



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 1-866-882-2034 o visite www.bcbstx.com/ut. 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 <u>deducible</u> general?	Fuera del área: \$600 individual/\$1,800 familiar	Por lo general, usted tiene que pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta el monto del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> comience a pagar. Si tiene otros miembros de la familia en el <u>plan</u> , cada miembro de la familia tiene que alcanzar el <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> general familiar.
¿Hay algún servicio incluido antes de alcanzar el <u>deducible</u> ?	Sí. Cierta <u>atención médica preventiva</u> está incluida antes de que alcance su <u>deducible</u> general.	Este <u>plan</u> incluye algunos artículos y servicios incluso si aún no alcanza el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> incluye determinados servicios de <u>prevención sin gastos compartidos</u> y antes de que alcance su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios de prevención</u> incluidos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Sí. \$3,000 de <u>deducible</u> para cirugía bariátrica por persona. Servicios de fertilidad de Progyny: \$1,000. <u>Deducible para medicamento con receta</u> : \$200 por persona. No hay otros <u>deducibles</u> específicos.	Debe pagar todos los costos por estos servicios hasta el monto del <u>deducible</u> específico antes de que este <u>plan</u> comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el <u>límite de gasto de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Gasto de bolsillo total: \$9,200 individual/\$18,400 familiar Límite del <u>Coseguro</u> : \$5,000 individual/\$15,000 familiar	El <u>límite de gasto de bolsillo</u> es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios incluidos. Si tiene otros miembros de la familia en este <u>plan</u> , tienen que alcanzar sus propios <u>límites de gasto de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gasto de bolsillo</u> familiar general.
¿Cuáles son los gastos no incluidos en el <u>límite de gasto de bolsillo</u> ?	<u>Primas de la póliza</u> , <u>deducible</u> para cirugía bariátrica, cargos por <u>facturas con saldo adicional</u> , servicios de fertilidad de Progyny, ciertos <u>medicamentos especializados</u> considerados beneficios de salud no esenciales y atención médica que este <u>plan</u> no incluye.	Aunque usted pague estos gastos, no se los contabiliza para el <u>límite de gasto de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> ?	Sí.	Usted paga menos si acude a un <u>proveedor que forma parte de la red</u> . Usted pagará más si acude a un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> , y es posible que reciba una factura de un <u>proveedor</u> por la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>factura con saldo adicional</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor que forma parte de la red</u> puede trabajar con un <u>proveedor que no forma parte de la red</u> para la prestación de algunos servicios (por ejemplo, análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para consultar con un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar con el <u>especialista</u> que usted elija sin un <u>referido</u> .



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
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Consulta de atención primaria para tratar una enfermedad o lesión	25% de <u>coseguro</u>	Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> .
	Consulta con un <u>especialista</u>	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Atención médica preventiva/exámenes de detección/vacunas</u>	Sin cargo; no se aplica el <u>deducible</u>	Es posible que deba pagar por servicios que no sean <u>preventivos</u> . Consulte con su <u>proveedor</u> si los servicios que usted necesita son <u>preventivos</u> . Luego, consulte lo que pagará su <u>plan</u> .
Si tiene que hacerse una prueba	<u>Pruebas de diagnóstico</u> (radiografía, análisis de sangre)	25% de <u>coseguro</u>	El <u>deducible</u> y el <u>coseguro</u> pueden aplicarse si se presenta en un centro.
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética)	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la <u>cobertura para medicamentos con receta</u> disponible en www.express-scripts.com/ut	Medicamentos genéricos	\$10 (en locales comerciales)/\$20 (con entrega a domicilio/Smart90®) de <u>copago</u> por receta médica	<u>Deducible</u> anual: \$200 por persona; suministro para 30 días en locales comerciales; suministro para 90 días con entrega a domicilio o Smart90®. Smart90® es una característica de su <u>plan</u> de medicamentos con receta médica que permite un suministro de 90 días en locales de Walgreens y farmacias de UT. Los medicamentos especializados se deben obtener en una farmacia de medicamentos especializados Accredo para permitir los <u>copagos dentro de la red</u> .
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 (en locales comerciales)/\$87.50 (con entrega a domicilio/Smart90®) de <u>copago</u> por receta médica	
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 (en locales comerciales)/\$150 (con entrega a domicilio/Smart90®) de <u>copago</u> por receta médica	
	<u>Medicamentos especializados</u>	Igual que arriba si los obtiene en una farmacia de medicamentos especializados de UT o Accredo	

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/ut.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si requiere una cirugía para pacientes no hospitalizados	Arancel del centro (p. ej., centro de cirugía para pacientes no hospitalizados)	25% de <u>coseguro</u>	Cirugía bariátrica incluida, sujeta a un <u>deducible</u> de \$3,000 por persona. El asegurado debe estar inscrito, sin interrupciones, en el plan UT SELECT o UT CONNECT durante los 36 meses previos a la fecha de la cirugía.
	Honorarios del médico o cirujano	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si requiere atención médica inmediata	<u>Atención en la sala de emergencias</u>	Cargos del centro: 25% de <u>coseguro</u> Cargos médicos de la sala de emergencias: 25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	25% de <u>coseguro</u>	Transportación terrestre y aérea incluida.
	<u>Atención médica inmediata</u>	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si tiene una estadía en un hospital	Arancel del centro (p. ej., habitación del hospital)	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Honorarios del médico o cirujano	25% de <u>coseguro</u>	Ninguna
Si necesita atención de salud mental, de salud conductual o tratamiento para el abuso de sustancias	Servicios para pacientes no hospitalizados	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Consulte el certificado de beneficios* para obtener detalles. Las consultas virtuales están disponibles; para obtener más información, consulte la póliza de su <u>plan</u> . El <u>coseguro</u> aplica solo a visitas al consultorio y centros para pacientes no hospitalizados.
	Servicios para pacientes internados	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .

* Para obtener más información acerca de las limitaciones y excepciones, consulte el documento de la póliza o el plan en www.bcbstx.com/ut.

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si está embarazada	Visitas al consultorio	25% de <u>coseguro</u>	Los <u>gastos compartidos</u> no se aplican a los <u>servicios de prevención</u> . Según el tipo de servicios, puede aplicarse un <u>coseguro</u> o <u>deducible</u> . La atención en maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra sección del SBC (es decir, ultrasonido).
	Servicios profesionales de parto o nacimiento	25% de <u>coseguro</u>	
	Servicios de parto o nacimiento en el centro	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
Si requiere ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas específicas	<u>Atención médica en el hogar</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Límite de 120 consultas por año del <u>plan</u> .
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	25% de <u>coseguro</u>	Límite de 35 días por afección por año del <u>plan</u> si se facturan modalidades de fisioterapia o terapia ocupacional. Límite de 60 días por afección por año del <u>plan</u> para terapia del habla y terapia auditiva.
	<u>Servicios de habilitación</u>	25% de <u>coseguro</u>	
	<u>Atención de enfermería especializada</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> . Límite de 180 días por año del <u>plan</u> .
	<u>Equipo médico duradero</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para sillas de ruedas y determinado <u>equipo médico duradero</u> que supere los \$5,000.
	<u>Cuidados paliativos</u>	25% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .

Evento médico común	Los servicios que podría necesitar	Qué deberá pagar	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si su hijo necesita atención dental o cuidado de los ojos	Examen de la vista para niños	Sin cobertura	Ninguna
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Ninguna
	Chequeo dental para niños	Sin cobertura	Ninguna

Servicios excluidos y otros servicios incluidos:

Servicios que su <u>plan</u> generalmente NO incluye (consulte su póliza o los documentos del <u>plan</u> para obtener más información y una lista de otros <u>servicios excluidos</u>).		
• Acupuntura • Atención dental (adulto/niño, salvo cuando sea una <u>necesidad médica</u>) • Atención médica a largo plazo	• Cirugía cosmética (salvo afecciones específicas) • Cuidado de rutina de los ojos (adulto/niño)	• Cuidado de rutina de los pies (salvo con diagnóstico de diabetes) • 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 <u>plan</u>).		
• Atención médica que no es de emergencia para viajes fuera de los Estados Unidos (www.bluecardworldwide.com) • Atención quiropráctica (35 consultas por año)	• Audífonos (máximo de \$1,000 por período de 36 meses/oído para audífonos. Para los niños menores de 18 años, se incluye un audífono por oído cada 36 meses sin máximo de dinero) • Cirugía bariátrica (se aplica un <u>deducible</u> por separado; se recomienda determinación previa)	• Enfermería de servicio privado (excepto la enfermería de servicio privado para pacientes internados) limitado a 90 consultas al año • Tratamiento para la infertilidad (Beneficios de fertilidad a través de Progyny. Comuníquese con Patient Care Advocates al 1-844-535-0711)

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 1-800-521-2227 o visite www.bcbstx.com. Para obtener información sobre la cobertura médica grupal sujeta a la Ley para la Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés), 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 1-800-521-2227 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 1-800-521-2227 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 1-866-882-2034.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-866-882-2034.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-866-882-2034.

Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-866-882-2034.

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 coseguros) 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 y parto en un hospital dentro de la red)

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$600
■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>	25%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	25%
■ Otro <u>coseguro</u>	25%

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:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$3,000
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$60
El total que debe pagar Peg es	\$3,660

Cuidado de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$600
■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>	25%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	25%
■ Otro <u>coseguro</u>	25%

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:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u> *	\$800
<u>Copagos</u>	\$600
<u>Coseguro</u>	\$300
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$20
El total que debe pagar Joe es	\$1,720

Fractura simple de Mia

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

■ <u>Deducible</u> general del <u>plan</u>	\$600
■ <u>Coseguro</u> del <u>especialista</u>	25%
■ <u>Coseguro</u> del hospital (centro)	25%
■ Otro <u>coseguro</u>	25%

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:

<u>Gastos compartidos</u>	
<u>Deducibles</u>	\$600
<u>Copagos</u>	\$0
<u>Coseguro</u>	\$500
<i>¿Qué servicios no incluye el plan?</i>	
Límites o exclusiones	\$0
El total que debe pagar Mia es	\$1,100

* Nota: Este plan tiene otros deducibles para servicios específicos incluidos en este ejemplo de cobertura. Consulte la fila "¿Hay otros deducibles para servicios específicos?" arriba.



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
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
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
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>



	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	لنلقى المساعدة اللغوية أو التواصل مجاناً، 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	બાધા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ 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 jí' 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	Đề được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.