Health Net Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)

ការស្នើសុំការសម្រេចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងសេវាផ្តល់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា MEDICARE

សំណុំបែបបទនេះអាចត្រូវបានផ្ញើមកយើងតាមសំបុត្រ ឬទូរសារ៖

អាសយដ្ឋាន៖
Medicare Pharmacy Prior Authorization Department
P.O. Box 31397
Tampa, FL 33631-3397

លេខទូរសារ៖
1-877-941-0480

អ្នកក៏អាចស្នើសុំឱ្យយើងកំណត់ការរគបដណ្តប់តាមរយៈទូរស័ព្ទលេខ 1-855-464-3571 (Los Angeles County) ឬ 1-855-464-3572 (សម្រាប់ San Diego County) (TTY: 711)
ឬតាមរយៈគេហទំព័ររបស់យើងអាសយដ្ឋាន mmp.healthnetcalifornia.com។
ម៉ោងសេវាសមាជិកគឺចាប់ពីម៉ោង 8 រពឹក ដល់ម៉ោង 8យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទរហូត ដល់ថ្ងៃសុក្រ។
នៅ កាម៉ោងធ្វើការ នៅថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងនាថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។
យើងខ្ញុំនឹងទូរស័ព្ទទៅលោកអ្នកវិញនាថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

<u>អ្នកែដលអាចស្នើសុំ</u>៖ អ្នកេចញេ្ជរដួបញ្ជារបស់អ្នកអាចស្នើសុំ ការសេរមចចិត្តលើការធានារ៉ាប់រងជំនួសអ្នក។ របសិនេបើអ្នកចង់ឱ្យបុគ្គលម្នាក់ផេសងេទៀត (ដូចជា សមាជិកគួសារ ឬមិត្តភក្តិ) ធ្វើការេស្នើសុំសរមាប់អ្នក នោះបុគ្គលម្នាក់នោះ រតូវែតជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។
សូ មទាក់ទងមកេយើងេដើមបីដឹងពីរេបៀបចុះឈ្មោះអ្នកតំណាង។

ព័ត៌មានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ

ឈ្មោះរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
អាសយដ្ឋានរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ
ទូរស័ព្ទ	លេខសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នកចុះឈ្មោះ	

បំពេញផ្នែកខាងក្រោមនេះតែប៉ុណ្ណោះ ប្រសិនបើអ្នកដែលធ្វើសំណើនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា៖

ឈ្មោះរបស់អ្នកស្នើសុំ		
ទំនាក់ទំនងរវាងអ្នកស្នើសុំ និងអ្នកចុះឈ្មោះ		
អាសយដ្ឋាន		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ៊ីរ្ប៊ីបកូដ
ទូរស័ព្ទ		

<u>ឯកសារតំណាងសម្រាប់ការស្នើសុំដែលធ្វើឡើងដោយបុគ្គលណាម្នាក់ក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះ ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖</u>

ភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីការផ្តល់សិទ្ធិ ដើម្បីតំណាងអ្នកចុះឈ្មោះ (ការបំពេញទំរង់បែបបទសុំសិទ្ធិផ្តល់ពេញលេញជាតំណាង CMS-1696 ឬ ជាឯកសារជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលប្រហាក់ប្រហែល)។
សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមលើការតែងតាំងអ្នកតំណាង ទាក់ទងផែនការរបស់អ្នក ឬ 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។

ឈ្មោះថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ (ប្រសិនបើត្រូវបានគេស្គាល់ រាប់ទាំងភាពខ្លាំង និងបរិមាណថ្នាំដែលបានស្នើសុំក្នុងមួយខែ)៖

ប្រភេទនៃការស្នើសុំការផ្តល់ជានារ៉ាប់រង

☐ ខ្ញុំត្រូវការថ្នាំដែលមិនមាននៅក្នុងបញ្ជីគម្រោងនៃថ្នាំដែលបានជានា (លើកលែងថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជា)។*

☐ខ្ញុំបាននឹងកំពុងប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលកាលពីមុន ត្រូវបានបញ្ចូលក្នុងបញ្ជីគម្រោងនៃថ្នាំ
ប៉ុន្តែត្រូវបានលុបចោល ឬត្រូវបានដកចេញពីបញ្ជីនេះក្នុងកំឡុងឆ្នាំនៃផែនការ
(លើកលែងថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជា)។*

☐ ខ្ញុំស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនចំពោះថ្នាំដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញឲ្យ។*

☐ ខ្ញុំស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះតម្រូវការដែលខ្ញុំបានសាកប្រើថ្នាំ
ផ្សេងទៀតមុនពេលខ្ញុំទទួលបានថ្នាំតាមអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំចេញឲ្យ
(លើកលែងថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជា)។*

☐ ខ្ញុំស្នើសុំករណីលើកលែងចំពោះការកំណត់របស់គម្រោងលើចំនួនថ្នាំ (ចំនួនបរិមាណកំណត់)
ដែលខ្ញុំអាចទទួលបានដើម្បីឱ្យខ្ញុំអាចទទួលបានថ្នាំគ្រប់ចំនួនដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញឲ្យ
(លើកលែងថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជា)។*

☐ ផែនការថ្នាំរបស់ខ្ញុំគិតថ្លៃសហទូទាត់ប្រាក់ខ្ពស់ជាង សម្រាប់ថ្នាំដែល
អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញថ្នាំឲ្យ ខ្ពស់ជាងការគិតថ្លៃថ្នាំដទៃទៀត ដែលព្យាបាលបញ្ហារបស់ខ្ញុំ
ហើយខ្ញុំចង់បង់រួមថ្លៃសហទូទាត់ប្រាក់ ដែលមានតម្លៃទាបជាងនេះ (ការលើកលែងតាមកម្រិត)។*

☐ ខ្ញុំបានប្រើថ្នាំដែលកាលពីមុនត្រូវបានមាននៅក្នុងថ្នាក់សហទូទាត់ប្រាក់ដែលទាបជាង
ប៉ុន្តែត្រូវបានផ្លាស់ប្តូរ ឬត្រូវបានផ្លាស់ប្តូររួច ទៅកាន់ថ្នាក់សហទូទាត់ប្រាក់ដែលខ្ពស់ជាង
(លើកលែងតាមកម្រិត)។*

☐ គម្រោងថ្នាំរបស់ខ្ញុំបានគិតថ្លៃសហទូទាត់ប្រាក់ថ្លៃជាងថ្នាំដែលគួរមាន។

☐ ខ្ញុំចង់បានសំណងសម្រាប់ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជាដែលត្រូវបានគ្របដណ្តប់
ដែលខ្ញុំបានបង់ដោយប្រាក់ចេញពីហោប៉ៅ។

***ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំការលើកលែងថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជា ឬតាមកម្រិត គ្រូពេទ្យ
របស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់សេចក្តីថ្លែងគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។ ការស្នើសុំនានាដែលមានការអនុញ្ញាតជាមុន
(ឬតម្រូវការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ណាមួយផ្សេងទៀត) អាចតម្រូវឲ្យមានព័ត៌មានគាំទ្របន្ថែម។
អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចប្រើឯកសារភ្ជាប់ "ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់
សំណើលើកលែងឬការអនុញ្ញាតជាមុន" ដើម្បីគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។**

ព័ត៌មានបន្ថែមដែលយើងគួរពិចារណា *(ភ្ជាប់ឯកសារគាំទ្រផ្សេងៗ)*៖

_____
_____
_____
_____

កំណត់ចំណាំសំខាន់៖ ការសម្រេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័ស

ប្រសិនបើអ្នកឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿថា ការរង់ចាំ 72
ម៉ោងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តស្តង់ដារអាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់សុខភាព អាយុជីវិត
ឬសមត្ថភាពដើម្បីទទួលបានសុខភាពជាអតិបរមាឡើងវិញ អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចចិត្តឆាប់រហ័សបាន។
ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកបង្ហាញថាការរង់ចាំរយៈពេល 72 ម៉ោង
អាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់អ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ យើងនឹងផ្តល់ការសម្រេចចិត្តដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល
24 ម៉ោង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសម្រាប់ការស្នើសុំជា
បន្ទាន់នោះយើងនឹងសម្រេចចិត្តថាតើករណីរបស់អ្នកតម្រូវឱ្យមានការសម្រេចចិត្ត

យ៉ាងឆាប់រហ័សឬយ៉ាងណា។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍រហ័សបានឡើយ ប្រសិនបើអ្នក
កំពុងស្នើសុំយើងឱ្យសងប្រាក់ដល់អ្នកវិញសម្រាប់ថ្នាំដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

**☐សូមពិនិត្យប្រអប់នេះប្រសិនបើអ្នកគិតថា អ្នកត្រូវការការសំរេចចិត្តក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង
(ប្រសិនបើអ្នកមានលិខិតគាំទ្របញ្ជាក់ពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សូមភ្ជាប់វាទៅនឹងសំណើនេះ)។**

ហត្ថលេខា៖	**កាលបរិច្ឆេទ៖**

ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន

ការស្នើសុំការលើកលែងថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជា និងតាមកម្រិតមិនអាចត្រូវបានដំណើរការ
ដោយគ្មានសេចក្តីថ្លែងគាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាបានឡើយ។
ការស្នើសុំសិទ្ធិជាមុនអាចតម្រូវឱ្យមានព័ត៌មានគាំទ្រ។

**☐/*សំណូមពរសម្រាប់ការពិនិត្យឡើងវិញបន្ទាន់៖ តាមរយៈការធីកប្រអប់នេះ
និងការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ការដាក់ពាក្យពិនិត្យមើលរយៈពេល 72 ម៉ោងអាចធ្វើឱ្យ
ប៉ះពាល់យ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិតឬសុខភាពរបស់អ្នកចុះឈ្មោះ ឬសមត្ថភាព
របស់អ្នកចុះឈ្មោះដើម្បីទទួលបានសុខភាពជាអតិបរមាឡើងវិញ ។**

ព័ត៌មានរបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា		
ឈ្មោះ		
អាសយដ្ឋាន		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្ស៊ីបកូដ
ទូរស័ព្ទការិយាល័យ	ទូរសារ	
ហត្ថលេខារបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា		កាលបរិច្ឆេទ

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្រ		
ថ្នាំ៖	កម្លាំង និងផ្លូវដែលថ្នាំចូលទៅក្នុងខ្លួន៖	ភាពញឹកញាប់៖
កាលបរិច្ឆេទបានចាប់ផ្តើម៖ ☐ **ចាប់ផ្តើមថ្មី**	រយៈពេលនៃការព្យាបាលដែលរំពឹងទុក៖	ចំនួនក្នុងពេល 30 ថ្ងៃ៖
កម្ពស់ / ទំងន់៖	អាឡាក់ហ្ស៊ីនឹងថ្នាំ៖	

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ – **សូមរាយការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទាំងអស់ដែលបានធ្វើជាមួយថ្នាំដែលបានស្នើ** **និងកូដឆ្លើយតប ICD-10 ។** (ប្រសិនបើជំងឺត្រូវបានព្យាបាលជាមួយថ្នាំដែលបានស្នើគឺជារោគសញ្ញា ឧ. ការធុញនឹងអាហារ ស្រកគីឡូ ដកដង្ហើមញាប់ ឈឺទ្រូង ចង់ក្អួត ជាដើម ផ្តល់រោគវិនិច្ឆ័យដែលបណ្តាលឱ្យមានរោគសញ្ញា(នានា) ប្រសិនបើដឹង)	**កូដ ICD-10**
ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀត៖	**កូដ ICD-10**

ប្រវត្តិថ្នាំ៖ (សម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺតម្រូវការថ្នាំដែលបានស្នើ)

ថ្នាំដែលបានសាក (ប្រសិនបើការកំណត់បរិមាណគឺជាបញ្ហាមួយ រាយឯកតាកម្រិត / ចំនួនសរុបប្រចាំថ្ងៃបានសាកល្បង)	**កាលបរិច្ឆេទនៃការសាកល្បងថ្នាំ**	**លទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំមុន ភាពបរាជ័យទល់នឹងភាពមិនអត់ឱន (ពន្យល់)**

តើរបបឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះសម្រាប់អ្វីដែលតម្រូវឱ្យមានថ្នាំ?

សុវត្ថិភាពថ្នាំ

ប្រតិកម្មដែលមានសម្គាល់ **FDA ណាមួយ**ចំពោះថ្នាំដែលបានស្នើសុំទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

ការព្រួយបារម្ភចំពោះ**អន្តរកម្មថ្នាំ**
ជាមួយនឹងការបន្ថែមនៃថ្នាំដែលបានស្នើសុំទៅរបបថ្នាំបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះបានដែរឬទេ?
☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

ប្រសិនបើ ចម្លើយទៅនឹងសំណួរណាមួយដែលបានកត់សម្គាល់ខាងលើគឺបាទ/ចាស សូម 1) ពន្យល់បញ្ហា 2) ពិភាក្សាអំពីអត្ថប្រយោជន៍ទល់នឹងហានិភ័យដែលមានសក្តានុពល និង 3) តាមដានគម្រោងដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព

ការគ្រប់គ្រងហានិភ័យខ្ពស់នៃថ្នាំរបស់មនុស្សវ័យចំណាស់

ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះបញ្ចប់នៅអាយុ 65 ឆ្នាំ
តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាអត្ថប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលជាមួយនឹងថ្នាំដែលត្រូវបានស្នើសុំមានឥទ្ធិពលលើហានិភ័យដែលអាចកើតមានចំពោះអ្នកជំងឺវ័យចំណាស់នេះដែរឬទេ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

អាភៀន – (សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម ប្រសិនបើថ្នាំដែលបានស្នើគឺជា អាភៀន)

តើអ្វីទៅជាសមាមាត្រម៉ូលីនសមមូលប្រចាំថ្ងៃ? **(MED)**? _____ **មីលីក្រាម/ថ្ងៃ**

តើអ្នកយល់ដឹងថាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំអាភៀនផ្សេងទៀតសម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះនេះ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**
ប្រសិនបើដូច្នេះ សូមពន្យល់។

តើកម្រិត MED ជាប្រចាំថ្ងៃដែលបានថ្លែងបានកត់សម្គាល់ចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ? ☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**
តើកម្រិតថ្នាំ MED ប្រចាំថ្ងៃសរុបទាបជាងមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នកចុះឈ្មោះទេ?
☐ **បាទ/ចាស** ☐ **ទេ**

មូលហេតុសម្រាប់សំណើ

☐ **ថ្នាំផ្សេងដែលត្រូវបានហាម ឬធ្លាប់សាកល្បងពីមុន ប៉ុន្តែជាមួយនឹងលទ្ធផលអវិជ្ជមានផ្សេងៗ ឧ. ការពុលប្រតិកម្ម ឬការបរាជ័យនៃការព្យាបាល** បញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម ប្រសិនបើមិនបានកត់សម្គាល់រួច
ហើយនៅក្នុងផ្នែកប្រវត្តិថ្នាំមុននៅលើពាក្យសុំ៖ (1) ថ្នាំដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ (2) ប្រសិនបើមានផលប៉ះពាល់អវិជ្ជមាន បញ្ជីថ្នាំ និងលទ្ធផលអវិជ្ជមាននីមួយៗ (3) ប្រសិនបើការបរាជ័យនៃការព្យាបាលត្រូវរាយបញ្ជីកម្រិតអតិបរមា និងប្រវែងនៃការព្យាបាលសម្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវបានសាកល្បង (4) ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម
សូមពន្យល់អំពីមូលហេតុជាក់លាក់ដែលថ្នាំចង់បាន/ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតមានប្រតិកម្ម

☐ **អ្នកជំងឺមានស្ថេរភាពលើថ្នាំបច្ចុប្បន្ន**
ហានិភ័យខ្ពស់នៃផលវិបាកខាងឱសថសង្គមសំខាន់ៗជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរថ្នាំ
ការពន្យល់ជាក់លាក់អំពីលទ្ធផលគ្លីនិកមិនល្អណាមួយរំពឹងទុក
ហើយហេតុអ្វីបានជាគេរំពឹងថានឹងមានលទ្ធផលអវិជ្ជមានយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរ – ឧ.
ស្ថានភាពនេះមានការលំបាកក្នុងការគ្រប់គ្រង
(ថ្នាំជាច្រើនព្យាយាមប្រើថ្នាំច្រើនប្រភេទដែលត្រូវការដើម្បីគ្រប់គ្រងស្ថានភាព)
អ្នកជំងឺមានលទ្ធផលមិនល្អនៅពេលដែលស្ថានភាពមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រងពីមុន (ឧ. ការចូលសម្រាកពេទ្យ
ឬការជួបព្យាបាលជំងឺធ្ងន់ធ្ងរជាប្រចាំ ការគាំងបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ការធ្លាក់
ការកំណត់សំខាន់នៃស្ថានភាពមុខងារ ការឈឺចាប់ហួសប្រមាណ និងការឈឺចាប់) ។ ល។

☐ **តម្រូវការផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រសម្រាប់កម្រិតថ្នាំត្រូវប្រើ និង/ឬ កំរិតថ្នាំខ្ពស់ជាង** បញ្ជាក់ខាងក្រោម៖
(1) ពាក្យសុំដាក់ថ្នាំ និង/ឬការដាក់ថ្នាំដែលបានសាកល្បង និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ
(2) ពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ
(3) រួមបញ្ចូលនូវមូលហេតុដែលមិនសូវប្រើថ្នាំដែលមានកម្លាំងខ្ពស់ជាងនេះគឺមិនមែនជាជម្រើសទេ -
ប្រសិនបើមានកម្លាំងខ្ពស់ជាង

☐ **ស្នើសុំការលើកលែងកម្រិតថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជា** បញ្ជាក់ខាងក្រោម
ប្រសិនបើមិនបានកត់សម្គាល់ក្នុងផ្នែកប្រវត្តិថ្នាំជាមុនលើពាក្យសុំ៖ (1)ថ្នាំដែលចង់បាន ឬថ្នាំដែលមានវេជ្ជបញ្ជា
និងលទ្ធផលនៃការប្រើថ្នាំ(s) (2) ប្រសិនបើមានលទ្ធផលអវិជ្ជមាន បញ្ជីថ្នាំ និងលទ្ធផលអវិជ្ជមានសម្រាប់នីមួយៗ
(3) ប្រសិនបើការបរាជ័យនៃការព្យាបាល ត្រូវរាយបញ្ជីកម្រិតអតិបរមា
និងប្រវែងនៃការព្យាបាលសម្រាប់ថ្នាំដែលត្រូវបានសាកល្បង (4) ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម
សូមពន្យល់អំពីមូលហេតុជាក់លាក់ដែលថ្នាំចង់បាន/ថ្នាំមានវេជ្ជបញ្ជាដទៃទៀតមានប្រតិកម្ម

☐ **ផ្សេងៗទៀត** (ពន្យល់ដូចខាងក្រោម)

ទាមទារការពន្យល់ _____
_____
_____
_____
_____
_____

Health Net Community Solutions, Inc. គឺជាគម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាជាមួយទាំង Medicare និង Medi-Cal ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរជូនអ្នកចុះឈ្មោះចូលរួម។

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 հասնում 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។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃទេ។

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, 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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

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

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

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

H3237_21_MLI_I_08112021
FLY053841ZO00 (10/21)

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

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

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County),
1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

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

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County),
1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Mien: DONGH EIX: Da’faanh Meih Zoux Maiv Qiex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing
Nauv Maiv fih hnangv, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County),
1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).