El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Este documento es solo un resumen. Para obtener más información acerca de la cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite nuestro sitio web MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3973. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos como cantidad autorizada, facturación del saldo, Coseguro, Copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-318-2596 para solicitar una copia.

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	Individual: $0 Familiar: $0	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta el monto del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro debe cumplir con el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio cubierto antes de cumplir con el deducible?	Sí. La atención médica preventiva, los medicamentos genéricos preferidos y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos antes de alcanzar el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha alcanzado el monto del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios médicos preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar el deducible. Consulte la lista de servicios médicos preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí, un deducible para medicamentos recetados que se aplica a Medicamentos Genéricos y de Marca No Preferidos y a Medicamentos Especializados. Individual: $150 Familiar: $300	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta alcanzar el monto del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Individual: $2,8000 Familiar: $5,600	El límite de gastos de su bolsillo es lo máximo que usted podría pagar en un año para los servicios cubiertos**.** Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo?	Primas, facturas con saldo adicional y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gastos de bolsillo.

Preguntas Importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Consulte en MolinaMarketplace.com o llame al 1-888-858-3973 para obtener una lista de proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor que forma parte de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que paga su plan (facturación del saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor que no forma parte de la red para algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que usted elija sin una remisión.

⚠ Todos los costos de **copagos** y **coseguros** que se muestran en este cuadro son después de alcanzar el **deducible**, en caso de que este se aplique.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
Si visita el consultorio de un proveedor de atención médica o una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o una enfermedad	$6 de Copago por consulta no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	$30 de Copago por consulta no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una preautorización o que los servicios no estén cubiertos.
	Atención médica preventiva/exámenes preventivos/ Vacunas	Sin cargo	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios que usted necesita son preventivos. Luego, consulte lo que pagará su plan.
Si tiene que hacerse un examen	Pruebas de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre, etc.)	$50 de Copago por radiografía no se aplica el deducible $20 de Copago por análisis de sangre no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una preautorización o que los servicios no estén cubiertos.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Imágenes (CT/PET, MRI)	$400 de Copago no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere una preautorización o los servicios de imágenes no están cubiertos.
Si requiere medicamentos para tratar su enfermedad o afección Más información acerca de la **cobertura de medicamentos recetados** está disponible en www.MolinaMarketplace.com	Medicamentos genéricos	$5 de Copago por receta médica no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una preautorización o que los servicios no estén cubiertos. Los medicamentos con receta pedidos por correo están disponibles para un suministro de hasta 90 días y se ofrecen en dos ocasiones el Costo compartido de la receta minorista de 30 días. Dependiendo del nivel de Categoría esto será un Copago o un Coseguro. Para los medicamentos de marca registrada con un equivalente genérico, los cupones o cualquier otra forma de asistencia para los costos compartidos de medicamentos recetados de terceros no se aplicarán a los deducibles ni a los límites de gastos de su bolsillo anuales. Se requiere una preautorización o los servicios no están cubiertos. El envío por correo no está disponible.
	Medicamentos de marca preferidos	$25 de Copago por receta médica no se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 40% por receta médica	Sin cobertura	
	Medicamentos de especialidad	Coseguro del 40% por receta médica	Sin cobertura	
Si requiere una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (p. ej., clínica de cirugía ambulatoria)	$350 de Copago por consulta no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una preautorización o que los servicios no estén cubiertos.
	Aranceles del médico/cirujano	$50 de Copago por consulta no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera una preautorización o que los servicios no estén cubiertos.
Si requiere atención médica inmediata	Atención de la sala de emergencias	$400 de Copago por consulta no se aplica el deducible	$400 de Copago por consulta no se aplica el deducible	Los costos compartidos de atención en la sala de emergencias no se aplica si es admitido en el hospital.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
	Traslado médico de emergencia	$350 de Copago no se aplica el deducible	$350 de Copago no se aplica el deducible	Ninguna
	Cuidado urgente	$6 de Copago por consulta	Sin cobertura	Se requiere preautorización para servicios de atención médica urgente fuera del área o los servicios no están cubiertos.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	$750 de Copago por día no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere una preautorización o los servicios no están cubiertos. Máximo de dos copagos por admisión.
	Aranceles del médico/cirujano	$30 de Copago no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere una preautorización o los servicios no están cubiertos.
Si necesita atención de salud mental, salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Visitas al Consultorio: $6 de Copago no se aplica el deducible Arancel profesional: $50 de Copago no se aplica el deducible Honorario del centro: $350 de copago, no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios para pacientes internados	$750 de Copago por día no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere una preautorización para la atención durante hospitalización o los servicios no están cubiertos. Máximo de dos copagos por admisión.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cobertura	Los costos compartidos no se aplican al cuidado prenatal ni a la primera consulta posnatal de rutina y ciertos servicios médicos preventivos. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un coseguro. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (p. ej., ecografía). Servicios de interrupción de embarazo,
	Servicios profesionales de parto/nacimiento	$50 de Copago no se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Servicios de parto/nacimiento en el centro	$750 de Copago por día no se aplica el deducible	Sin cobertura	

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará el máximo)	
				sujetos a restricciones y a la legislación estatal. Máximo de dos copagos por admisión.
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica domiciliaria	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a: • Hasta 2 horas de enfermería por consulta. • Un auxiliar de atención médica en el hogar hasta 4 horas por consulta. • 30 consultas por año natural. Se requiere preautorización después de 7 consultas para el entorno de atención en el hogar; de lo contrario, los servicios pueden no estar cubiertos.
	Servicios de rehabilitación	$30 de Copago no se aplica el deducible	Sin cobertura	20 consultas/año: terapia del habla, física y ocupacional combinadas
	Servicios de recuperación de las habilidades	$30 de Copago no se aplica el deducible	Sin cobertura	20 consultas/año: terapia del habla, física y ocupacional combinadas
	Atención de enfermería especializada	$750 de Copago por día no se aplica el deducible	Sin cobertura	Limitado a 30 días por año natural. Es posible que se requiera una preautorización, o que los servicios no estén cubiertos.
	Equipo médico duradero	$350 de Copago no se aplica el deducible	Sin cobertura	Excluye las modificaciones del vehículo, las modificaciones del hogar, el ejercicio y el equipo del baño.
	Atención médica para pacientes terminales	Sin cargo	Sin cobertura	Limitado a 6 meses en un período de 3 años. Solo notificación, no se requiere preautorización.
Si su hijo(a) necesita servicios dentales u oculares	Examen de los ojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un examen por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cobertura limitada a un par de anteojos por año.
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	No aplica. La cobertura se puede adquirir como un producto independiente; no está cubierta por esta póliza.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).		
• Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro). • Acupuntura. • Cirugía bariátrica. • Atención médica rutinaria de los pies.	• Cirugía cosmética. • Atención dental (adultos). • Aparatos auditivos. • Tratamiento de infertilidad.	• Atención a largo plazo. • Atención que no sea de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos. • Enfermería de servicio privado. • Atención quiropráctica. • Cuidado de rutina de los ojos (adultos).

Otros servicios cubiertos (Estos servicios pueden estar sujetos a limitaciones. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos de su plan).
Ninguna

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ofrecerle ayuda. A continuación, se indica la información de contacto de esos organismos: Departamento de Seguros (Insurance Department) de Utah 1-801-538-3077. También puede tener a su disposición otras opciones de cobertura, como la adquisición de cobertura de seguro individual a través del Marketplace de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Marketplace, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar quejas y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por una denegación de un reclamo. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Además, los documentos de su plan proporcionan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos o este aviso, o si necesita asistencia, puede comunicarse al siguiente contacto: Departamento de Seguros (Insurance Department) de Utah 1-801-538-3077.

¿Ofrece este plan Cobertura Esencial Mínima? Sí
Generalmente, la Cobertura Esencial Mínima incluye planes y seguros médicos disponibles a través del Marketplace u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y ciertas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para recibir el crédito fiscal anticipado para la prima.

¿Cumple este plan con los Estándares de Valor Mínimo? Sí
Si su plan no cumple con el Estándar de Valor Mínimo, usted puede ser elegible para obtener crédito fiscal anticipado para la prima que lo ayudará a pagar por un plan a través del Marketplace.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan puede cubrir los costos en una situación médica específica, consulte la siguiente sección.

Sobre estos Ejemplos de Cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran solo son ejemplos de cómo este plan cubriría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del precio del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de costo compartido (deducibles copagosy coseguro) y servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg tendrá un bebé
(9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en un hospital)

Deducible total del plan	**$0**
Copago de especialista	**$30**
Copago del hospital (centro)	**$750**
Otro coseguro	**40%**

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Visitas al consultorio del especialista *(cuidado prenatal)*
Servicios profesionales de parto/nacimiento
Servicios de parto/nacimiento en el centro
Pruebas de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg debe pagar:	
Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$1,300
Coseguro	$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Peg es	**$1,300**

Cuidado de diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red para una enfermedad bien controlada)

Deducible total del plan	**$0**
Copago de especialista	**$30**
Copago del hospital (centro)	**$750**
Otro coseguro	**40%**

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluye información sobre la enfermedad)*
Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos recetados
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe debe pagar:	
Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$1,300
Coseguro	$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Joe es	**$1,300**

Fractura simple de Mia
(consulta en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

Deducible total del plan	**$0**
Copago de especialista	**$30**
Copago del hospital (centro)	**$750**
Otro coseguro	**40%**

Este EJEMPLO incluye los siguientes servicios:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia debe pagar:	
Costo compartido	
Deducibles	$0
Copagos	$1,400
Coseguro	$0
Qué servicios no cubre el plan	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Mia es	**$1,400**

El plan será responsable del resto de los costos de estos servicios cubiertos que figuran como EJEMPLOS.

Notificación de no discriminación
Molina Healthcare

Estás en familia.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas con los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todos los miembros sin discriminar por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina también cumple con las leyes estatales aplicables y no discrimina en base a credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, estado militar o estado veterano licenciado honorablemente, o por el uso de un perro guía o un animal de servicio entrenado por una persona con una discapacidad.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Ayudas y servicios para personas con discapacidad
  - Intérpretes capacitados en lenguaje de señas
  - Material escrito en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, Braille)
- Servicios de idioma para personas que hablan otro idioma o tienen capacidades limitadas en inglés
  - Intérpretes especializados
  - Material escrito traducido en su idioma

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Molina. El número de Servicios para Miembros de Molina está en la parte posterior de su tarjeta de Identificación para Miembros. (TTY: 711).

Si cree que Molina no le proporcionó estos servicios o lo trató de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para escribir su queja, nosotros le ayudaremos. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889, o al TTY: 711.

Envíe su queja a: Civil Rights Coordinator, 200 Oceangate, Long Beach, CA 90802. También puede enviar su queja a civil.rights@molinahealthcare.com.

También puede presentar su queja ante Molina Healthcare AlertLine, las veinticuatro horas al día, los siete días de la semana en: https://molinahealthcare.alertline.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights). Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Puede enviarlo por correo a:

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

También puede enviarla a un sitio web a través del Portal de la Oficina de Quejas de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.
Si necesita ayuda llame al (800) 368-1019; TTY (800) 537-7697.

You have the right to get this information in a different format, such as audio, Braille, or large font due to special needs or in your language at no additional cost.

Usted tiene derecho a recibir esta información en un formato distinto, como audio, braille, o letra grande, debido a necesidades especiales; o en su idioma sin costo adicional.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services. The number is on the back of your Member ID card. (Inglés)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios para Miembros. El número de teléfono está al reverso de su tarjeta de identificación del miembro. (Español)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員服務。電話號碼載於您的會 員證背面。(Chino)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi Dịch vụ Thành viên. Số điện thoại có trên mặt sau thẻ ID Thành viên của bạn. (Vietnamita)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita ang numero sa likod ng iyong ID card ng Miyembro. (Tagalo)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 회원 서비스로 전화하십시오. 전화번호는 회원 ID 카드 뒷면에 있습니다. (Coreano)

تنبيه: إذا كنت تستخدم اللغة العربية، تتاح خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا لك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء. ورقم الهاتف هذا موجود خلف بطاقة تعريف العضو الخاصة بك. (Árabe)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele Sèvis Manm. W ap jwenn nimewo a sou do kat idantifikasyon manm ou a. (Criollo francés)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников. Номер телефона указан на обратной стороне вашей ID-карты участника. (Ruso)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե դուք խոսում եք հայերեն, կարող եք անվճար օգտվել լեզվի օժանդակ ծառայություններից: Զանգահարե՛ք Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Հեռախոսի համարը նշված է ձեր Անդամակցության նույնականացման քարտի ետևի մասում: (Armenio)

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。
会員サービスまでお電話ください。電話番号は会員IDカードの裏面に記載されております。
(Japonés)

توجه! اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی رایگان در اختیار شما است. با خدمات اعضاء تماس بگیرید. شماره تلفن مربوطه در پشت کارت عضویت شما درج شده است. (Farsí)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ (Member Services) ਨੂੰ ਫੋਨ ਕਰੋ। ਨੰਬਰ ਤੁਹਾਡੇ Member ID (ਮੈਂਬਰ ਆਈ. ਡੀ.) ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਪਾਸੇ ਹੈ। (Punjabí)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wenden Sie sich telefonisch an die Mitgliederbetreuungen. Die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Mitgliedskarte. (Alemán)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d’aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez les Services aux membres. Le numéro figure au dos de votre carte de membre. (Francés)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Cov npawb xov tooj nyob tom qab ntawm koj daim npav tswv cuab. (Hmong)

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានព័ត៌មាននេះក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗគ្នាដូចជាអូឌីយ៉ូប៊ែលឬពុម្ពអក្សរធំដោយសារតែតម្រូវការពិសេសឬភាសារបស់អ្នកដោយមិនគិតថ្លៃបន្ថែម។ (Jemer)