Health Net Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

Health Net®
MEDICARE PROGRAMS

طلب تحديد مدى تغطية دواء في وصفة طبية من Medicare

يمكن إرسال هذا النموذج إلينا عن طريق البريد أو الفاكس:

العنوان:	رقم الفاكس:
Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741	1-800-977-8226

يمكنك أيضًا مطالبتنا بتحديد مدى التغطية عبر الهاتف على الرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles County) أو 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) أو عن طريق موقعنا الإلكتروني healthnet.com/calmediconnect. ساعات عمل قسم خدمات الأعضاء من يوم الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل، وفي عطلات نهاية الأسبوع، وفي أيام الأعياد. وسنعاود الاتصال بك في يوم العمل التالي.

من يجوز له تقديم طلب: قد يطلب طبيبك تحديد مدى التغطية بالنيابة عنك. إذا كنت تريد أن يقوم فرد آخر (مثل أحد أفراد الأسرة أو الأصدقاء) بتقديم الطلب بالنيابة عنك، فيجب أن يكون هذا الشخص وكيلاً عنك. اتصل بنا لمعرفة كيفية تعيين وكيل عنك.

معلومات المُسَجِّل

اسم المُسَجِّل		تاريخ الميلاد
عنوان المُسَجِّل		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف	رقم هُوية العضو المُسَجِّل	

أكمل القسم التالي فقط إذا كان الشخص الذي يقدم هذا الطلب ليس المُسَجِّل أو الطبيب:

اسم المتقدم بالطلب		
علاقة المتقدم بالطلب بالمُسَجِّل		
العنوان		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الهاتف		

<u>مستندات الوكالة للطلبات المقدمة من شخص آخر غير المُسَجّل أو طبيب المُسَجّل:</u>

أرفق المستندات التي توضح سلطة تمثيل المُسَجِّل (نموذج تفويض مكتمل بتمثيل المشترك CMS-1696 أو إقرار مكتوب يفيد ذلك).
لمزيد من المعلومات حول كيفية تعيين ممثلاً لك، يُرجى الاتصال بخطتك أو الاتصال على الرقم
1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048)، متوفر على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

اسم الدواء الذي لا يُصرف إلا بوصفة طبية الذي تطلبه (إذا كان معروفًا، فأدرج القوة والكمية المطلوبة شهريًا):

نوع طلب تحديد مدى التغطية

☐ أحتاج إلى دواء غير موجود في قائمة خطة الأدوية المشمولة بالتغطية (استثناء الوصفات الطبية).*****

☐ أستخدم دواءً أُدرِج سابقًا في قائمة الأدوية المشمولة بتغطية الخطة، ولكن تمت إزالته أو حذفه من هذه القائمة خلال سنة الخطة (استثناء الوصفات الطبية).*****

☐ أطلب الحصول على إذن مسبق للدواء الذي وصفه لي طبيبي المعالج.*

☐ أطلب استثناءً من شرط تجربة دواء آخر قبل الحصول على الدواء الذي وصفه لي طبيبي المعالج (استثناء الوصفات الطبية).*

☐ أطلب استثناءً من حد الخطة فيما يتعلق بعدد الحبوب (حد الكمية) التي يمكنني استلامها حتى أحصل على عدد الحبوب التي وصفها لها طبيبي (استثناء الوصفات الطبية).*

☐ خطة أدويتي تفرض عليّ رسوم مشاركة في الدفع للدواء الذي وصفه لي طبيبي أعلى من الرسوم التي تفرضها لدواء آخر يعالج حالتي، وأريد دفع رسوم المشاركة في الدفع الأقل (استثناء الفئات).*****

☐ أستخدم دواءً أُدرِج سابقًا في فئة مشاركة في الدفع أقل، ولكن يجري نقله أو نُقل بالفعل إلى فئة مشاركة في الدفع أعلى (استثناء الفئات).*****

☐ خطة أدويتي فرضت عليّ لأحد الأدوية رسوم مشاركة في الدفع أعلى مما ينبغي.

☐ أريد استرداد المبالغ المالية لدواء لا يُصرف إلا بوصفة طبية دفعت ثمنه من جيبي الخاص.

***ملاحظة: إذا كنت تطلب استثناءً للوصفات الطبية أو الفئات، <u>فيجب</u> على طبيبك تقديم بيان لدعم طلبك. قد تستلزم الطلبات التي تتطلب إذنًا مُسبقًا (أو أي متطلبات إدارية أخرى خاصة باستخدام الأدوية)، معلومات داعمة. بإمكان طبيبك استخدام "المعلومات الداعمة الخاصة بطلب استثناء أو إذن مُسبق" المرفقة لدعم طلبك.**

معلومات إضافية يجب أخذها بعين الاعتبار (*إرفاق أي مستندات داعمة*):

_____

_____

_____

_____

ملاحظة مهمة: القرارات العاجلة

إذا كنت تعتقد أنت أو طبيبك أن الانتظار لمدة 72 ساعة للحصول على قرار بالشكل المعتاد قد يشكل ضررًا بالغًا على حياتك أو صحتك أو قدرتك على استعادة كامل وظائف جسمك، فيمكنك طلب قرار عاجل (سريع). إذا أشار طبيبك إلى أن الانتظار لمدة 72 ساعة قد يشكل ضررًا بالغًا على صحتك، فسنمنحك قرارًا تلقائيًا خلال 24 ساعة. إذا لم تحصل على دعم طبيبك بخصوص الطلب العاجل، فسنقرر ما إذا كانت حالتك تتطلب قرارًا سريعًا أم لا. لا يمكنك إرسال طلب عاجل لتحديد مدى التغطية إذا كنت تطلب منا رد ثمن دواء استلمته بالفعل.

☐ **حدد هذا المربع إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى قرار خلال 24 ساعة (إذا كان لديك بيان داعم من طبيبك، فأرفقه بهذا الطلب).**

التوقيع:	**التاريخ:**

المعلومات الداعمة الخاصة بطلب استثناء أو إذن مُسبق

لا يمكن معالجة طلبات استثناء الوصفات الطبية أو الفئات بدون بيان داعم من الطبيب. قد تتطلب طلبات الإذن المُسبق معلومات داعمة.

☐ **طلب لإجراء مراجعة عاجلة: من خلال تحديد هذا المربع والتوقيع أدناه، أقر بأن تطبيق الإطار الزمني للمراجعة القياسي البالغ 72 ساعةً قد يعرّض حياة أو صحة المُسَجِّل أو قدرته على استعادة كامل وظائف جسمه للخطر بصورة بالغة.**

بيانات الطبيب		
الاسم		
العنوان		
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
هاتف المكتب	الفاكس	
توقيع الطبيب	التاريخ	

التشخيص والمعلومات الطبية		
الأدوية:	القوة وطريقة إعطاء الدواء:	التكرار:
تاريخ البدء: ☐ **بداية جديدة**	المدة المتوقعة للعلاج:	الكمية لمدة 30 يومًا:
الطول/الوزن:	الحساسية تجاه الأدوية:	

التشخيص – يُرجى إدراج جميع التشخيصات التي تُعالَج بالدواء المطلوب والأكواد المقابلة ICD-10. (إذا كانت الحالة التي تُعالَج بالدواء المطلوب عبارة عن عرَض مثل فقدان الشهية، أو فقدان الوزن، أو ضيق في التنفس، أو ألم في الصدر، أو غثيان وما إلى ذلك، فيُرجى تقديم التشخيص المُسبِب للعرَض (الأعراض) إذا كان معلومًا)	**كود (أكواد) ICD-10**
تشخيصات أخرى ذات صلة:	**كود (أكواد) ICD-10**

سجل الدواء: (لعلاج الحالة (الحالات) التي تحتاج الدواء المطلوب)		
الدواء المُجرَّب (إذا كانت هناك مشكلة في حد الكمية، فأدرج وحدة الجرعة/إجمالي الجرعات اليومية المُجرَّبة)	**تواريخ تجارب الدواء**	**نتائج تجارب الدواء السابقة** **الفشل مقابل عدم التحمل (وضِّح)**

ما النظام الدوائي الحالي للمُسَجِّل في الحالة (الحالات) التي تحتاج الدواء المطلوب؟

سلامة الدواء
هل هناك أي **موانع استعمال سجلتها إدارة الغذاء والدواء الأميركية (FDA)** للدواء المطلوب؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**
هل هناك أي مخاوف بخصوص **تفاعل الدواء** عند إضافة الدواء المطلوب إلى النظام الدوائي الحالي للمُسَجِّل؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**
إذا كانت الإجابة هي نعم على كِلا السؤالين المذكورين أعلاه، فيُرجى 1) توضيح المشكلة، و2) مناقشة الفوائد مقابل المخاطر المُحتمَلة بالرغم من المخاوف الملحوظة، و3) وضع خطة مراقبة لضمان السلامة
التعامل مع المخاطر المرتفعة للدواء لدى كبار السن
إذا تخطى عمر المُسَجِّل 65 عامًا، فهل تعتقد أن فوائد العلاج بالدواء المطلوب تفُوق المخاطر المُحتمَلة للمرضى كبار السن؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**
المواد الأفيونية – (يُرجى إكمال الأسئلة الآتية إذا كان الدواء المطلوب عبارة عن مادة أفيونية)
ما جرعة معادلة المورفين **(MED)** المتراكم يوميًا؟ ☐ **ملغ/اليوم**
هل لديك علم بأطباء آخرين يصفون المواد الأفيونية كعلاج لهذا المُسَجِّل؟ ☐ **نعم** ☐ **لا** إن كنت كذلك، فيُرجى التوضيح.
هل هناك ضرورة طبية لجرعة معادلة المورفين اليومية المُصرَّح بها؟ ☐ **نعم** ☐ **لا** هل سيكون الإجمالي الأقل لجرعة معادلة المورفين اليومية كافيًا للسيطرة على الألم الذي يعاني منه المُسَجِّل؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

سبب الطلب
☐ **دواء (أدوية) بديل ممنوع استعماله أو سبق تجربته، ولكن بسبب ظهور نتائج عكسية، على سبيل المثال تسمم، أو حساسية، أو فشل علاجي** يُرجى التحديد أدناه إذا لم يُذكر ذلك مُسبقًا في قسم سجل الدواء في النموذج: (1) الدواء (الأدوية) المُجرَّب ونتائج تجربة (تجارب) الدواء (2) إذا كانت النتيجة عكسية، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتيجة العكسية لكل منها، (3) إذا كان هناك فشل علاجي، فأدرج الحد الأقصى للجرعة ومدة العلاج للدواء (الأدوية) المجرب، (4) إذا كان هناك مانع (موانع) للاستعمال، فيُرجى إدراج سبب مُحدَد لمنع استعمال الدواء (الأدوية) المُفضَّل/دواء (أدوية) آخر موصوف ☐ **يستخدم المريض الدواء (الأدوية) الحالي بشكل ثابت؛ ويزيد الخطر عند تغيير الدواء لاحتمال حدوث نتائج سريرية عكسية** يُرجى تقديم تفسير مُحدَد لأي نتائج سريرية عكسية خطرة متوقعة ولماذا من المتوقع حدوث نتائج سريرية عكسية خطرة – على سبيل المثال كان من الصعب السيطرة على الحالة (أدوية كثيرة تجري تجربتها، وتلزم أدوية متعددة للسيطرة على الحالة)، ظهر على المريض نتيجة عكسية خطرة عندما فشلت السيطرة على الحالة سابقًا (على سبيل المثال دخول المستشفى أو زيارات طبية ضرورية متكررة، ونوبة قلبية، وسكتة دماغية، وإغماء، وقصور شديد في الحالة الوظيفية، والألم غير المُبرَر والمعاناة)، إلخ. ☐ **حاجة طبية إلى نمط مختلف من الجرعة و/أو جرعة أعلى** يُرجى التحديد أدناه: (1) نمط (أنماط) الجرعة و/أو الجرعة (الجرعات) المُجرَّبة ونتيجة تجربة (تجارب) الدواء؛ (2) وضِّح السبب الطبي؛ (3) اذكر سبب عدم اعتبار تكرار جرعة منخفضة ذات قوة أعلى كاختيار – إن وُجدت قوة أعلى ☐ **طلب استثناء الوصفات الطبية أو الفئات** يُرجى التحديد أدناه إذا لم يُذكر ذلك مُسبقًا في قسم سجل الدواء في النموذج: (1) دواء (أدوية) الوصفات الطبية أو الدواء المُفضَّل المُجرَّب ونتائج تجربة (تجارب) الدواء، (2) إذا كانت النتيجة عكسية، فأدرج الدواء (الأدوية) والنتيجة العكسية لكل منها، (3) إذا كان هناك فشل علاجي/نتيجة ليست فعّالة كالدواء المطلوب، فأدرج الحد الأقصى للجرعة ومدة العلاج لتجربة الدواء (الأدوية)، (4) إذا كان هناك مانع (موانع) للاستعمال، فيُرجى إدراج سبب مُحدَد لمنع استعمال الدواء (الأدوية) المُفضَّل/دواء (أدوية) آخر موصوف ☐ **أخرى** (يُرجى الشرح أدناه) **الشرح المطلوب** _____ _____ _____ _____ _____ _____

Health Net Community Solutions, Inc هي خطة رعاية صحية تتعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal من أجل تقديم مزايا كِلا البرنامجين للمشتركين.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 in Los Angeles County or 1-855-464-3572 in San Diego County (TTY: 711) from 8:00 a.m. to 8:00 p.m, Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا اتصل بالرقم 1-855-464-3571 في Los Angeles County والرقم 1-855-464-3572 في San Diego County (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات ، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասանում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 Los Angeles County-ում կամ 1-855-464-3572 San Diego County-ում (TTY՝ 711) երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

CAMBODIAN (KHMER)

ចំណាប់អារម្មណ៍៖ បើសិនអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ហៅលេខ 1-855-464-3571 ក្នុង Los Angeles County ឬ 1-855-464-3572 ក្នុង San Diego County (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពី ម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានហៅបកមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

CHINESE

請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Los Angeles County 1-855-464-3571 或 San Diego County 1-855-464-3572 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。
我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

FARSI

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 در Los Angeles County یا 1-855-464-3572 در San Diego County (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است

KOREAN

알림:귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Los Angeles County: 1-855-464-3571 또는 San Diego County: 1-855-464-3572 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 в Los Angeles County или 1-855-464-3572 в San Diego County (TTY: 711) с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.

SPANISH

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 en Los Angeles County o 1-855-464-3572 en San Diego County (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

TAGALOG

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tawagan ang 1-855-464-3571 sa Los Angeles County o 1-855-464-3572 sa San Diego County (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.

VIETNAMESE

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Vui lòng gọi 1-855-464-3571 ở Los Angeles County hoặc 1-855-464-3572 ở San Diego County (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 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 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego)（TTY: 711）。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의：한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).