

Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de la Ciudad de Nueva York

Período de cobertura: a partir del 9/1/2024
Cobertura: trabajadores de la ciudad de Nueva York del Fondo Nacional de Beneficios (NBF, por sus siglas en inglés)
Tipo de plan: Salud y Bienestar Complementarios

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre este plan y lo que pagará por los servicios cubiertos



El documento de Resumen de beneficios y cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo el plan y usted compartirán el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen.** Para obtener más información sobre su cobertura o una copia de los términos de cobertura completos, incluida una copia de la Descripción Abreviada del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) del Fondo, llame al (646) 473-9200 o ingrese en www.1199SEIUBenefits.org. Para conocer las definiciones generales de los términos comunes, tales como cantidad permitida, facturación del saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otro término subrayado, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en www.1199SEIUBenefits.org o comunicarse al (646) 473-9200 para solicitar una copia.

El plan del Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de la ciudad de Nueva York es un plan de beneficios complementarios que proporciona beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos y de medicamentos con receta, además de los beneficios de bienestar, para miembros y los miembros de sus familias elegibles.

Preguntas Importantes	Respuestas	Por Qué es Importante
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	\$0	Consulte el cuadro de Eventos médicos comunes que figura a continuación para conocer los costos de los servicios que cubre este <u>plan</u> .
¿Se cubre algún servicio antes de que alcance su <u>deducible</u> ?	Sí.	Este plan cubre todos los artículos y los servicios sin un <u>deducible</u> .
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar <u>deducibles</u> para recibir servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	No corresponde.	Este plan no posee <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> en sus gastos.
¿Qué se <u>excluye</u> en el <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> ?	No corresponde.	Este plan no posee <u>límite de gastos directos del bolsillo</u> en sus gastos.
¿Pagará menos si utiliza un <u>proveedor dentro de la red</u> ?	Sí. Ingrese en www.1199SEIUBenefits.org /find-a-provider o llame al (646) 473-9200 para obtener una lista de los proveedores dentro de la red.	Este plan utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si utiliza un proveedor dentro de la <u>red del plan</u> . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red y es posible que reciba una factura de parte del <u>proveedor</u> con la diferencia entre lo que cobra el <u>proveedor</u> y lo que paga su <u>plan</u> (<u>facturación del saldo</u>). Tenga en cuenta que su <u>proveedor dentro de la red</u> podría utilizar un <u>proveedor fuera de la red</u> para determinados servicios (como los análisis de laboratorio). Consulte con su <u>proveedor</u> antes de obtener los servicios.
¿Necesita un <u>referido</u> para ver a un <u>especialista</u> ?	No corresponde.	Este <u>plan</u> no cubre los servicios de un <u>médico</u> .

El Fondo Nacional de Beneficios de 1199SEIU para Trabajadores de la ciudad de Nueva York se considera a sí mismo como un “plan de salud de derechos adquiridos” en virtud de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA, por sus siglas en inglés).



Los servicios, procedimientos, equipos y medicamentos que no tengan aprobación previa de acuerdo con los términos de la SPD no tendrán cobertura.

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará el monto más bajo)	Proveedor No Participante (pagará el monto más alto)	
Si tiene una consulta en el consultorio o la clínica del proveedor de salud	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Consulta con un especialista	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Atención preventiva/ exámenes médicos/ vacunas	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si se realiza una prueba	Pruebas diagnósticas (radiografías, análisis de sangre)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará el monto más bajo)	Proveedor No Participante (pagará el monto más alto)	
Si se realiza una prueba (continuación)	Diagnóstico por imágenes (Tomografía computarizada [CT, por sus siglas en inglés]/ por emisión de positrones [PET, por sus siglas en inglés], resonancia magnética [MRI, por sus siglas en inglés], angiografía por resonancia magnética [MRA, por sus siglas en inglés])	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos recetados , visite www.1199SEIUBenefits.org .	Medicamentos genéricos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Esto es solo un beneficio de farmacia y excluye los medicamentos administrados en el consultorio del <u>médico</u> o en un entorno de paciente externo.
	Medicamentos de marca preferidos	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Los <u>proveedores participantes</u> son farmacias que aceptan CVS Caremark. Si utiliza una farmacia no participante, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Medicamentos de marca no preferidos	Se le cobrará una diferencia	Cargos del <u>proveedor</u>	Para los medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos preferidos del Fondo (medicamentos no preferidos), también debe pagar la diferencia entre el precio del medicamento preferido y el no preferido.
	<u>Medicamentos especializados</u>	Se le cobrará una diferencia por los medicamentos de marca no preferida	Cargos del <u>proveedor</u>	Se requiere <u>aprobación previa</u> para la cobertura de determinados medicamentos. Determinados medicamentos están sujetos a la administración de programas clínicos. Los medicamentos con receta para afecciones crónicas deben obtenerse a través de <i>The 1199SEIU 90-Day Rx Solution</i> . Determinados tipos de medicamentos están cubiertos a través del programa de salud que proporciona la ciudad de Nueva York y no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta del Fondo Nacional de Beneficios. Para obtener la lista de medicamentos preferidos y otra información importante, visite www.1199SEIUBenefits.org .

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará el monto más bajo)	Proveedor No Participante (pagará el monto más alto)	
Si se realiza una cirugía para pacientes ambulatorios	Honorarios del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita atención médica inmediata	Atención del Servicio de urgencias	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Transporte médico de emergencia</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Atención de urgencia</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si lo internan	Honorarios del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Honorarios del médico/ cirujano	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita servicios de salud mental, de salud del comportamiento o de trastorno por consumo de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Servicios para pacientes internados	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará el monto más bajo)	Proveedor No Participante (pagará el monto más alto)	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Servicios profesionales de maternidad/parto	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	Servicios de centros de maternidad/parto	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de atención médica especiales	<u>Atención médica en el hogar</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Servicios de rehabilitación</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Centro de enfermería especializada</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Equipo médico duradero</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>
	<u>Servicios paliativos</u>	Sin cobertura	Sin cobertura	<u>Servicio excluido</u>

Evento Médico Común	Servicios Que Puede Necesitar	Lo Que Pagará		Limitaciones, Excepciones y Otra Información Importante
		Proveedor Participante (pagará el monto más bajo)	Proveedor No Participante (pagará el monto más alto)	
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo cuando utiliza un <u>proveedor participante</u> en la <u>red de Cuidado de la vista</u>	Cargos del <u>proveedor</u> . Reúne los requisitos para recibir un reembolso de hasta \$18.	Un examen cada dos años como máximo. Si utiliza un proveedor no participante, es posible que se le cobre el monto que factura el <u>proveedor</u> que supere el pago del Fondo.
	Anteojos o lentes de contacto para niños	Sin cargo para monturas o lentes incluidos en el programa del Fondo	Cargos del <u>proveedor</u> . Reúne los requisitos para recibir un reembolso de hasta \$57.	La cobertura se limita a un par de anteojos recetados o un pedido de lentes de contacto recetados del programa del Fondo cada dos años. El pago por el examen y los anteojos o lentes de contacto que no están incluidos en el programa del Fondo se limitará a la asignación del Fondo de \$75. No se cubren los tratamientos de lentes con protección ultravioleta o resistentes a rayones. Si utiliza un proveedor no participante, es posible que se le cobre el monto que factura el proveedor que supere el pago del Fondo.
	Examen dental para niños	Sin cargo	Cargos del <u>proveedor</u>	Consulte la <u>SPD</u> para conocer los límites anuales de beneficios aplicables, restricciones de la red y otras exclusiones. Para determinadas actualizaciones y determinados materiales, pueden aplicarse copagos. Si usa a un <u>proveedor no participante</u> , es posible que tenga importantes gastos directos del bolsillo. El Fondo Nacional de Beneficios le hará un reembolso a usted o a su proveedor de acuerdo con nuestra escala de tarifas de <u>proveedores no participantes</u> , pero usted será responsable de cualquier saldo.

Servicios Excluidos y Otros Servicios Cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su SPD para obtener más información y una lista de todos los demás servicios excluidos).

- Servicios de aborto
- Acupuntura
- Cirugía bariátrica
- Atención brindada en un centro de enfermería especializada o casa de reposo
- Atención quiropráctica
- Cirugía estética
- Pruebas diagnósticas
- Equipo médico duradero
- Transporte médico de emergencia
- Atención del Servicio de urgencias
- Honorarios del centro para estadías de pacientes internados o cirugías para pacientes ambulatorios
- Servicios de habilitación
- Atención médica en el hogar
- Servicios paliativos
- Diagnóstico por imágenes
- Tratamiento para la infertilidad
- Atención a largo plazo
- Servicios psiquiátricos/de salud conductual para pacientes internados o ambulatorios
- Atención que no sea de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU. (excepto para los medicamentos recetados cubiertos)
- Honorarios del médico/cirujano para estadías como paciente internado o cirugía ambulatoria
- Atención prenatal médica, posnatal y servicios relacionados con el parto para pacientes internados
- Atención preventiva/exámenes médicos/vacunas
- Consultas a médicos de atención primaria, especialistas y otros profesionales en el consultorio
- Servicio de enfermería privada
- Servicios de rehabilitación
- Atención de rutina de los pies
- Centro de enfermería especializada
- Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados o ambulatorios
- Atención de urgencia
- Programas para la pérdida de peso

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte su SPD).

- Atención dental (adultos): beneficio máximo de \$3,000/persona/año
- Audífonos: una vez cada tres años (se pueden aplicar copagos); beneficio máximo de \$750 (\$375 para cada oído)
- Atención oftalmológica de rutina (adulto): Un examen de la vista cada dos años; un par de anteojos o un pedido de lentes de contacto cada dos años

Sus derechos de continuar la cobertura: Existen agencias que pueden ayudar si desea continuar con su cobertura después de que finalice. La información de contacto para dichas agencias es: Comuníquese con el plan del Fondo al (646) 473-9200. También puede llamar a la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al (866) 444-3272 o puede ingresar en www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa, o bien, puede comunicarse con el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al (877) 267-2323 x61565 o en www.cciio.cms.gov. También es posible que haya otras opciones de cobertura para usted, incluida la compra de una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguro de Salud. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguro, visite www.HealthCare.gov o llame al (800) 318-2596.

Sus derechos de reclamo y apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su plan por la negación de una reclamación. Este reclamo se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que reciba para dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja por cualquier motivo ante su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o sobre este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con el Departamento de apelaciones del Fondo de Beneficios al (646) 473-8951. También puede comunicarse con la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al (866) 444-3272 o puede ingresar en www.dol.gov/agencies/ebsa/about-ebsa/ask-a-question/ask-ebsa.

¿Ofrece este plan cobertura esencial mínima? No. Generalmente, la cobertura esencial mínima incluye planes y seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguro u otras pólizas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), TRICARE y otras determinadas coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no reúna los requisitos para el crédito fiscal para las primas.

¿Este plan cumple con los valores mínimos? No. Si su plan no cumple con los Valores mínimos, es posible que usted reúna los requisitos para un crédito fiscal para las primas para que lo ayude a pagar un plan a través del Mercado de Seguro.

Servicios de acceso en español: Para obtener asistencia en español, llame al (646) 473-9200.

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

Acerca de Estos Ejemplos de Cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos mencionados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Céntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguros) y en los servicios excluidos según el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta: estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg Tendrá un Bebé

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	n/c
■ Coseguro del hospital (centro)	n/c
■ Otros coseguros	0%

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como estos:

Visitas al consultorio del especialista (<i>atención prenatal</i>)	
Servicios profesionales de maternidad/parto	
Servicios de centros de maternidad/parto	
Pruebas diagnósticas (<i>ecografías y análisis de sangre</i>)	
Consulta con el especialista (<i>anestesia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría lo siguiente:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$12,600
El total que Peg pagaría es	\$12,600

Control de la Diabetes de Tipo 2 de Joe

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

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	n/c
■ Coseguro del hospital (centro)	n/c
■ Otros coseguros	0%

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como estos:

Visitas al consultorio del <i>médico de atención primaria</i> (<i>incluida la educación sobre enfermedades</i>)	
Pruebas diagnósticas (<i>análisis de sangre</i>)	
Medicamentos recetados	
Equipo médico duradero (<i>medidor de glucosa</i>)	
Costo total del ejemplo	\$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría lo siguiente:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$1,300
El total que Joe pagaría es	\$1,300

La Fractura Simple de Mia

(consulta en el Servicio de urgencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	n/c
■ Coseguro del hospital (centro)	n/c
■ Otros coseguros	0%

Este caso de EJEMPLO incluye servicios como estos:

Atención del Servicio de urgencias (<i>incluidos los suministros médicos</i>)	
Pruebas diagnósticas (<i>radiografías</i>)	
Equipo médico duradero (<i>muletas</i>)	
Servicios de rehabilitación (<i>fisioterapia</i>)	
Costo total del ejemplo	\$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría lo siguiente:

<i>Costo compartido</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$0
Coseguro	\$0
<i>Lo que no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$2,800
El total que Mia pagaría es	\$2,800

Ninguno de estos servicios está cubierto, por lo que el plan no es responsable de ningún costo, a excepción de los medicamentos con receta.

La Discriminación Es Ilegal

Los Fondos de Beneficios de 1199SEIU cumplen con las leyes federales de los derechos civiles vigentes y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Los Fondos proporcionan asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles). Los Fondos proporcionan a las personas cuyo idioma principal no es el inglés servicios de idiomas gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de cumplimiento. Si considera que los Fondos no proporcionaron estos servicios o se sintió discriminado de otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a: Compliance Coordinator, 498 Seventh Avenue, New York, NY 10018; (646) 473-6600 (teléfono); (646) 473-8959 (fax); PrivacyOfficer@1199Funds.org (correo electrónico). Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita presentar un reclamo, el Coordinador de cumplimiento puede ayudarlo.

También puede presentar una queja en relación con los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos electrónicamente a través del Portal para Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD).

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de Asistencia con el Idioma

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (646) 473-9200.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (646) 473-9200。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (646) 473-9200.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (646) 473-9200.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.(646) 473-9200.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (646) 473-9200.

לילה קארפ ש רייה ראפ ואהראפ ונעז, שידיא טדער ריא ביוא: מאזקרעמפיוא טפזר - (646) 473-9200. לאצפא ופ יירפ סעסיוורעס

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথিচরায় ভাষা সহায়তা পরামর্শ উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১ (646) 473-9200.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (646) 473-9200.

رفاوتت ةىوغلل ةدعاسملا تامدخ نإف، ةغلل ركذا ثدحتت تنك اذا: ةظوحلم مقرب ل لصتا. ن اجملاب لكل (646) 473-9200.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez (646) 473-9200.

శ్రీరదధ వెట్టండ్: ఒకవేళ మీరు తెలుగు భాష మాట్లాడుతున్నట్లయితే, మీ కొరకు తెలుగు భాషా సహాయక సేవలు ఉచితంగా లభిస్తాయి. (646) 473-9200.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (646) 473-9200.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε (646) 473-9200.

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në (646) 473-9200.