Friday Silver Copay

Cobertura para: Individuo, individuo + cónyuge, familia | Tipo de plan: HMO

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.fridayhealthplans.com/members/resources/nm o llame al 1-844-805-5000. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en https://www.healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-800-756-4448 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	Para proveedores dentro de la red: $5,500 por individuo / $11,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible?	Sí. La atención preventiva y los servicios de atención primaria se cubren antes de alcanzar su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios, incluso si aún no ha alcanzado la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de alcanzar su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para proveedores dentro de la red: $8,700 por individuo / $17,400 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted pague estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red?	Sí. Consulte Haga clic aquí para ver los proveedores dentro de la red o llame al 1-844-805-5000 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan tiene una red de proveedores. Usted pagará menos si acude a un proveedor dentro de la red del plan. Usted pagará el máximo si acude a un proveedor fuera de la red, y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en mente que su proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de obtener servicios.
¿Necesita una derivación para atenderse con un especialista?	No.	Puede acudir a un especialista por servicios cubiertos sin una derivación.

Todos los copagos y el coseguro que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su deducible, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Los proveedores de telemedicina designados de Friday no están sujetos a deducible y están cubiertos por completo.
	Consulta con un especialista	$80 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Ninguna.
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Usted tendrá que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulte con su proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifique lo que su plan pagará. La atención preventiva ahora también incluye exámenes de calcificación arterial para el diagnóstico de enfermedades cardíacas. La atención preventiva ahora también incluye exámenes de calcificación arterial para el diagnóstico de enfermedades cardíacas.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografía)	$100 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	No hay cargos por exámenes y servicios de atención médica relacionados con la COVID-19. No se requiere autorización previa para ecografías de diagnóstico de ginecología u obstetricia.
	Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada / tomografía por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la cobertura de medicamentos con receta médica en https://caprx.adaptiverx.com/webSearch/index?key=8F02B26A288102C27BAC82D14C006C6FC54D480F80409B68E5FAE0FB47 E8C029.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Hasta $30 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos genéricos preferidos del formulario; no se aplica el deducible. Ciertos medicamentos con receta médica para la atención preventiva, el tratamiento de enfermedades mentales, la salud conductual o los trastornos por abuso de sustancias estarán cubiertos sin cargo para usted. Consulte la lista de medicamentos cubiertos de su plan para obtener información detallada.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Hasta $80 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos de marca preferidos del formulario. La insulina no superará los $25 por receta médica para un suministro de 30 días
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 2 & 4)	Hasta $150 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica a los medicamentos de marca no preferidos, genéricos no preferidos y de especialidad no preferidos del formulario.
	Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	Hasta $425 de copago; no se aplica el deducible	Sin cobertura	Se aplica solo a los medicamentos de especialidad del formulario. Algunos medicamentos de especialidad están disponibles en otros niveles. No todos los medicamentos de especialidad están cubiertos, y es posible que se requiera autorización previa. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Tarifas del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Si no obtiene la autorización previa, es posible que se le deniegue la cobertura. Consulte los documentos de su póliza* para obtener información detallada.
	Tarifas del médico / cirujano	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	Usted paga lo mismo que dentro de la red si se trata de una emergencia, según se define en su plan. No se permite la facturación de saldo para atención fuera de la red.
	Transporte médico de emergencia	30% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible	
	Atención de urgencia	$100 de copago por visita; no se aplica el deducible	$100 de copago por visita; no se aplica el deducible	No se aplica el deducible.
Si necesita hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	En caso de que no se obtenga la autorización previa para un servicio que requiera autorización previa, es posible que se le deniegue los beneficios. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles.
	Tarifas del médico / cirujano	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	En caso de que no se obtenga la autorización previa para un servicio que requiera autorización previa, es posible que se le deniegue los beneficios. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles.
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	$80 de copago por visita; no se aplica el deducible	Sin cobertura	El costo compartido no se aplica a los servicios preventivos. Para servicios no preventivos, es posible que se aplique un coseguro. La atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía).
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	100 días por año. Se requiere autorización previa. En caso de que no se obtenga la autorización previa para un servicio que requiera autorización previa, es posible que se le deniegue los beneficios. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles.
	Servicios de rehabilitación	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	En caso de que no se obtenga la autorización previa para un servicio que requiera autorización previa, es posible que se le deniegue los beneficios. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles. El proveedor debe determinar de antemano que los servicios de rehabilitación pueden generar una mejora significativa en su condición médica. Estos servicios pueden incluir fisioterapia y terapia ocupacional, patologías del lenguaje y el habla, y otros servicios para personas con discapacidades en diversos centros para pacientes hospitalizados o pacientes ambulatorios.
	Servicios de habilitación	Sin cargo; no se aplica el deducible	Sin cobertura	
	Atención de enfermería especializada	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	60 días por año. En caso de que no se obtenga la autorización previa para un servicio que requiera autorización previa, es posible que se le deniegue los beneficios.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Es posible que se requiera autorización previa. Consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará el máximo)	
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	30% de coseguro después del deducible	Sin cobertura	Los beneficios de servicios en un programa de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados o en su hogar están cubiertos si usted tiene una enfermedad terminal.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para	Sin cargo	Sin cobertura	La cobertura se limita a un examen por año y a un examen de refracción por año.
	Anteojos para niños	Sin cargo	Sin cobertura	Cubre un (1) par de lentes por año cuando se determina que un cambio en la receta médica es necesario por motivos médicos; un (1) par de marcos.
	Control dental para niños:	Sin cobertura	Sin cobertura	La cobertura dental para niños puede adquirirse por separado como una póliza independiente.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios

- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de los pies de rutina (a menos que tenga diabetes)

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Aborto (excepto en casos de violación, incesto o cuando la vida de la madre está en peligro)
- Acupuntura (20 visitas por año a menos que sea para fines de habilitación y rehabilitación)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (20 visitas por año a menos que sea para fines de habilitación y rehabilitación)
- Audífonos
- Tratamiento para la infertilidad
- Servicios de enfermería privada
- Atención de la vista de rutina (adultos) (1 examen por año)
- Programa de pérdida de peso

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Oficina del Superintendente de Seguros (Office of the Superintendent of Insurance, OSI) al 1-855-427-5674. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con Friday Health Plans al 1-844-805-5000. También puede comunicarse con la Oficina del Superintendente de Seguros al 1-855-427-5674.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí.
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? Sí.
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Servicio de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-844-805-5000.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-844-805-5000.

Chinese (中文): **如果需要中文的帮助**, 请拨打这个号码 1-844-805-5000.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-844-805-5000.

Declaración de revelación de la PRA: De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act) de 1995, a ninguna persona se le requiere responder a una recopilación de información, a menos que esta muestre un número válido de control OMB. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es **0938-1146**. Se calcula que llenar la recopilación de información lleva un promedio de **0.08** horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes y reunir la información necesaria, además de revisar la información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

*Para ver ejemplos de cómo este **plan** podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente*

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Sus costos reales pueden variar según el tratamiento real que reciba, los precios que sus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con los distintos planes médicos. Tenga presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

El deducible general del plan	$5,500
Copago al especialista	$80
Coseguro del hospital	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del	$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos	
Deducibles	$5,500
Copagos	$200
Coseguro	$2,000
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	$7,760

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

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

El deducible general del plan	$5,500
Copago al especialista	$80
Coseguro del hospital	30%
Otro coseguro	30%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre)*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos	
Deducibles*	$900
Copagos	$1,400
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	$2,320

Fractura simple de Mia

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

El deducible general del plan	$5,500
Copago al especialista	$80
Coseguro del hospital	30%
Otro coseguro	30%

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

Costo total del ejemplo	$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos	
Deducibles*	$2,000
Copagos	$700
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mía pagaría es	$2,700

El plan sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

Servicios de intérpretes en varios idiomas

Spanish: Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Friday Health Plans, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-805-5000.

Vietnamese: Nếuquý vị, hay ngườimà quý vị đang giúp đỡ,có câu hỏivềFriday Health Plans, quý vị sẽcó quyền đượcgiúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữcủa mình miễn phí. Đểnói chuyện vớimộtthông dịch viên, xin gọi1-844-805-5000.

Chinese: 如果您，或您正在幫助的人，有關於 Friday Health Plans方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息 想要跟一位翻譯員通話，請致電 1-844-805-5000.

Korean: 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Friday Health Plans 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는
권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-805-5000 로 전화하십시오.

Russian: Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Friday Health Plans, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-844-805-5000.

Amharic: እርስዎ፣ ወይም እርስዎ የሚያግዙት ግለሰብ፣ ስለ Friday Health Plans ጥያቄ ካላቸው፣ ያለ ምንም ክፍያ በቋንቋዎ እርዳታና መረጃ የማግኘት መብት አላቸው። ከአስተርጓሚ ጋር ለመነጋገር፣ 1-844-805-5000 ይደውሉ።

Arabic: الف قحلديك Plans Health Friday إن كاكيدى أول لص دشدهخشد ةلئسد أعاسة وص في 1-844-805-5000 ىلع اصحلولصخب ةيوالعملوامت اعاسملدة رور اضلرور كبلغتن مةيدون ا ةفلكتب تمرجمحتللعم دث

German: Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Friday Health Plans haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-805-5000 an.

French: Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Friday Health Plans, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-844-805-5000.

Napali: यिद तपाई ं आफ्नाो लाि ंग आफ ै ं आवदेनको काम गद, वा कसलाई मद्त गद हनह न्छ Friday Health Plans बार ए्ह छन ्भन आफ्नो मातभ ाषामा क सहाि ता ि ंन:शल्

वा जानकार पाउने ि धकार छ । दोभाषे (इन्टरप्रेटर) स कु रा गनर ुपरे 1-844-805-5000 मा फोन गनर ुहोस ् ।

Tagalog: Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Friday Health Plans, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-844-805-5000.

Japonés: ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Friday Health Plans についてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、1-844-805-5000 までお電話ください。

Cusita: Isin yookan namni biraa isin deeggartan Friday Health Plans irratti gaaffii yo qabaattan, kaffaltii irraa bilisa haala ta'een afaan keessaniin odeeffannoo argachuu fi deeggarsa argachuuf mirga ni qabdu. Nama isiniif ibsu argachuuf, lakkoofsa bilbilaa 1-844-805-5000 tiin bilbilaa.

Persa: رایگان طور به را خود زبان به اطلاعات و که کمک دارید را Plans Health Friday ، مورد در سوال ، میکنید کمک او یا کسی که شما به ،شما گر 1-844-805-5000 این حق داشته باشید نمایید حاصل تماس نمایید دریافت.

Kru: I bale we, tole mut u ye hola, a gwee mbarga inyu Friday Health Plans, U gwee Kunde I kosna mahola ni biniiguene i hop wong nni nsaa wogui wo. I Nyu ipot ni mut a nla koblene we hop, sebel 1-844-805-5000.

Ibo: Ọbụrụgị, ma o bụonye I na eyere-aka, nwere ajụjụgbasara Friday Health Plans, I nwere ohere iwenta nye maka na ọmụma na asụsụgị na akwu gị ụgwọ. I chọrọl kwụrụonye-ntapịa okwu, kpọ1-844-805-5000.

Yoruba: Bí ìwọ, tàbí ẹnikẹni tí o n ranlọwọ, bá ní ibeere nipa Friday Health Plans, o ní ẹtọlati rí iranwọàti ìfitónilétí gbà ní èdè rẹláìsanwó. Láti bá ongbufọkan sọrọ, pè sórí 1-844-805- 5000.