El documento del Resumen de Beneficios y de Cobertura (SBC, en inglés) lo ayudará a elegir el seguro de gastos médicos. En el SBC se muestra de qué manera compartirán usted y el plan los costos de los servicios de atención médica incluidos. NOTA: La información acerca del costo de este plan (llamado prima de la póliza) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información acerca de su cobertura o si desea obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-877-299-2377 o visite https://policy-srv.box.com/s/vf31z1sxpzi9k7ea515uzbr6pudq2mo4. Consulte el glosario para obtener información acerca de las definiciones generales de términos comunes, como cantidad aprobada, factura con saldo adicional, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro de los términos subrayados. Puede consultar el glosario en https://www.cms.gov/files/document/uniform-glossary-spanish-060723.pdf o llamar al 1-855-756-4448 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Cuál es el deducible general?	$6,000 individual/$12,000 familiar	Por lo general, usted tiene que 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 de la familia tiene que alcanzar el deducible individual hasta que el monto total de los gastos del deducible pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el deducible?	Sí. Los servicios que cobran un copago, los medicamentos con receta, los servicios en la sala de emergencias y la atención médica preventiva están incluidos antes de que alcance su deducible.	Este plan incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del deducible. Sin embargo, se puede aplicar un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan incluye determinados servicios de prevención sin gastos compartidos y antes de que alcance su deducible. Puede consultar una lista de los servicios de prevención incluidos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No necesita alcanzar los deducibles para servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gasto de bolsillo para este plan?	$7,000 individual/$14,000 familiar	El límite de gasto de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan, tienen que cumplir con sus propios límites de gasto de bolsillo hasta alcanzar el límite de gasto de bolsillo familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el límite de gasto de bolsillo?	Primas de la póliza, cargos por facturas con saldo adicional y atención médica que este plan no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el límite de gasto de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red?	Sí. Consulte en www.bcbstx.com o llame al 1-800-810-2583 para obtener una lista de los proveedores que forman parte de la red.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor que forma parte de la red del plan. Usted pagará más si acude a un proveedor que no forma parte 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 el plan (factura con saldo adicional). Tenga en cuenta que su proveedor que forma parte de la red puede trabajar con un proveedor que no forma parte de la red para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios.
¿Necesita un referido para consultar con un especialista?	Sí.	El plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios incluidos prestados por un especialista, siempre y cuando tenga un referido antes de consultar con un especialista.

⚠ 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	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	$50 de copago por consulta; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Consulta con un especialista	$100 de copago por consulta; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se requiere un referido.
	Atención médica preventiva/examen de detección/vacuna	Sin cargo; no se aplica el deducible	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 una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en https://policy-srv.box.com/s/vf31z1sxpzi9k7ea515uzbr6pudq2mo4.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la **cobertura para medicamentos con receta** disponible en www.bcbstx.com	Medicamentos genéricos	$25 de copago por receta médica en locales comerciales/$75 con entrega a domicilio; no se aplica el deducible	Sin cobertura	La venta en locales comerciales incluye un suministro para 30 días. Con la receta médica adecuada, está disponible un suministro por hasta 90 días. La entrega a domicilio incluye un suministro para 90 días. Puede requerirse el pago de la diferencia de costos entre el medicamento de marca y el genérico, si un medicamento genérico está disponible. Ciertos medicamentos requieren aprobación antes de que estén incluidos. Los gastos compartidos de la insulina incluida en la lista de medicamentos no deben superar los $25 por receta médica por un suministro para 30 días, independientemente de la cantidad o el tipo de insulina que se requiera para surtir la receta médica.
	Medicamentos de marca preferidos	$60 de copago por receta médica en locales comerciales/$180 con entrega a domicilio; no se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos de marca no preferidos	$90 de copago por receta médica en locales comerciales/$270 con entrega a domicilio; no se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Medicamentos especializados	$25/$60/$90 de copago por receta médica; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Los medicamentos especializados se deben obtener de un proveedor de farmacia de medicamentos especializados que forma parte de la red. Los medicamentos especializados están limitados a un suministro para 30 días, excepto en el caso de ciertos regímenes de dosificación designados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés). La entrega a domicilio no está incluida.
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en https://policy-srv.box.com/s/vf31z1sxpzi9k7ea515uzbr6pudq2mo4.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si requiere atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Cargos del centro: $150 de copago por consulta; no se aplica el deducible Cargos médicos en la sala de emergencias: 30% de coseguro después del deducible	Cargos del centro: $150 de copago por consulta; no se aplica el deducible Cargos médicos en la sala de emergencias: 30% de coseguro después del deducible	Se elimina el copago de la sala de emergencias si es admitido.
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	Transportación terrestre y aérea incluida.
	Atención médica inmediata	$50 de copago por consulta; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Es posible que deba pagar por servicios no incluidos por el arancel de consulta. Para ver algunos ejemplos, consulte la sección "Si tiene que hacerse una prueba" en la página 2.
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Honorarios del médico o cirujano	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	$50 de copago por visita al consultorio; no se aplica el deducible 30% de coseguro después del deducible por otros servicios para pacientes no hospitalizados	Sin cobertura	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener detalles.
	Servicios para pacientes internados	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en https://policy-srv.box.com/s/vf31z1sxpzi9k7ea515uzbr6pudq2mo4.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$50 de copago para un médico de atención primaria (PCP, en inglés)/ $100 de copago para un especialista (SPC, en inglés); no se aplica el deducible	Sin cobertura	El copago se aplica a la primera consulta prenatal (por embarazo). Los gastos compartidos no se aplican a los servicios de prevención. Según el tipo de servicios, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. La atención en maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	Atención médica en el hogar	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	$50 de copago por consulta con un PCP/ $100 con un SPC; no se aplica el deducible 30% de coseguro después del deducible por otros servicios para pacientes no hospitalizados y pacientes internados	Sin cobertura	Ninguna
	Servicios de habilitación	$50 de copago por consulta con un PCP/ $100 con un SPC; no se aplica el deducible 30% de coseguro después del deducible por otros servicios para pacientes no hospitalizados y pacientes internados	Sin cobertura	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en https://policy-srv.box.com/s/vf31z1sxpzi9k7ea515uzbr6pudq2mo4.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor que forma parte de la red (usted pagará menos)	Proveedor que no forma parte de la red (usted pagará más)	
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Límite de 60 días por año calendario. Se requiere autorización previa.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Cuidados paliativos	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Ninguna
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	$50 de copago para un PCP/$100 de copago para un SPC; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su plan generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Acupuntura
- Atención médica a largo plazo
- Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos
- Cirugía bariátrica
- Cuidado de rutina de los pies
- Enfermería de servicio privado
- Programas de pérdida de peso

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

- Atención dental (adultos, cobertura limitada)
- Atención quiropráctica
- Audífonos (1 por oído, por un período de 36 meses)
- Cirugía cosmética (cobertura limitada)
- Cuidado de rutina de los ojos (adultos)
- Tratamiento para la infertilidad (diagnóstico de infertilidad incluido; tratamiento de fertilización in vitro no incluido)

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en https://policy-srv.box.com/s/vf31z1sxpzi9k7ea515uzbr6pudq2mo4.

Su derecho a continuar con la cobertura: Si desea continuar con su cobertura una vez que esta finalice, existen organismos que pueden ayudarlo. La información de contacto de esos organismos es la que se indica a continuación: Para obtener información sobre la cobertura médica grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Texas, al 1-877-299-2377 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para obtener información sobre los seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Los planes eclesiásticos no están incluidos bajo las normas de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, en inglés) federal. Si la cobertura está asegurada, las personas deben comunicarse con su regulador estatal de seguros para consultar sus posibles derechos de continuación de cobertura conforme a la ley estatal. Otras opciones de cobertura pueden estar disponibles también para usted, incluida la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una inconformidad y apelaciones: Existen organismos que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su plan por un rechazo de una reclamación. Esta queja se denomina inconformidad o apelación. Para obtener más información acerca de sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Además, en los documentos de su plan, se proporciona información completa para presentar una reclamación, apelación o inconformidad a su plan por cualquier motivo. Si tiene preguntas acerca de sus derechos, este aviso o necesita asistencia, puede comunicarse con: Para cobertura médica grupal sujeta a la ley ERISA: comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-877-299-2377 o visite www.bcbstx.com. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-EBSA (3272) o visitar www.dol.gov/ebsa/healthreform, y con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visitar www.tdi.texas.gov. Para seguros de gastos médicos grupales gubernamentales no federales y planes eclesiásticos que son seguros de gastos médicos grupales, comuníquese con Blue Cross and Blue Shield of Texas al 1-877-299-2377 o visite www.bcbstx.com, o bien comuníquese con Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439 o visite www.tdi.texas.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Texas llamando al 1-800-252-3439 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/tx.html.

¿Proporciona este plan cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no pueda ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.
Si su plan no cumple con los estándares de valor mínimo, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar por un plan a través del Mercado de Seguros.

Servicios de asistencia en otros idiomas:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-299-2377.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-299-2377.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-877-299-2377.
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-877-299-2377.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan podría pagar por los servicios 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 incluiría los servicios de atención médica. Sus costos reales dependerán de los servicios médicos que reciba, del cargo del proveedor y de muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los gastos compartidos (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos conforme al plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debe pagar conforme a los diferentes seguros de gastos médicos. 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 general del plan** **$6,000**
- **Copago del especialista** **$100**
- **Coseguro del hospital (centro)** **30%**
- **Otro coseguro** **30%**

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

Costo total en el ejemplo	**$12,700**
En este ejemplo, Peg debe pagar:	
Gastos compartidos	
Deducibles	$6,000
Copagos	$50
Coseguro	$1,000
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	$60
El total que debe pagar Peg es	**$7,060**

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

- **Deducible general del plan** **$6,000**
- **Copago del especialista** **$100**
- **Coseguro del hospital (centro)** **30%**
- **Otro coseguro** **30%**

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 con receta
Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total en el ejemplo	**$5,600**
En este ejemplo, Joe debe pagar:	
Gastos compartidos	
Deducibles	$900
Copagos	$1,000
Coseguro	$0
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	$20
El total que debe pagar Joe es	**$1,920**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

- **Deducible general del plan** **$6,000**
- **Copago del especialista** **$100**
- **Coseguro del hospital (centro)** **30%**
- **Otro coseguro** **30%**

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

Costo total en el ejemplo	**$2,800**
En este ejemplo, Mia debe pagar:	
Gastos compartidos	
Deducibles	$1,700
Copagos	$600
Coseguro	$0
¿Qué servicios no incluye el plan?	
Límites o exclusiones	$0
El total que debe pagar Mia es	**$2,300**

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

La cobertura de atención médica es importante para todos.

Si usted o alguien a quien está ayudando tienen preguntas, tienen el derecho de obtener ayuda e información en su idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984. Proporcionamos apoyo y servicios gratuitos de comunicación para todas las personas que tengan una discapacidad o que necesiten asistencia lingüística.

No discriminamos en función de raza, color de piel, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud ni discapacidad. Si considera que no proporcionamos un servicio o piensa que lo hemos discriminado de alguna manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator	Teléfono:	855-664-7270 (correo de voz)
300 E. Randolph St., 35th Floor	TTY/TDD:	855-661-6965
Chicago, IL 60601	Fax:	855-661-6960

Usted puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en:

U.S. Dept. of Health & Human Services	Teléfono:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building 1019	Portal de quejas:	https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Formularios de quejas:	https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

BlueCross BlueShield of Texas

	To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.
Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	لتلقي المساعدة اللغوية أو التواصل مجانًا، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કૉલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíík'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jj' hodíilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.