

**Health Net Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)**



ՀԱՅՑ՝ MEDICARE-Ի ԿՈՂՄԻՑ ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԾԱԾԿՈՒՅԹԻ
ՍԱՀՄԱՆՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Այս ձևաթուղթը կարող էք մեզ ուղարկել էլեկտրոնային փոստով կամ ֆաքսով.

Հասցեն՝ Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741	Ֆաքսի համարը՝ 1-800-977-8226
---	---------------------------------

Դուք կարող եք ծածկույթի սահմանման վերաբերյալ դիմել մեզ՝ զանգահարելով 1-855-464-3571 (Los Angeles County-ում) 1-855-464-3572 (San Diego County-ում) հեռախոսահամարներով (TTY՝ 711) կամ մեր կայքի միջոցով՝ mmp.healthnetcalifornia.com: Աշխատանքային ժամերն են՝ 8:00-ից մինչև 20:00, երկուշաբթիից ուրբաթ: Աշխատանքային ժամերից դուրս կամ շաբաթ-կիրակի և տոն օրերին Դուք կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

Ով կարող է դիմել հայցով. Ձեզ դեղամիջոցներ նշանակողը կարող է ծածկույթի սահմանման վերաբերյալ հայց ներկայացնել Ձեր անունից: Եթե ցանկանում եք, որպեսզի մեկ այլ անձ ներկայացնի հայցը (օրինակ՝ ընտանիքի անդամը կամ ընկերը), այդ անձը պետք է լինի Ձեր ներկայացուցիչը: Դիմեք մեզ՝ իմանալու, թե ինչպես նշել ներկայացուցչին:

Ապահովագրական պլանի մասնակցի վերաբերյալ տեղեկություններ

Անդամագրվածի անունը		Ծննդյան ամսաթիվը
Անդամագրվածի հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային դասիչը
Հեռախոսահամարը	Անդամագրվածի նույնականացման (ID) #	

Այս հատվածը լրացրեք ՄԻԱՅՆ այն դեպքում, եթե դիմող անձն անդամագրվածը կամ նշանակողը չէ:

Դիմողի անունը		
Դիմողի փոխհարաբերությունը անդամագրվածի հետ		
Հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային դասիչը
Հեռախոսահամարը		

Փաստաթղթերի ներկայացումը՝ հայցը անդամագրված անձից կամ անդամագրվածին դեղամիջոցներ նշանակող անձից գատ այլ անձի կողմից ներկայացնելու դեպքում.

Կցեք փաստաթղթերը՝ նշելով այն մարմինը, որը պետք է ներկայացնի անդամագրվածին (լրացված Ներկայացուցչի լիազորման **CMS-1696** ձևաթուղթ կամ գրավոր համարժեք փաստաթուղթ): Ներկայացուցիչ նշանակելու վերաբերյալ հավելյալ տեղեկությունների համար դիմեք Ձեր պլանին կամ **1-800-Medicare (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարներով (**TTY՝ 1-877-486-2048**)՝ շուրջօրյա և առանց հանգստյան օրերի:

Ձեր կողմից պահանջվող դեղատոմսով նշանակված դեղամիջոցի անվանումը (եթե հայտնի է, ներառեք դեղաչափը և ամսական կտրվածքով պահանջվող քանակը).

Ծածկույթի սահմանման հայցի տեսակը

- Ես կարիք ունեմ մի դեղամիջոցի, որը պլանի՝ ապահովագրությամբ ծածկվող դեղամիջոցների ցանկում ներառված չէ (դեղացանկից բացառություն):*
- Ես օգտագործում եմ մի դեղամիջոց, որը նախկինում ներառված է եղել պլանի՝ ապահովագրությամբ ծածկվող դեղամիջոցների ցանկում, սակայն հանվում է կամ հանվել է այս ցանկից ապահովագրական պլանի գործելու տարվա ընթացքում (դեղացանկից բացառություն):*
- Ես նախնական թույլտվություն եմ խնդրում՝ նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղամիջոցի համար:*
- Ես խնդրում եմ բացառություն անել մեկ այլ դեղամիջոց փորձելու պահանջից՝ նախքան նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղամիջոցը ստանալը (դեղացանկից բացառություն):*
- Ես խնդրում եմ բացառություն անել պլանի՝ իմ դեղահաբերի այն քանակի սահմանափակման (քանակային սահմանաչափի) վերաբերյալ, որը կարող եմ ստանալ, որպեսզի կարողանամ ստանալ նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղահաբերի քանակը (դեղացանկից բացառություն):*

Իմ՝ դեղամիջոցների ապահովագրական պլանը նշանակողի կողմից ինձ նշանակված դեղամիջոցի համար ավելի բարձր համավճար է գանձում, քան իմ հիվանդությունը բուժող մեկ այլ դեղամիջոցի համար, և ես ցանկանում եմ ավելի ցածր համավճար վճարել (բացառություն դեղերի կարգերից):*

Ես օգտագործում եմ մի դեղամիջոց, որը նախկինում ներառված է եղել համավճարի ավելի ցածր կարգում, սակայն տեղափոխվում է կամ տեղափոխվել է համավճարի ավելի բարձր կարգ (բացառություն դեղերի կարգերից):*

Իմ՝ դեղամիջոցների ապահովագրական պլանն ինձնից նախատեսվածից ավելի մեծ համավճար է գանձել:

Ես ցանկանում եմ փոխհատուցում ստանալ նշանակված ծածկվող դեղամիջոցի համար, որի համար ինքս եմ վճարել:

***ՆՇՈՒՄ. Եթե Դուք դիմում եք դեղացանկից կամ դեղերի կարգերից բացառության համար, Ձեր նշանակողը ՊԵՏՔ է Ձեր պահանջը հաստատող հայտարարություն տրամադրի: Նախնական թույլտվության ստացման ենթակա հայցերի (կամ օգտագործման կառավարման որևէ այլ պահանջի) համար կարող է անհրաժեշտ լինել օժանդակ տեղեկատվություն: Ձեր նշանակողը Ձեր հայցին օժանդակելու համար կարող է օգտագործել կից «Բացառության հայցի կամ նախնական թույլտվության համար անհրաժեշտ օժանդակ տեղեկատվությունը»:**

Լրացուցիչ տեղեկատվությունը, որ պետք է ի նկատի ունենանք (կցեք ցանկացած աջակցող փաստաթղթեր).

Կարևոր նշում. Արագացված որոշումներ

Եթե Ձեր նշանակողը կարծում է, որ ստանդարտ որոշման համար 72 ժամ սպասելը կարող է լրջորեն վտանգել Ձեր կյանքը, առողջությունը կամ առավելագույն գործառույթը վերականգնելու կարողությունը, Դուք կարող եք արագացված (արագ) որոշում խնդրել: Եթե Ձեր նշանակողը նշում է, որ 72 ժամ սպասելը կարող է լրջորեն վտանգել Ձեր առողջությունը, մենք 24 ժամվա ընթացքում ավտոմատ կերպով Ձեզ որոշում կտրամադրենք: Եթե արագացված որոշում ստանալու հարցում չստանաք Ձեր նշանակողի աջակցությունը, մենք կորոշենք, թե արդյո՞ք Ձեր դեպքի համար արագ որոշման կարիք կա: Դուք չեք կարող պահանջել արագացված կարգով ծածկույթի սահմանում, եթե մեզ խնդրում եք հետ վճարել մի դեղամիջոցի համար, որն արդեն ստացել եք:

ՆՇԵՔ ԱՅՍ ՎԱՆԴԱԿԸ, ԵԹԵ ԿԱՐԾՈՒՄ ԵՔ, ՈՐ 24 ԺԱՄՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՈՐՈՇՄԱՆ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԵՔ (եթե Ձեր նշանակողի կողմից օժանդակող հայտարարություն ունեք, այն կցեք այս հայցին):

Ստորագրություն՝	Ամսաթիվ՝
-----------------	----------

Բացառության հայցի կամ նախնական թույլտվության համար անհրաժեշտ օժանդակ տեղեկատվություն

ԴԵՂԱՑԱՆԿԻՑ և ԴԵՂԵՐԻ ԿԱՐԳԵՐԻՑ ԲԱՅԱՌՈՒԹՅԱՆ հայցերը չեն կարող դիտարկվել առանց նշանակողի օժանդակող հայտարարության: ՆԱԽՆԱԿԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅԱՆ հայցերի համար կարող է պահանջվել օժանդակ տեղեկատվություն:

ԱՐԱԳԱՅՎԱԾ ԴԻՏԱՐԿՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՀԱԼ ՀԱՅՑ: Նշելով այս վանդակը և ստորև ստորագրելով՝ ես հաստատում եմ, որ 72-ժամյա ստանդարտ դիտարկման ժամանակահատվածը կարող է լրջորեն վտանգել անդամագրվածի կյանքը, առողջությունը կամ նրա՝ առավելագույն գործառույթ ստանալու կարողությանը:

Նշանակողի վերաբերյալ տեղեկատվությունը		
Անունը		
Հասցեն		
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային դասիչը
Գրասենյակի հետախոսահամարը		Ֆաքսի համարը
Նշանակողի ստորագրությունը		Ամսաթիվը

Ախտորոշումը և բժշկական տեղեկատվությունը		
Դեղամիջոցը՝	Դեղամիջոցի դեղաչափը և ընդունման ձևը՝	Հաճախականությունը՝
Օգտագործումը սկսելու ամսաթիվը <input type="checkbox"/> ՆՈՐ ՄԿԻԶԲ	Թերապիայի ակնկալվող տևողությունը՝	30 օրում անհրաժեշտ քանակությունը՝
Հասակը/Քաշը՝	Ալերգիա դեղամիջոցների նկատմամբ՝	

<p>ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ – Խնդրում ենք նշել բոլոր ախտորոշումները, որոնք բուժվում են պահանջվող դեղամիջոցով, և համապատասխան ICD-10 կոդերը: (Եթե պահանջվող դեղամիջոցով բուժվող հիվանդությունը ախտանիշ է, օրինակ՝ անորեքսիա, քաշի կորուստ, շնչահեղձություն, ցավ կրծքավանդակում, սրտխառնոց և այլն, նշեք այդ ախտանիշ(ներ)ը պատճառող ախտորոշումը, եթե հայտնի է)</p>	ICD-10 կոդ(եր)ը
--	-----------------

Այլ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐ՝	ICD-10 կոդ(եր)ը
---------------------------------	-----------------

ԴԵՂԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶԸ (հիվանդության (հիվանդությունների) բուժման համար անհրաժեշտ պահանջվող դեղամիջոցը)

<p>ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԸ (եթե քանակական սահմանաչափը խնդիր է, ապա նշեք օգտագործված մեկանգամյա չափաբաժինը/ընդհանուր օրական չափաբաժինը)</p>	<p>Օգտագործված դեղամիջոցների ԱՄՍԱԹՎԵՐԸ</p>	<p>Նախկինում օգտագործված դեղամիջոցների ԱՐՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԱՆՀԱՋՈՂ կամ ԱԼԵՐԳԻԱ (բացատրեք)</p>

Ինչպիսի՞ն է անդամագրվածի՝ հիվանդության (հիվանդությունների) բուժման համար անհրաժեշտ պահանջվող դեղամիջոցի ներկայիս սխեման:

ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կա՞ն **FDA-ի ԿՈՂՄԻՑ ՆՇՎԱԾ ՀԱԿԱՅՈՒՑՈՒՄՆԵՐ** պահանջվող դեղամիջոցի վերաբերյալ: ԱՅՈ ՈՉ

Կա՞ն մտահոգություններ **ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՓՈԽԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ** վերաբերյալ՝ պահանջվող դեղամիջոցը անդամագրվածի ներկայիս սխեմային ավելացնելու հետ կապված: ԱՅՈ ՈՉ

Եթե վերը նշված հարցերից որևէ մեկին տրվել է դրական պատասխան, 1) բացատրեք խնդիրը, 2) անկախ նշված մտահոգություններից՝ քննարկեք առավելությունները և հնարավոր ռիսկերը և 3) մշտադիտարկման պլանը՝ անվտանգությունն ապահովելու

ՏԱՐԵՑՆԵՐԻ ՄՈՏ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԲԱՐՁՐ ՌԻՍԿԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄԸ

Եթե անդամագրվածը 65 տարեկանից մեծ է, կարծու՞մ եք, որ պահանջվող դեղամիջոցով բուժման առավելությունները կգերակշռեն հնարավոր ռիսկերը այդ տարեց հիվանդի մոտ: ԱՅՈ ՈՉ

ՕՓԻՈՒԴՆԵՐ – (խնդրում ենք պատասխանել հետևյալ հարցերին, եթե պահանջվող դեղամիջոցը օփիոիդ է)

Ինչպիսի՞ն է մորֆինին համարժեք օրական կուտակային չափաբաժինը **Morphine Equivalent Dose, (MED):** մգ/օրական

Ձեզ հայտնի՞ են այս անդամագրվածին այլ օփիոիդներ նշանակողներ:
Եթե այո, նշեք նրանց:

ԱՅՈ ՈՉ

Նշված օրական MED չափաբաժինը անհրաժե՞շտ է բժշկական նկատառումներով: ԱՅՈ ՈՉ
Ընդհանուր օրական ավելի փոքր MED չափաբաժինը բավականաչափ չէ՞ր լինի ցավի վերահսկման համար: ԱՅՈ ՈՉ

ՀԱՅՑԻ ՀԻՄՆԱՎՈՐՈՒՄ

Այլընտրանքային դեղամիջոց(ներ), որոնք հակացուցված են կամ նախկինում փորձել եք, բայց եղել է անբարենպաստ արդյունք, օրինակ՝ թունավորում, ալերգիա կամ բուժման ձախողում Ստորև նշեք, եթե ավելի վաղ չեք նշել այս ձևաթղթի ԴԵՂԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶ բաժնում. (1) Օգտագործված դեղամիջոցները և օգտագործման արդյունքները (2) անբարենպաստ արդյունքի դեպքում թվարկեք դեղամիջոցները և ամեն մեկի անբարենպաստ արդյունքը, (3) բուժման ձախողման դեպքում նշեք օգտագործված դեղամիջոց(ներ)ի մաքսիմալ չափաբաժինը և բուժման տևողությունը, (4) հակացուցում(ներ)ի դեպքում նշեք կոնկրետ պատճառը, թե ինչու են հակացուցված նախընտրելի դեղամիջոց(ներ)ը/դեղացանկի այլ դեղամիջոց(ներ)ը

Հիվանդի վիճակը կայուն է ներկայումս ընդունվող դեղամիջոց(ներ)ով; դեղամիջոց(ներ)ի փոփոխությունը հղի է զգալի անբարենպաստ կլինիկական արդյունքի բարձր ռիսկայնությամբ անհրաժեշտ է որևէ ակնկալվող զգալի անբարենպաստ կլինիկական արդյունքի կոնկրետ բացատրությունը և թե ինչու է ակնկալվում զգալի անբարենպաստ կլինիկական արդյունք, օրինակ՝ հիվանդությունը դժվար էր վերահսկել (օգտագործվել են շատ դեղամիջոցներ, հիվանդության վերահսկման համար անհրաժեշտ են եղել բազմաթիվ դեղամիջոցներ), հիվանդն ունեցել է զգալի անբարենպաստ արդյունքի նախկինում հիվանդությունը չվերահսկելու ժամանակ (օրինակ՝ հոսպիտալացում կամ շտապ օգնության հաճախակի կանչեր, սրտի կաթված, ինսուլտ, անկումներ, ֆունկցիոնալ կարգավիճակի զգալի սահմանափակում, անհարկի ցավ և տառապանք) և այլն

Այլ դեղաչափային ձևի և/կամ ավելի բարձր դեղաչափի բժշկական անհրաժեշտություն Ստորև նշեք. (1) Օգտագործված դեղաչափային ձև(եր)ը և/կամ օգտագործված դեղամիջոցների արդյունքը; (2) բացատրեք բժշկական պատճառը (3) ներառեք, թե ինչու ավելի բարձր դեղաչափով պակաս հաճախականությամբ չափաբաժինը տարբերակ չէ՝ եթե ավելի բարձր դեղաչափ գոյություն ունի

Դեղացանկի կարգերից բացառության հայց Ստորև նշեք, եթե եթե ավելի վաղ չեք նշել այս ձևաթղթի ԴԵՂԵՐԻ ԱՆԱՄՆԵԶ բաժնում. (1) դեղացանկից կամ նախընտրելի դեղամիջոց(ներ)ը և օգտագործված դեղամիջոցների արդյունքը (2) անբարենպաստ արդյունքի դեպքում թվարկեք դեղամիջոց(ներ)ը և ամեն մեկի անբարենպաստ արդյունքը, (3) բուժման ձախողման/պահանջվող դեղամիջոցի համեմատ անարդյունավետության դեպքում նշեք օգտագործված դեղամիջոց(ներ)ի մաքսիմալ չափաբաժինը և բուժման տևողությունը, (4) հակացուցում(ներ)ի դեպքում նշեք կոնկրետ պատճառը, թե ինչու են հակացուցված նախընտրելի դեղամիջոց(ներ)ը/դեղացանկի այլ դեղամիջոց(ներ)ը

Այլ (բացատրել ստորև)

Պահանջվող բացատրություն

Health Net Community Solutions, Inc.-ը բժշկական ապահովագրության ծրագիր է, որը պայմանագրեր ունի և՛ Medicare-ի, և՛ Medi-Cal-ի հետ՝ անդամագրվածներին երկու ծրագրերի ապահովագրական նպաստները տրամադրելու:

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 المكالمات مجانية.

ARMENIAN

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ 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.

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), 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 լեզվակազմի անվճար 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).