



Solicitud de cobertura de transición

Categoría de ECHS – TCRF

Personal y confidencial

Los miembros completamente asegurados del plan comercial de California no deben utilizar este formulario.

Aetna Voluntary Plans

PO Box 14079

Lexington, KY 40512-4079

En el reverso encontrará respuestas a las preguntas frecuentes sobre la cobertura de TOC (Transition-Of-Care, transición de atención). Léalas antes de completar este formulario.

Esta es una solicitud para que Aetna cubra la atención actual en el nivel de beneficios más alto de parte de alguno de los siguientes:

- un **médico fuera de la red**;
- **algunos otros proveedores de atención de salud** que lo hayan tratado.

Una vez que hayamos revisado su formulario completo, le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión respecto de su solicitud de cobertura de TOC.

Paso 1: Complete las siguientes secciones:

1. Sección 1 (Información de grupo o empleador).
2. Sección 2 (Información del paciente y del solicitante): La información del plan de Aetna se encuentra en el frente de la tarjeta de identificación (o ID) de Aetna.
3. Sección 3 (Autorización): Lea la autorización, firme el formulario y coloque la fecha en este.

Paso 2: Entregue el formulario al médico para que complete la sección 4.

Paso 3: Envíe el formulario completo **por fax** a Aetna para su revisión. Nota: Complete un formulario para cada proveedor de atención de salud.

Nota: **No** se requiere una solicitud de cobertura de transición si su proveedor es parte de la red de Aetna (proveedor participante) o es parte del nivel de beneficios más alto de su plan. DocFind[®], el directorio de proveedores en línea de Aetna Voluntary Plans (Planes Voluntarios de Aetna), está disponible en <http://www.aetna.com/voluntary>. Debe elegir la pestaña "Find a doctor" (encuentre un médico). Allí podrá saber si su médico pertenece a la red u obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en su plan de Aetna. También puede comunicarse con nosotros al número que figura en su tarjeta de identificación de Aetna.

Envíe las solicitudes médicas por fax al 1-859-455-8650.

Asegúrese de completar todos los campos de las páginas 3 y 4 antes de enviar este formulario de solicitud. Esto acelerará el procesamiento de su solicitud de TOC.

Preguntas y respuestas sobre la cobertura de transición de atención de Aetna

- P. ¿Qué es la cobertura de TOC?
- R. La cobertura de TOC es cobertura temporaria. Puede recibirla cuando se convierte en miembro de un plan de beneficios médicos de Aetna o cuando cambia su plan médico actual de Aetna y el médico que le brinda tratamiento presenta esta característica:
- no pertenece a la red de Aetna.
- La cobertura de TOC también puede corresponderle incluso si usted no cambia su plan médico actual de Aetna pero su médico tratante deja la red de Aetna o cambia su designación en la red, lo que afecta sus beneficios. La cobertura de TOC no se aplica a PCP (*Primary Care Physicians*, médicos de cuidado primario) que no pertenecen a la red de Aetna, excepto cuando el PCP deja la red de Aetna durante el año del plan y usted está recibiendo tratamiento, o si así lo determina alguna ley o reglamentación. La cobertura de TOC aprobada le permite a un miembro que está recibiendo tratamiento continuar el tratamiento **por un período limitado** al nivel de beneficios más alto del plan.
- La cobertura de TOC se aplica solo para el médico que se solicitó. Con excepción de Nueva York, la cobertura de TOC no incluye centros de atención de salud, prestadores de DME (*Durable Medical Equipment*, equipo médico duradero) ni artículos de farmacia (consulte también la segunda pregunta que aparece más abajo). Si se aprueba la cobertura de TOC, el médico debe utilizar un centro de atención de salud, un prestador de DME o un prestador de servicios de farmacia que pertenezcan a la red de Aetna. Si desea solicitar la cobertura para un prestador o un centro que están fuera de la red de Aetna, llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Aetna y pida un formulario de solicitud para proveedores no participantes.
- P. ¿Qué es un tratamiento activo?
- R. Un tratamiento activo es un programa de servicios planificados que usted ha iniciado con su médico para corregir o tratar una enfermedad diagnosticada. La fecha de inicio es la fecha del primer servicio o tratamiento. Este tipo de tratamiento cubre una cierta cantidad de servicios o un cierto período de tratamiento en situaciones especiales. Entre los ejemplos de tratamientos activos se incluyen los siguientes:
- Miembros que se inscriben en Aetna con más de 20 semanas de embarazo, a menos que existan requisitos específicos del estado o del plan (los miembros con menos de 20 semanas de embarazo que, según confirmación de Aetna, son casos de alto riesgo, se revisan de forma individual).
 - Miembros con 14 semanas de embarazo o más que están recibiendo atención por parte de un profesional participante de Aetna cuya designación en la red cambia.
 - Miembros que siguen un plan de tratamiento en curso, como quimioterapia o radioterapia.
 - Miembros que sufren una enfermedad terminal y tienen una esperanza de vida de seis meses o menos.
 - Miembros que necesitan más de una cirugía, como la reparación de paladar hendido.
 - Miembros que recientemente se han sometido a una cirugía.
 - Miembros que reciben tratamiento ambulatorio por una enfermedad mental o por abuso de sustancias. (El miembro debe haber tenido como mínimo una sesión de tratamiento dentro de los 30 días anteriores a la fecha de cambio de estado del miembro o de la designación del proveedor de atención de salud participante). Miembros con una enfermedad existente o que los incapacita y que empeora repentinamente.
 - Miembros que podrían necesitar un trasplante de órganos o de médula ósea, o a quienes se les ha realizado uno de ellos.
- Para tener posibilidades de recibir cobertura de TOC, el tratamiento debe haber comenzado **antes** de la fecha de inscripción o reinscripción; **antes** de la fecha en que su médico dejó de pertenecer a la red de Aetna o **antes** de que cambiara la designación en la red de un médico.
- P. ¿Qué otros tipos de proveedores, además de los médicos, podrían considerarse para la cobertura de TOC?
- R. Los profesionales de la salud como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla y agencias que prestan servicios de atención domiciliar especializada como las visitas de enfermeras, entre otros. Se tiene en cuenta la TOC para hospitales participantes únicamente cuando el centro no está designado como un centro de nivel 1 para planes que incluyan estas redes con niveles. La TOC no se aplica a otros centros de atención de salud (por ejemplo, centros de enfermería especializada), así como tampoco a los prestadores de DME ni de artículos de farmacia.
- P. Si mi médico me está tratando en la actualidad, ¿por qué podría no aprobarse mi solicitud de cobertura de TOC?
- R. Si está recibiendo tratamiento en la actualidad, el procedimiento o servicio debe ser un beneficio cubierto. Su médico también debe aceptar los términos que se explican en el formulario de solicitud de TOC.
- P. Mi PCP ya no es un proveedor de Aetna. Si mi plan requiere que elija a un PCP, ¿podré continuar viendo a mi médico?
- R. Su plan no requiere que elija a un PCP.
- P. ¿Cuánto dura la cobertura de TOC?
- R. Por lo general, la cobertura de TOC dura 90 días, aunque esto puede variar según su enfermedad (por ejemplo, en el caso de un embarazo). Se le informará si su solicitud de cobertura de TOC es aprobada y por cuánto tiempo.
- P. ¿Cómo me inscribo para recibir cobertura de TOC?
- R. Comuníquese con Servicios al Cliente del área de Planes Voluntarios de Aetna. Debe enviar un formulario de solicitud de TOC a esta área dentro de alguno de los siguientes plazos:
- dentro de los 90 días posteriores a su inscripción o reinscripción;
 - dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que el proveedor de atención de salud dejó de pertenecer a la red de Aetna;
 - dentro de los 90 días posteriores al cambio de designación en la red de un médico.
- Tanto usted como su médico pueden enviar el formulario de solicitud.
- P. ¿Cómo sé si se aprueba mi solicitud de cobertura de TOC?
- R. Recibirá una carta por el correo de los Estados Unidos. Allí podrá ver si su solicitud ha sido aprobada o no.
- P. ¿Qué debo hacer si tengo más preguntas sobre la cobertura de TOC?
- R. Llame al número de Servicios al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de Aetna.



Solicitud de cobertura de transición

Categoría de ECHS – TCRF

Personal y confidencial

Los miembros completamente asegurados del plan comercial de California no deben utilizar este formulario.

Aetna Voluntary Plans

PO Box 14079

Lexington, KY 40512-4079

1. Información de grupo o empleador (Importante: Complete un formulario por separado para cada miembro o proveedor).

Nombre del grupo o empleador (escriba en letra de imprenta)	Número de control del plan	Fecha de entrada en vigor del plan (obligatorio)
---	----------------------------	--

2. Información del paciente y del solicitante

Nombre del solicitante (escriba en letra de imprenta)	Número de ID de Aetna del solicitante	
Dirección del solicitante (escriba en letra de imprenta)		
Nombre del paciente (escriba en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Dirección del paciente (escriba en letra de imprenta)	Producto o tipo de plan	
Número de teléfono del paciente/solicitante que presenta la solicitud (para llamados de 9 a. m. a 5 p. m.)	Fecha del último tratamiento anterior al comienzo de la cobertura de Aetna (si corresponde)	

3. Autorización

Solicito que se apruebe la cobertura de la atención actual que brinda el proveedor de atención de salud que figura más abajo para el tratamiento que comenzó antes de mi fecha de entrada en vigor con Aetna, antes de que finalizara el contrato del proveedor con la red de Aetna o antes de que cambiara la designación en la red del proveedor. Si se aprueba, comprendo que la autorización de cobertura para los servicios que se indican a continuación tendrá validez por un cierto período. Autorizo al proveedor de atención de salud a enviar a Aetna toda la información o los registros médicos necesarios para que pueda tomarse una decisión.

Firma del paciente (obligatoria si el paciente tiene 17 años de edad o más)	Fecha (MM/DD/AAAA)
Firma del padre/de la madre (obligatoria si el paciente tiene 16 años de edad o menos)	Fecha (MM/DD/AAAA)

4. Información del proveedor (Importante: Brinde toda información específica que pueda ayudar a evitar demoras en el procesamiento de esta solicitud).

Nombre del médico tratante u otro proveedor de atención de salud (escriba en letra de imprenta)	Número de teléfono
Dirección del médico tratante u otro proveedor de atención de salud (escriba en letra de imprenta)	Número de identificación fiscal
Firma del médico tratante u otro proveedor de atención de salud	Fecha (MM/DD/AAAA)

El paciente antes mencionado es un miembro de Aetna a partir de la fecha de entrada en vigor que se indicó anteriormente. Entendemos que usted no es un proveedor participante de la red de Aetna o que en un futuro cercano dejará de serlo. El paciente solicitó la cobertura de su atención durante un período específico. Esto se debe a una enfermedad, como un embarazo, que se considera un tratamiento activo. El tratamiento activo se define como “un programa de servicios planificados que comienza en la fecha en que el proveedor presta el primer servicio para corregir o tratar la enfermedad diagnosticada, cubre una cantidad de servicios o un período de tratamiento definidos e implica una situación calificadora”. Por favor, informe brevemente cuál es la enfermedad actual y el plan de tratamiento del paciente. En el caso de un embarazo, indique la EDC (*Estimated Date of Confinement*, fecha estimada de parto). Si aprobamos esta solicitud, usted acepta lo siguiente:

- Brindar tratamiento al paciente y realizar el seguimiento.
- No solicitar a este paciente el pago de ningún monto que no sea responsabilidad del paciente conforme a su plan de beneficios (por ejemplo, copagos, deducibles u otros costos de desembolso del paciente).
- Compartir información con nosotros acerca del tratamiento del paciente.
- Utilizar la red de Aetna para cualquier remisión, estudio de laboratorio u hospitalización en el caso de servicios que no sean parte del tratamiento solicitado. En el estado de Nueva York, el proveedor que complete el formulario puede no estar por dejar la red sino solicitar que la atención posterior sea brindada por un hospital que vaya a abandonar la red.

Declaraciones falsas

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que este formulario contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en una prisión estatal. **Atención, residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención, residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención, residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas e intencionalmente, agravié, defraude o engañe a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **Atención, residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Ohio:** Toda persona que, con intención de defraudar o consciente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención, residentes de Oregón:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención, residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000). También podrá ser encarcelada por un período fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede ascender a un máximo de cinco (5) años y, si existen circunstancias atenuantes, el período de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención, residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención, residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma del miembro o paciente:

Fecha (MM/DD/AAAA):

Aviso de no discriminación

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna ofrece recursos o servicios gratuitos a las personas con discapacidades y para las personas que necesitan ayuda en el idioma. Si usted necesita un intérprete calificado, información por escrito en otros formatos, traducción u otros servicios, llame al 1-888-772-9682.

Si considera que Aetna ha fracasado en proporcionar estos servicios o, de otra manera, discriminado en base a una clase protegida como se ha indicado anteriormente, también puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles poniéndose en contacto con:

Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512
1-800-648-7817, TTY: 711, Fax: 859-425-3379, CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja de derechos civiles con el U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

TTY: 711

For language assistance in your language call 1-888-772-9682 at no cost. (English)

Para obtener asistencia lingüística en su idioma, llame sin cargo al 1-888-772-9682. (Spanish)

欲取得以您的語言提供的語言協助，請撥打1-888-772-9682，無需付費。(Chinese)

Pour une assistance linguistique dans votre langue, appeler le 1-888-772-9682 sans frais. (French)

Para sa tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-888-772-9682 nang walang bayad. (Tagalog)

Hilfe oder Informationen in deutscher Sprache erhalten Sie kostenlos unter der Nummer 1-888-772-9682. (German)

(Arabic) للمساعدة اللغوية بلغتك الرجاء الاتصال على الرقم المجاني 1-888-772-9682

Pou jwenn asistans nan lang pa w, rele nimewo 1-888-772-9682 gratis. (French Creole)

Per ricevere assistenza nella sua lingua, può chiamare gratuitamente il numero 1-888-772-9682. (Italian)

日本語で援助をご希望の方は 1-888-772-9682 (フリーダイヤル) までお電話ください。(Japanese)

본인의 언어로 통역 서비스를 받고 싶으시면 비용 부담 없이 1-888-772-9682번으로 전화해 주십시오. (Korean)

برای راهنمایی به زبان شما با شماره 1-888-772-9682 بدون هیچ هزینه ای تماس بگیرید. (Persian)

Aby uzyskać pomoc w swoim języku, zadzwoń bezpłatnie pod numer 1-888-772-9682. (Polish)

Para obter assistência no seu idioma, ligue gratuitamente para o 1-888-772-9682. (Portuguese)

Чтобы получить помощь с переводом на ваш язык, позвоните по бесплатному номеру 1-888-772-9682. (Russian)

Để được hỗ trợ ngôn ngữ bằng ngôn ngữ của bạn, hãy gọi miễn phí đến số 1-888-772-9682. (Vietnamese)
