. Si el formulario está completo, le enviaremos una carta para informarle si se aprobó o denegó su pedido. Completar esta solicitud no garantiza que se conceda el pedido de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud.
- Para recibir servicios de salud del comportamiento y abuso de sustancias, comuníquese con su compañía de seguros de salud del comportamiento y abuso de sustancias llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente en su información de inscripción o en su tarjeta de ID de cuidado de la salud.

Información del miembro		
<input type="checkbox"/> Miembro nuevo de UnitedHealthcare (solicitante de la transición del cuidado de la salud)		Fecha de cancelación del proveedor
<input type="checkbox"/> Miembro existente de UnitedHealthcare cuyo proveedor de cuidado de la salud finalizó sus servicios (solicitante de la continuidad del cuidado de la salud)		
Nombre (persona que actualmente recibe tratamiento)	Número de ID del miembro de UnitedHealthcare	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección	Ciudad	Estado/código postal
Número de teléfono celular/de la casa		Número de teléfono del trabajo
Nombre del empleador		Fecha de inscripción en el plan de UnitedHealthcare (mm/dd/aaaa)
Relación del miembro con el empleado <input type="checkbox"/> Usted mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otros datos	¿Actualmente el miembro tiene la cobertura de otra compañía de seguros de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la compañía de seguros:	
Autorización para divulgar registros: Autorizo a todos los médicos y a otros profesionales de cuidado de la salud o centros a proporcionar información a UnitedHealthcare sobre el cuidado médico, asesoramiento, tratamiento o suministros para el miembro que se menciona arriba. Esta información se usará para determinar si el miembro cumple los requisitos para obtener los beneficios de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud en virtud del plan.		
Firma del miembro/Firma del padre/madre o tutor si el miembro es menor de edad		Fecha (mm/dd/aaaa)

Sección del proveedor de cuidado de la salud: Su profesional de cuidado de la salud debe completar la siguiente información.

Nombre	Identificador nacional del proveedor (NPI) o número de ID fiscal (TIN)	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado/código postal
Hospital		Número de teléfono del hospital
Fecha de la última visita (mm/dd/aaaa)	Próxima cita programada (mm/dd/aaaa)	Frecuencia de las visitas
Diagnóstico	Duración prevista del tratamiento	En el caso de maternidad: Fecha prevista de parto (mm/dd/aaaa)

Seleccione 1 de las descripciones si corresponde:

- Condición potencialmente mortal
 Condición aguda
 Trasplante
 Paciente hospitalizado/recluido
 Cirugía prevista
 Discapacitado/discapacidad
 Enfermedad terminal
 Tratamiento continuo

Miembros recién nacidos: La cobertura para recién nacidos comienza en el momento del nacimiento y continúa durante 30 días. Usted debe seleccionar un pediatra de la red y notificar al representante de su plan de salud dentro de los 30 días de la fecha de nacimiento del bebé para que agregue al bebé a su plan.

¿El tratamiento es para una exacerbación de una lesión previa o una condición crónica? Sí No

Tratamientos actuales y relacionados/comentarios (incluir todos los códigos de Terminología de Procedimientos Actuales relevantes)

Si estas necesidades de cuidado no están relacionadas con la condición por la cual solicita cobertura de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud, complete una solicitud de transición del cuidado de la salud o de continuidad del cuidado de la salud por separado para cada condición.

El paciente que se menciona arriba es miembro de UnitedHealthcare. Comprendemos que usted no es proveedor participante en la red de UnitedHealthcare, o que pronto dejará de serlo. El miembro ha solicitado que durante un período definido de tiempo extendamos la cobertura para el cuidado en virtud del plan de beneficios del miembro para los servicios cubiertos que usted proporciona como proveedor no participante. Esto se debe a una condición que califica. Si aprobamos este pedido, usted acepta (1) proporcionar el servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto por el plan del miembro y (2) si corresponde, los términos y condiciones de su acuerdo de participación continuarán aplicándose al servicio cubierto, incluido cualquier cuidado de seguimiento cubierto por el plan del miembro. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si corresponde, el pago en virtud de su acuerdo de participación, junto con cualquier copago, deducible o coseguro que deba pagar el miembro en virtud del plan corresponde al pago en su totalidad del servicio cubierto y usted no intentará recuperar ni aceptará ningún pago del miembro, UnitedHealthcare o de cualquier otro pagador o persona que actúe en su nombre que supere el pago total, independientemente de si dicha cantidad sea inferior a su cargo habitual o facturado.
- Cuando se le solicite, nos proporcionará información sobre el tratamiento del miembro.
- Si corresponde, realizará referencias para servicios, incluidos servicios de laboratorio, a proveedores de la red de acuerdo con los términos de su acuerdo de participación.

Firma del profesional de cuidado de la salud

Fecha (mm/dd/aaaa)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: La información que figura en este documento se considera información comercial de propiedad exclusiva o confidencial de UnitedHealthcare. Consecuentemente, esta información podría ser usada solo por la persona o la entidad a la cual esté dirigida. Los destinatarios serán responsables de usar y proteger la información comercial de propiedad exclusiva de UnitedHealthcare de divulgaciones adicionales o del uso indebido, de acuerdo con las obligaciones contractuales del destinatario en virtud de cualquier acuerdo de servicios administrativos aplicable, contrato de póliza de grupo, acuerdo de no divulgación u otro contrato o ley aplicable. La información que recibió podría contener información de salud protegida y debe manejarse de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. Las personas que usen de forma indebida dicha información podrían quedar sujetas a sanciones penales y civiles.

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho importante para esto, podría cometer un acto de seguro fraudulento, que podría representar un delito, y también podría estar sujeto a una sanción civil por cada infracción.

No tratamos a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad. Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, presente una queja al coordinador de derechos civiles.

En internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Correo: Civil Rights Coordinator. UnitedHealthcare Civil Rights Grievance. P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días desde que ocurrió el hecho. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

En internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Teléfono: Llamada gratuita 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Correo: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

Proporcionamos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意: 如果您說中文 (Chinese), 我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: 한국어 (Korean)를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским (Russian). Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني المدرج على بطاقة التعريف الخاصة بك.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen (Haitian Creole), ou kapab benefisyè sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez français (French), des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku (Polish), udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala português (Portuguese), contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano (Italian), sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項: 日本語 (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (Farsi) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, नःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus Hmoob (Hmong), muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (Khmer) សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano (Ilocano), ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yániłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíik'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shq'odí ninaaltsoos nítł'izi bee nééhozinígíí bine'deę' t'áá jíik'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiłniłh.

OGOW: Haddii aad ku hadasho Soomaali (Somali), adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.