

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS QUE  
REQUIEREN RECETA MÉDICA DE MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección: Medicare Part D  
Prior Authorization Department  
P.O. Box 419069  
Rancho Cordova, CA 95741

Número de Fax:  
1-800-977-8226

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-855-464-3571 (Los Angeles County) o al 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711), o a través de nuestro sitio web [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect). El horario de atención para afiliados es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada dentro del siguiente día hábil.

**Quién Puede Hacer una Solicitud:** La persona que receta puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) haga una solicitud en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

**Información de la Persona Inscrita**

Nombre de la Persona Inscrita		Fecha de Nacimiento
Dirección de la Persona Inscrita		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	N.º de Id. de Afiliado de la Persona Inscrita	

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita o la persona que receta:**

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con la Persona Inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

**Documentación de representación para las solicitudes hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que receta:**

**Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**

**Nombre del medicamento que requiere receta médica que solicita** (si lo sabe, incluya concentración y cantidad solicitada por mes):

**Tipo de Solicitud de Determinación de Cobertura**

- Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción del formulario). \*
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario). \*
- Solicito autorización previa para el medicamento que la persona que receta me recetó. \*
- Solicito una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que receta (excepción del formulario). \*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que pueda obtener el número de píldoras que me recetó la persona que receta (excepción del formulario). \*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por la persona que receta que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel). \*
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en un nivel de copago más bajo, pero que se moverá o se movió a un nivel de copago más alto (excepción al nivel). \*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento más alto de lo que debería haberme cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento que requiere receta médica cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si solicita una excepción al nivel o del formulario, la persona que receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (u otro requisito de Administración de la Utilización) pueden requerir**

**información de respaldo. La persona que receta puede utilizar la “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

Información adicional que deberíamos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

---

---

---

---

### **Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o la persona que receta considera que la espera de 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que receta indica que la espera de 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

### **Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa**

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL NIVEL y DEL FORMULARIO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad de recuperar una función al máximo.**

### **Información de la Persona que Receta**

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del Consultorio

Fax

**Información de la Persona que Receta**

Firma de la Persona que Receta	Fecha
--------------------------------	-------

**Información Médica y de Diagnóstico**

Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Fecha de Inicio: <input type="checkbox"/> <b>NUEVO INICIO</b>	Duración Prevista de la Terapia:	Cantidad por 30 días:
Altura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	

<b>DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.</b> (Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conocen).	<b>Códigos ICD-10</b>
--	-----------------------

<b>Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:</b>	<b>Códigos ICD-10</b>
---------------------------------------	-----------------------

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS: (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)**

<b>MEDICAMENTOS QUE SE HAN PROBADO</b> (si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)	<b>FECHAS de las Pruebas con Medicamentos</b>	<b>RESULTADOS de las Pruebas Previas con Medicamentos FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)</b>

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos de la persona inscrita para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

**SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS**

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS (por sus siglas en inglés, FDA)** al medicamento solicitado?  **SÍ**  **NO**

¿Hay alguna inquietud por una **INTERACCIÓN CON LOS MEDICAMENTOS** relacionada con la adición del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos de la persona inscrita?  **SÍ**  **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada y 3) mencione un plan de monitoreo para garantizar la seguridad

### GESTIÓN DEL ALTO RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS ADULTOS MAYORES

Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de la tercera edad?  SÍ  NO

### OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (por sus siglas en inglés, MED) diaria acumulada?  mg/día

¿Conoce otras personas que recetan opioides para esta persona inscrita?  SÍ  NO  
De ser así, explique.

¿Se considera que la dosis diaria indicada de MED es médicamente necesaria?  SÍ  NO  
¿Sería insuficiente una dosis diaria total más baja de MED para controlar el dolor de la persona inscrita?  
 SÍ  NO

## JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD

**Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario:

(1) Medicamentos probados y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.

**El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas graves frecuentes, infarto, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

**Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o dosis más alta.** Especifique a continuación: (1) Forma de dosis y/o dosis probadas y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) explique las razones médicas; (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una mayor concentración no es una opción, en el caso de que exista una mayor concentración.

**Solicitud de excepción al nivel del formulario** Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario probados y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.

**Otro** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Health Net Community Solutions, Inc. es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

## 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، تتوفر 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

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Ձանգահարեք 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 8시부터 오후 8시까지 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.



## Health Net Cal MediConnect 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 on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

### 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, audio, 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 on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, 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). 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, maari 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 사용하지는 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:** ՈՒՇԱԴԴՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 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:** ໂປດຊາຍ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).