



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

MEDICARE درخواست تصمیمگیری درباره پوشش داروی نسخه‌ای

این فرم را می‌توانید با پست یا نمابر برای ما بفرستید:

شماره نمابر: نشانی:

1-800-977-8226

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

از طریق شماره تلفن 1-855-464-3571 (در Los Angeles County) یا 1-855-464-3572 (در San Diego County) (TTY: 711) یا از طریق وبسایت ما به نشانی healthnet.com/calmediconnect نیز می‌توانید درخواست تصمیمگیری درباره پوشش بیمه را ارائه کنید. ساعات کاری خدمات اعضا از 8 صبح تا 8 شب دوشنبه تا جمعه است. در ساعات غیر اداری، در تعطیلات آخر هفته یا روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در نخستین روز کاری با شما تماس گرفته می‌شود.

چه کسانی می‌توانند درخواست ارائه کنند: پزشک تجویزکننده می‌تواند از طرف شما درخواست تصمیمگیری درباره پوشش را ارائه کند. اگر می‌خواهید شخص دیگری (مثلاً یکی از بستگان یا دوستان) از طرف شما درخواست ارائه کند، آن شخص باید نماینده شما باشد. برای کسب اطلاعات درباره تعیین نماینده با ما تماس بگیرید.

اطلاعات فرد ثبت‌نام کننده

نام فرد ثبت‌نام کننده		تاریخ تولد
نشانی فرد ثبت‌نام کننده		
شهر	ایالت	کد زیپ
تلفن	شناسه عضویت فرد ثبت‌نام کننده	

قسمت زیر را فقط در صورتی پر کنید که فرد ارائه‌دهنده درخواست همان فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده نباشد:

نام فرد درخواست‌کننده		
نسبت فرد درخواست‌کننده با فرد ثبت‌نام کننده		
نشانی		
شهر	ایالت	کد زیپ
تلفن		

اسناد نمایندگی مربوط به درخواست‌های ارائه شده از سوی افرادی غیر از فرد ثبت‌نام کننده یا پزشک تجویزکننده فرد ثبت‌نام کننده:

اسناد نشان‌دهنده نمایندگی فرد ثبت‌نام کننده را پیوست کنید (فرم پر شده مجوز نمایندگی CMS-1696 یا معادل مکتوب آن). برای کسب اطلاعات بیشتر یا انتصاب نماینده، طی 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با طرح خود یا با شماره (1-800-Medicare 1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) تماس بگیرید.

نام داروی نسخه‌ای که خواستار آن هستید (در صورت مشخص بودن، قوت و مقدار درخواستی برای هر ماه را ذکر کنید):

نوع درخواست تعیین پوشش

- من دارویی می‌خواهم که در فهرست داروهای تحت پوشش پلان بیمه نیست (استثنای فهرست دارویی). *
 - من از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در فهرست داروهای تحت پوشش پلان بیمه بود ولی طی سال جاری پلان از این فهرست خارج شده است یا در حال خارج شدن است (استثنای فهرست دارویی). *
 - من برای دارویی که پزشکم تجویز کرده است، درخواست مجوز قبلی دارم. *
 - من برای شرط مصرف داروی دیگر پیش از دریافت داروی تجویز شده به وسیله پزشک، درخواست اعمال استثنا دارم (استثنای فهرست دارویی). *
 - من برای محدودیت پلان بیمه درباره تعداد قرصهای قابل دریافت (محدودیت مقدار) درخواست اعمال استثنا دارم تا بتوانم تعداد قرصهای تجویز شده به وسیله پزشک را دریافت کنم (استثنای فهرست دارویی). *
 - مبلغ سهم بیماری که پلان بیمه من بابت داروی تجویز شده به وسیله پزشکم مطالبه می‌کند، بالاتر از مبلغی است که بابت داروی دیگر درمان‌کننده بیماری من مطالبه می‌کند و من می‌خواهم سهم بیمار من کاهش یابد (استثنای رده‌بندی). *
 - من از دارویی استفاده می‌کردم که قبلاً در رده سهم بیمار پایین‌تری بود، ولی به رده سهم بیمار بالاتری منتقل شده است یا در حال منتقل شدن است (استثنای رده‌بندی). *
 - مبلغ سهم بیماری که پلان داروی من مطالبه کرده است، از آنچه باید باشد، بالاتر است.
 - من می‌خواهم هزینه داروی نسخه‌ای تحت پوشش که پول آن را نقدی پرداخت کرده‌ام، به من بازگردانده شود.
- *توجه: اگر خواستار اعمال استثنای فهرست دارویی یا رده‌بندی هستید، پزشک تجویزکننده باید درخواست شما را به صورت کتبی تایید کند. رسیدگی درخواست‌های مشمول مجوز قبلی (یا دیگر الزامات مدیریت مصرف)، ممکن است مستلزم دریافت اطلاعات پشتیبان باشد. پزشک تجویزکننده می‌تواند از برگه پیوست «اطلاعات پشتیبان درخواست اعمال استثنا یا مجوز قبلی» برای تایید درخواست شما استفاده کند.

اطلاعات تکمیلی که ما باید مد نظر قرار دهیم (اسناد پشتیبان را پیوست کنید):

نکته مهم: تصمیمگیری سریع

اگر شما یا پزشک تجویزکننده تشخیص دهید که انتظار 72 ساعته برای دریافت رای استاندارد ممکن است به جان، سلامت یا توانایی بازبایی عملکرد کامل لطمه بزند، می‌توانید خواستار صدور رای سریع (فوری) شوید. اگر پزشک تجویزکننده ثابت کند که انتظار 72 ساعته ممکن است به سلامت شما آسیب جدی بزند، ما به طور خودکار رای خود را ظرف 24 ساعت به شما اعلام می‌کنیم. اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما برای صدور رای سریع را تأیید نکند، ما طوری تصمیمگیری می‌کنیم که گویی پرونده شما نیازمند تصمیمگیری سریع است. برای ارائه درخواست بازپرداخت وجهی که قبلاً برای خرید دارو پرداخت کرده اید، نمی‌توانید خواستار صدور رای سریع پوشش شوید.

اگر فکر می‌کنید باید ظرف 24 ساعت درباره درخواست شما تصمیمگیری شود، این کادر را علامت بزنید (اگر پزشک تجویزکننده درخواست شما را کتباً تأیید کرده است، تأییدیه را به این درخواست پیوست کنید).

	امضا:
	تاریخ:

اطلاعات پشتیبان برای درخواست اعمال استثنای مجوز قبلی

رسیدگی به درخواست‌های استثنای فهرست دارویی و رده‌بندی بدون تأییدیه کتبی پزشک تجویزکننده ممکن نیست. رسیدگی به درخواست‌های مجوز قبلی ممکن است مستلزم ارائه اطلاعات پشتیبان باشد.

درخواست بازبینی سریع: با علامت زدن این کادر و امضا کردن قسمت زیر، گواهی می‌کنم که اعمال بازه بازبینی استاندارد 72 ساعته ممکن است جان یا سلامت فرد ثبت‌نام‌کننده یا توانایی فرد ثبت‌نام‌کننده برای دستیابی به عملکرد کامل را به خطر بیندازد.

اطلاعات پزشک تجویزکننده			
نام			
نشانی			
شهر		ایالت	کد زیپ
تلفن دفتر		نمابر	
امضای پزشک تجویزکننده		تاریخ	

اطلاعات تشخیصی و پزشکی			
دارو:		قوت و روش تجویز:	
تاریخ شروع:		طول تخمینی دوره درمان:	
<input type="checkbox"/> شروع جدید		مقدار در هر 30 روز:	
قد/وزن:		حساسیت‌های دارویی:	
کد(های) ICD-10	تشخیص - لطفاً تمام تشخیص‌های تحت درمان با داروی درخواستی و کدهای ICD-10 مربوطه را ذکر کنید. (اگر بیماری تحت درمان با داروی درخواستی نوعی علامت است، نظیر آنورکسیا، از دست دادن وزن، تنگی نفس، درد قفسه سینه، تهوع و غیره، در صورت امکان تشخیصی که باعث علائم می‌شود را ذکر کنید)		
کد(های) ICD-10	سایر تشخیص‌های مرتبط:		

سابقه دارو: (برای درمان بیماری(هایی) که به داروی درخواستی نیاز دارد)		
نتایج کارآزمایی داروهای قبلی عدم موفقیت یا عدم تحمل (توضیح دهید)	تاریخ‌های کارآزمایی داروها	داروهای امتحان شده (اگر مشکل در مورد محدودیت مقدار است، دوز واحد/کل دوز روزانه امتحان شده را ذکر کنید)
رژیم دارویی کنونی برای بیماری(های) نیازمند داروی درخواستی چیست؟		

ایمنی دارو
آیا موارد منع مصرف توسط FDA برای داروی درخواستی ذکر شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
آیا هیچ‌گونه نگرانی در مورد تعامل دارو با افزودن داروی درخواستی به رژیم دارویی فعلی ثبت‌نام‌کننده وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
اگر پاسخ به هر یک از سؤالات ذکر شده در بالا مثبت است لطفاً (1) موضوع را توضیح دهید، (2) در مورد مزایا در مقایسه با ریسک‌های احتمالی با وجود نگرانی ذکر شده بحث کنید و (3) طرح نظارت برای اطمینان از ایمنی را شرح دهید

مدیریت ریسک بالای داروها در سالمندان
اگر ثبت‌نام‌کننده بیش از 65 سال دارد، آیا احساس می‌کنید مزایای درمان با داروی درخواستی از ریسک‌های بالقوه آن برای این بیمار سالمند بیشتر است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

مواد افیونی – (اگر داروی درخواستی جزو مواد افیونی است، لطفاً سؤالات زیر را تکمیل کنید)
دوز معادل مورفین جمعی (MED) روزانه چقدر است؟ میلی‌گرم/روز <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>

آیا از سایر تجویزکنندگان مواد افیونی برای این ثبت‌نام‌کننده مطلع هستید؟ در این صورت، لطفاً توضیح دهید. <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--

آیا مقدار MED روزانه اعلام شده دارای ضرورت پزشکی است؟ آیا مقدار MED روزانه کمتر برای کنترل درد ثبت‌نام‌کننده ناکافی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
--

منطق درخواست

دارو(های) جایگزین منع مصرف دارند یا قبلاً امتحان شده اما نتیجه نامطلوبی داشته‌اند، نظیر سمیت، آلرژی، یا ناتوانی در درمان اگر قبلاً در بخش سابقه دارویی در این فرم ذکر نشده است، در زیر مشخص نمایید: (1) دارو(های) امتحان شده و نتایج کارآزمایی(های) دارویی (2) در صورت بروز نتایج نامطلوب، دارو(ها) و نتایج نامطلوب هر یک را ذکر کنید، (3) در صورت عدم درمان، حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(های) امتحان شده را ذکر کنید (4) در صورت منع مصرف دارو(ها)، لطفاً علت خاصی را اعلام کنید که چرا دارو(های) مورد نظر/سایر دارو(های) فهرست دارویی نیز منع مصرف دارند

وضعیت بیمار با دارو(های) فعلی پایدار است؛ ریسک بالای پیامد بالینی منفی قابل توجه در صورت تغییر دارو توضیح خاصی از هرگونه پیامد بالینی منفی قابل توجه پیش بینی شده و دلیل اینکه چرا انتظار می‌رود پیامد منفی قابل توجه رخ دهد ضروری است - به عنوان مثال کنترل بیماری دشوار بوده است (داروهای زیادی امتحان شده است، داروهای متعددی برای کنترل بیماری مورد نیاز است)، قبلاً که شرایط کنترل نشده بود بیمار پیامد منفی قابل توجهی را تجربه کرده بود (مثلاً بستری شدن یا ویزیت پزشکی حاد مکرر، حمله قلبی، سکتة مغزی، افتادن، محدودیت قابل توجه وضعیت عملکردی، درد و رنج غیرضروری) و غیره.

ضرورت پزشکی تغییر روش مصرف و/یا افزایش مقدار مصرف در این قسمت ذکر کنید: (1) فرم(های) دوز و/یا دوز(های) امتحان شده و نتیجه کارآزمایی(های) دارو؛ (2) علمی پزشکی را توضیح دهید (3) اعلام کنید چرا نمی‌توان از دوز با دفعات تکرار کمتر و قدرت بیشتر استفاده کرد - اگر قدرت بیشتری وجود داشته باشد

درخواست برای استثنای رده فهرست دارویی چنانچه قبلاً در بخش سابقه دارویی در این فرم ذکر نشده است، در زیر مشخص نمایید: (1) دارو(های) امتحان شده از فهرست دارویی یا مورد ترجیح و نتایج کارآزمایی(های) دارویی (2) در صورت بروز نتایج نامطلوب، دارو(ها) و نتایج نامطلوب هر یک را ذکر کنید، (3) در صورت عدم درمان/مؤثر نبودن به اندازه داروی درخواستی، حداکثر دوز و طول درمان برای دارو(های) امتحان شده را ذکر کنید (4) در صورت منع مصرف دارو(ها)، لطفاً علت خاصی را اعلام کنید که چرا دارو(های) مورد نظر/سایر دارو(های) لیست نیز منع مصرف دارند

سایر (در این قسمت ذکر کنید)

توضیحات لازم _____

برای تلفیق مزایای دو برنامه درمانی و ارائه آنها به افراد تحت پوشش خود، برنامه بهداشتی درمانی Health Net Community Solutions, Inc، با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد.

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.

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 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).