High 90th Resumen de beneficios dentales

	Passive PDN With PDNII and Extend℠ Networks	
	Participante	No participante
Deducible anual*		
Individual	**$50**	**$50**
Familiar	**$150**	**$150**
Servicios preventivos	**100%**	**100%**
Servicios básicos	**80%**	**80%**
Servicios mayores	**50%**	**50%**
Máximo beneficio anual	**$2500**	**$2500**
Copago por visita al consultorio	**N/A**	**N/A**
Servicios de ortodoncia (Adultos y niños)	**50%**	**50%**
Deducible de ortodoncia	**Ninguno**	**Ninguno**
Máximo de por vida por ortodoncia	**$1200**	**$1200**
***El deducible se aplica a: servicios básicos y mayores solamente.**		
Preventivo		
Exámenes orales: 2 por año	**100%**	**100%**
Limpiezas (adultos y niños): 2 por año	**100%**	**100%**
Fluoruro: 1 por año; niños menores de 16 años	**100%**	**100%**
Imágenes de mordida: 1 conjunto por año	**100%**	**100%**
Serie de imágenes de toda la boca: 1 conjunto cada 3 años	**100%**	**100%**
Mantenedores de espacio	**100%**	**100%**
Básico		
Selladores (solo molares permanentes): 1 por diente cada 3 años; niños menores de 16 años	**80%**	**80%**
Mayor		
Remoción quirúrgica de diente impactado (tejido blando)*	**50%**	**50%**
Remoción quirúrgica de diente erupcionado*	**50%**	**50%**
Extracciones sin complicaciones	**50%**	**50%**
Incisión y drenaje de abscesos*	**50%**	**50%**
Coronas de acero inoxidable	**50%**	**50%**
Obturación con resina (solamente dientes anteriores)	**50%**	**50%**

Resumen de beneficios dentales

Obturación con amalgama (de plata)	**50%**	**50%**
Terapia de conducto, dientes anteriores y dientes premolares	**50%**	**50%**
Limadura de raíces: 4 cuadrantes por separado cada 2 años	**50%**	**50%**
Gingivectomía*: 1 por cuadrante/diente cada 3 años	**50%**	**50%**
Incrustaciones: una vez cada 8 años por diente.	**50%**	**50%**
Sobrepuestos: una vez cada 8 años por diente.	**50%**	**50%**
Coronas: una vez cada 8 años por diente.	**50%**	**50%**
Alargamiento de corona	**50%**	**50%**
Dentaduras postizas completas y parciales: una vez cada 8 años.	**50%**	**50%**
Pónticos: una vez cada 8 años por diente.	**50%**	**50%**
Terapia de conducto de la raíz, molares	**50%**	**50%**
Cirugía ósea*: 1 por cuadrante cada 3 años	**50%**	**50%**
Remoción quirúrgica de diente impactado (parcial o totalmente óseo)*	**50%**	**50%**
Anestesia general/sedación intravenosa*	**50%**	**50%**
Reparación de dentaduras postizas	**50%**	**50%**
Reconstrucciones de coronas	**50%**	**50%**
Implantes: una vez cada 8 años por diente	**50%**	**50%**
Otros servicios pueden tener limitaciones de edad o frecuencia. Las limitaciones se describen en el folleto-certificado.		
***Algunos servicios pueden estar cubiertos en el plan médico. Comuníquese con Servicios al Cliente para obtener información detallada.**		

Información adicional importante

Este resumen de beneficios de Aetna Dental® Participating Dental Network (PDN) lo proporciona Aetna Life Insurance Company para algunos de los procedimientos dentales que se realizan con más frecuencia. Bajo el plan de Organización de Proveedores Preferidos de Odontología (PDN), puede elegir en el momento del servicio un dentista participante de la PPO. Con el plan PDN, los ahorros son posibles porque los dentistas participantes acordaron brindar atención a los servicios cubiertos a tarifas negociadas.

Resumen de beneficios dentales

Los pagos del plan fuera de la red se basan en el 90th percentil de los cargos vigentes para el área geográfica.

Atención dental de emergencia

Si necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuando los servicios de emergencia son proporcionados por un dentista PDN participante, el monto de su copago / coseguro se basará en un programa de tarifas negociado. Cuando un dentista no participante proporciona los servicios de emergencia, usted será responsable de la diferencia entre el pago del plan y el cargo habitual del dentista. Consulte los documentos de su plan para más detalles. Sujeto a los requisitos del estado. Nuestros consultores dentales pueden revisar la atención dental de emergencia fuera del área para verificar si el tratamiento es adecuado.

Lista parcial de exclusiones y limitaciones* - No se proporciona cobertura para los siguientes:

1. Cargos por servicios o suministros.
- Brindados por un proveedor de la red que superen el cargo negociado
- Brindados por un proveedor fuera de la red que superen el cargo reconocido
- Brindados para su conveniencia o comodidad personal, o la de cualquier otra persona, incluido un proveedor de servicios dentales
- Brindados en relación con el tratamiento o el cuidado que no está cubierto por el plan
- Cargos por cancelar o no asistir a citas médicas o cargos por completar formas de reclamo.
- Cargos que no esté obligado por ley a pagar
- Cargos que no se habrían cobrado si usted no tuviera cobertura. Estos incluyen lo siguiente:
  - Cuidado recibido en instituciones de beneficencia
  - Cuidado recibido por enfermedades relacionadas con el servicio militar actual o anterior
  - Cuidado recibido bajo custodia de autoridades gubernamentales

2. Cualquier cargo en exceso de cualquier beneficio, dólar, visita o límite de frecuencia establecido en el programa de beneficios.

3. Servicios y suministros cosméticos que incluyen.

4. Servicios y suministros ordenados por el tribunal: incluyen aquellos servicios y suministros ordenados por el tribunal, o aquellos requeridos como condición de libertad condicional, libertad condicional, liberación o como resultado de cualquier procedimiento legal.

5. Acupuntura, acupresión y terapia de acupuntura.

6. Coronas, incrustaciones, sobrepuestos y fundas dentales, a menos que se trate de alguno de estos casos:
- El tratamiento se debe a caries o a una lesión traumática, y los dientes no se pueden restaurar con material de relleno.
- El diente sirve como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto

Resumen de beneficios dentales

8. Dentaduras, coronas, inlays, onlays, puentes u otros aparatos o servicios protésicos utilizados con el fin de entablillar, alterar la dimensión vertical, restaurar la oclusión o corregir el desgaste, la abrasión o la erosión.

9. Trabajos dentales que comenzaron antes de que el plan lo cubriera. (No se aplica al estado contractual de California)

10.Primera colocación de una dentadura postiza o puente fijo, y cualquier incrustación y corona que sirva como pilar para reemplazar dientes congénitamente faltantes o para reemplazar dientes, todos los cuales se perdieron mientras usted no estaba cubierto. (No se aplica al estado contractual de California)

11.Anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos y se realicen en relación con otro servicio dental elegible.

12. Instrucción para la dieta, asesoramiento en tabaco e higiene bucal.

13. Tratamiento de ortodoncia, excepto lo cubierto en la sección Servicios dentales elegibles del programa de beneficios.

14. Servicios y suministros dentales hechos con metales altamente nobles (oro o titanio), excepto lo cubierto en la sección Servicios dentales elegibles del programa de beneficios.

15. Servicios y suministros proporcionados en relación con el tratamiento o la atención que no está cubierto por el plan.

16. Reemplazo de un dispositivo o dispositivo perdido, robado o robado, y para el reemplazo de dispositivos que hayan sido dañados debido a abuso, mal uso o negligencia y por un juego adicional de dentaduras postizas.

18. Servicios y suministros proporcionados donde no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad, aparte de los servicios preventivos cubiertos.

19. Los mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario, para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de dientes deciduos.

20. Extracción quirúrgica de las muelas del juicio impactadas cuando se extrae solo por motivos ortodónticos.

21. Disfunción o trastorno de la articulación temporomandibular.

22. Servicios y suministros dentales que están cubiertos de forma total o parcial, como se indica a continuación:
. Por cualquier otra parte de este plan.
. Por algún otro plan de beneficios de grupo provisto por el titular de la póliza.

23. Medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos en etapa de prueba o investigación.

Resumen de beneficios dentales

24. Servicios, incluidos, entre otros, aquellos tratamientos, servicios, medicamentos recetados y suministros que no son médicamente necesarios (según lo determine Aetna)

25. Pago por una parte del cargo que la otra parte es responsable como pagador primario.

26. Medicamentos prescritos, medicación previa o analgesia.

27. Tratamiento por otro que no sea un dentista. Sin embargo, el plan cubrirá algunos servicios proporcionados por un higienista dental autorizado bajo la supervisión y orientación de un dentista. Estos son:
- Escalamiento de dientes
- Limpieza de dientes
- Aplicación tópica de fluoruro.

28.Enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Cualquier exclusión anterior no se aplicará en la medida en que la cobertura de los cargos sea requerida por cualquier ley que se aplique a la cobertura.

* Esta es una lista parcial de exclusiones y limitaciones, otras pueden aplicar. Por favor revise su folleto del plan para más detalles.

La cobertura de su Plan de Atención Dental está sujeta a las siguientes normas:

Regla de tratamiento alternativo: a veces hay varias formas de tratar un problema dental, todas las cuales proporcionan resultados aceptables.

- Si se realiza un cargo por un servicio o suministro dental no elegible y un servicio dental elegible que proporcione un resultado aceptable, entonces su plan pagará un beneficio por el servicio o suministro dental elegible.

- Si se cobra por un servicio odontológico elegible, pero otro servicio odontológico elegible que proporcionaría un resultado aceptable es menos costoso, el beneficio será para el servicio odontológico elegible menos costoso. (No se aplica al estado contractual de New Hampshire)

- Debe revisar las diferencias en el costo de un tratamiento alternativo con su proveedor dental. Por supuesto, usted y su proveedor dental aún pueden elegir el método de tratamiento más costoso. Usted es responsable de cualquier cargo en exceso de lo que cubrirá su plan.

Regla de reemplazo: algunos servicios dentales elegibles están sujetos a la regla de reemplazo de su plan. La regla de reemplazo se aplica a los reemplazos o adiciones a los existentes:
- Coronas
- Incrustaciones

Resumen de beneficios dentales

- Sobrepuestos
- Fundas dentales
- Dentaduras postizas completas
- Dentaduras postizas parciales removibles
- Dentaduras parciales fijas (puentes)
- Otros servicios protésicos.

Estos servicios dentales elegibles solo estarán cubiertos cuando nos proporcione pruebas de lo siguiente:
·Mientras tuvo cobertura del plan (no se aplica al estado contractual de California):
- Le extrajeron un diente (o dientes) después de instalar la prótesis o el puente existente.
- Como resultado, debe reemplazar o agregar dientes a su dentadura o puente.

- El presente artículo no puede hacerse útil, y es:
- Una corona instalada al menos 8 años antes de su reemplazo.
- Un inlay, onlay, chapa, dentadura completa, prótesis parcial removible, prótesis parcial fija (puente) u otro elemento protésico instalado al menos 8 años antes de su reemplazo.

- Mientras estabas cubierto por el plan:
- Le extrajeron un diente (o dientes).
- Su dentadura actual es una temporal inmediata que reemplaza ese diente (o dientes).
- Se necesita una dentadura permanente, y la dentadura temporal no se puede utilizar como una dentadura permanente. El reemplazo debe ocurrir dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se instaló la prótesis temporal.

Norma de inscripción fuera de plazo (es posible que no se aplique en ciertos estados y tamaños de grupo. Para obtener detalles, consulte la documentación del plan):el plan no cubre los servicios y suministros proporcionados a una persona de 5 años o más si esa persona no se inscribió en el plan durante uno de los siguientes:

- Los primeros 31 días la persona es elegible para esta cobertura o
- Cualquier período de inscripción abierta acordado por el empleador y nosotros

Esto no se aplica a los cargos incurridos por cualquiera de los siguientes:

- Después de que la persona haya estado cubierta por el plan durante 12 meses.
- Como resultado de las lesiones sufridas mientras está cubierto por el plan.
- Servicios de diagnóstico y preventivos, como exámenes, limpiezas, fluoruro e imágenes (excluye los servicios relacionados con la ortodoncia).

Encontrar proveedores participantes

Consulte la búsqueda de proveedores en línea de Aetna Dentals para obtener las listas de proveedores más actuales. Los proveedores participantes son contratistas independientes en la práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna Dental o sus afiliados. La disponibilidad de cualquier proveedor en particular no se puede garantizar, y la composición de la red del proveedor está sujeta a cambios sin previo aviso. Para obtener la información más actualizada, comuníquese con el proveedor seleccionado o con los Servicios para Miembros de Aetna al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación en línea, o utilice nuestra búsqueda de proveedores en Internet disponible en www.aetna.com.

Resumen de beneficios dentales

Es posible que los productos específicos no estén disponibles de forma autofinanciada y asegurada. La información en este documento está sujeta a cambios sin previo aviso. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, prevalecerán los documentos del plan.

En el caso de un problema con la cobertura, los miembros deben comunicarse con Servicios para Miembros al número gratuito que se encuentra en sus tarjetas de identificación en línea para obtener información sobre cómo utilizar el procedimiento de reclamo cuando sea apropiado.

Toda la atención de los miembros y las decisiones relacionadas son responsabilidad exclusiva de los proveedores participantes. Aetna Dental no proporciona servicios de atención médica y, por lo tanto, no puede garantizar ningún resultado o resultado.

Los planes dentales son proporcionados o administrados por Aetna Life Insurance Company, Aetna Dental Inc., Aetna Dental of California Inc. y / o Aetna Health Inc.

Servicios de telesalud: Con el plan se rembolsará al proveedor tratante o de consulta por el diagnóstico, la consulta o el tratamiento de una persona inscrita a través del servicio de telesalud sobre la misma base y en la misma medida que con el plan se hubiese rembolsado el mismo servicio cubierto en persona.

En Texas, la Organización de Proveedores Preferidos de Servicios Dentales (PPO, por sus siglas en inglés) se conoce como la Red Dental Participante (PDN) y es administrada por Aetna Life Insurance Company.

Este material es solo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni asesoramiento dental. Contiene solo una descripción parcial y general de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Ciertos planes dentales están disponibles solo para grupos de cierto tamaño de acuerdo con las pautas de suscripción. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones o exclusiones. Consulte los documentos del plan (Lista de beneficios, Certificado / Evidencia de cobertura, Folleto, Folleto-Certificado, Acuerdo grupal, Política de grupo) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, las exclusiones y limitaciones relacionadas con su plan.

Aetna Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el Título 45 del Código de Reglamentos Federales, § 92.101(a)(2)). Aetna Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Aetna Inc.:

· Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:

  o Intérpretes de lenguaje de señas calificados

  o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

· Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:

Resumen de beneficios dentales

- o Intérpretes calificados
- o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia con el idioma, llame al 1-800-872-3862 (TTY: 711) o al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación.

Si cree que Aetna Inc. no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Coordinador de Derechos Civiles

A la atención de: 1557 Coordinator

CVS Pharmacy, Inc.

1 CVS Drive, MC 2332,

Woonsocket, RI 02895

Teléfono: 1-800-648-7817, TTY: 711

Correo electrónico: CRCoordinator@aetna.com

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby .jsf, o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Avenida Independencia,

suroeste Sala 509F,

edificio HHH Washington,

DC 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles enhttp://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Inc.https://www.aetna.com/

Resumen de beneficios dentales

Aetna es la marca utilizada para los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, incluidos Aetna Life Insurance Company, los planes Coventry Health Care y sus afiliadas (Aetna).

Resumen de beneficios dentales

TTY: **711**

English	**To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.**
Amharic	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎት ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ።
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավվճար խորհրդատվություն ստանալու համար զանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հէրախոսահամարով հէրախոսահամարով
Carolinian (Kapasal Falawasch)	Ngir mëna am sarwis lakk yi te doo fay, woo nimero bi am ci sa kàrt.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguåhi ni dibåtde para hågu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Cushitic-Oromo	Tajaajiiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf, lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઇ પણ તના ખર્ચ ના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઇ કાડપર રહેલ નંબર પર કોલ કરવો.
Hindi	बना कसी कमत के भाषा सेवाआ का उपयोग करने के लए, अपने आइड काडर् पर दए नंबर पर कॉल कर।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢကမၤန့ၣ် ကျိာတ်မၤစၢၤတ်မၤ လၢတလိၣ်လာ်ဘူၣ်လာ်စ့ၢ် လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ် ဖဲန ID အဖီခိၣ်နှၣ်တကွၢ်.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Laotian	ເພື່ເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີ້ໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបនសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមរទូរសព្ទកាន់លេខដែលមាននលើបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a'doowoł doo bą́ą́h ílínígóó naaltsoos bee atah nílį́go nanitinígíí bee néého'dólzinígíí béésh bee hane'í bíká'ígíí áají' hóine'.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian-Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Syriac-Assyrian	ܠܡܥܒܕ ܒܫܘܬܦܘܬ ܒܠܫܢܐ ܕܠܐ ܡܫܠܡ ܠܟ ܡܕܡ ، ܬܨܠ ܠܡܠܬܐ ܕܒܗ ܡܬܚܙܐ ܒܬܪ ܒܫܘܬܦܘܬ ܒܠܫܢܐ ܕܠܐ ܡܫܠܡ ܠܟ ܡܕܡ ܒܟ.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Thai	**หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน**
Ukrainian	Щоб безкоштовнj отримати мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікайній картці.
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.