

**ЗАПРОС НА РЕШЕНИЕ О СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ ЛЕКАРСТВ ПО РЕЦЕПТУ ПО
ПРОГРАММЕ MEDICARE**

Эту форму можно отослать нам по почте или факсу:

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

Номер факса:
1-800-977-8226

Вы также можете сделать запрос на решение о страховом покрытии по телефону 1-855-464-3571 (Los Angeles County) или 1-855-464-3572 (San Diego County) (телетайп: 711) или на нашем веб-сайте mmp.healthnetcalifornia.com. Часы работы отдела обслуживания: с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни Вы можете оставлять сообщения. Мы перезвоним Вам на следующий рабочий день.

Кто может делать запрос: Ваш врач, выписавший лекарство, может сделать запрос на решение о страховом покрытии от Вашего имени. Если Вы хотите, чтобы другой человек (например, член семьи или друг) сделал запрос за Вас, то этот человек должен выступать в качестве Вашего представителя. Свяжитесь с нами для получения информации о том, как назначить представителя.

Информация об участнике

Имя участника		Дата рождения
Адрес участника		
Город	Штат	Почтовый индекс
Номер телефона	Идентификационный номер участника плана	

Заполните следующий раздел ТОЛЬКО в случае, если человек, который делает этот запрос, не является участником или врачом, выписавшим лекарство:

Имя запрашивающего лица

Кем запрашивающее лицо приходится участнику

Адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона

Документы, подтверждающие назначение представителя (для запросов от того, кто не является участником или врачом участника, выписавшим лекарство):

Прикрепите документы, подтверждающие право представлять участника (заполненную форму о назначении представителя [Authorization of Representation Form] CMS-1696 или эквивалент в письменной форме). Для получения

дополнительной информации о назначении представителя свяжитесь с представителем Вашего страхового плана или позвоните по телефону 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (телетайп: 1-877-486-2048) круглосуточно, без выходных.

Название запрашиваемого лекарства по рецепту (если известно, укажите дозировку и количество, запрашиваемое на месяц):

Тип запроса на решение о страховом покрытии

- Мне нужно лекарство, не включенное в перечень покрываемых лекарств плана (исключение).*
- Я применяю лекарство, которое раньше было включено в перечень покрываемых лекарств плана, но его удалили из перечня сейчас или в течение страхового года плана (исключение).*
- Я запрашиваю предварительное разрешение на покрытие лекарства, которое прописал мой врач.*
- Я запрашиваю исключение из требования, согласно которому мне нужно попробовать другое лекарство перед тем, как получу то, что прописал мой врач (исключение).*
- Я запрашиваю исключение из ограничений плана относительно количества таблеток (количественное ограничение), которое могу получить, с тем, чтобы я мог(-ла) получить то количество таблеток, которое прописал мой врач (исключение).*
- Мой фармацевтический страховой план взимает более высокую доплату за прописанное врачом лекарство, чем за другое лекарство, которое лечит мое состояние, и я хочу платить более низкую доплату (исключение).*
- Я применяю лекарство, которое ранее предусматривало более низкий уровень доплаты, но сейчас оно переносится на более высокий уровень доплаты (исключение).*
- Мой фармацевтический страховой план снял с меня более высокую доплату за лекарство, чем следовало.
- Я хочу, чтобы мне возместили за покрываемое лекарство по рецепту, которое я оплатил(-а) самостоятельно.

***ПРИМЕЧАНИЕ.** Если Вы запрашиваете исключение, Ваш врач, который прописал Вам лекарство, **ДОЛЖЕН** предоставить заявление в поддержку Вашего запроса. Для запросов, которые требуют предварительного разрешения (или подпадают под требование применения определенных лекарств), может потребоваться подтверждающая информация. Ваш врач, выписавший лекарство, может воспользоваться прилагаемой «Подтверждающей информацией для запроса на исключение или предварительное разрешение» (Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization) для обоснования Вашего запроса.

Дополнительная информация, которую нам следует учесть (*приложите все подтверждающие документы*):

Важное примечание: Ускоренные решения

Если Вы или Ваш врач, выписавший лекарство, считаете, что ожидание стандартного решения в течение 72 часов поставит под серьезную угрозу Вашу жизнь, здоровье или шансы восстановить функции Вашего организма в максимальном объеме, Вы можете подать запрос на ускоренное (быстрое) рассмотрение. Если Ваш врач, выписавший лекарство, укажет, что в процессе 72-часового ожидания Ваше состояние может значительно ухудшиться, мы предоставим Вам решение в автоматическом режиме в течение 24 часов. Если Ваш врач, выписавший лекарство, не предоставил Вам подтверждающие документы для ускоренного рассмотрения запроса, мы примем решение о необходимости предоставления быстрого решения. Вы не сможете подать запрос на ускоренное решение о страховом покрытии в случае, если Вы просите нас компенсировать Вам лекарство, которое Вы уже получили.

ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ В ЭТОМ ПОЛЕ, ЕСЛИ СЧИТАЕТЕ, ЧТО ВАМ НЕОБХОДИМО РЕШЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ (если у Вас есть обоснование от Вашего врача, выписавшего лекарство, приложите его к этому запросу).

Подпись:	Дата:
-----------------	--------------

Подтверждающая информация для запроса на исключение или предварительное разрешение

Запросы на ИСКЛЮЧЕНИЕ не обрабатываются без обоснования врача, выписавшего лекарство. Для запросов на получение ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО РАЗРЕШЕНИЯ может потребоваться подтверждающая информация.

ЗАПРОС НА УСКОРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ: Отмечая это поле галочкой и проставляя свою подпись ниже, я подтверждаю, что стандартный период ожидания в течение 72 часов может представлять серьезную угрозу жизни или здоровью пациента или его шансам восстановить функции организма в максимальном объеме.

Информация о враче, выписавшем лекарство		
Имя		
Адрес		
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон офиса	Факс	
Подпись врача, выписавшего лекарство		Дата

Диагноз и медицинская информация		
Лекарство:	Дозировка и способ применения:	Частота:
Дата начала: <input type="checkbox"/> НОВОЕ НАЧАЛО	Ожидаемая продолжительность терапии:	Кол-во за 30 дней:
Рост/вес:	Лекарственная аллергия:	
ДИАГНОЗ – Перечислите все диагнозы, для лечения которых используются запрашиваемый препарат и соответствующие коды МКБ-10. (Если у заболевания, которое лечат запрошенным препаратом, есть такой симптом как, например, анорексия, потеря веса, одышка, боль в груди, тошнота и т. д., то поставьте диагноз, связанный с данным симптом(-ами), если он известен)		Код(-ы) МКБ-10
Другие ЗНАЧИМЫЕ ДИАГНОЗЫ:		Код(-ы) МКБ-10
ИСТОРИЯ ПРИЕМА ПРЕПАРАТА: (для лечения заболеваний, при которых необходим запрошенный препарат)		
ПРИМЕНЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ (если количественное ограничение является проблемой, укажите использованную единицу дозирования/общую суточную дозу)	ДАТЫ использования препаратов	РЕЗУЛЬТАТЫ предыдущего использования препарата НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ и НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ (поясните)
Какова текущая схема приема препаратов по поводу заболевания(-ий), для лечения которых необходим запрашиваемый препарат?		

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА	
Есть ли у запрашиваемого препарата какие-либо ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ , ОТМЕЧЕННЫЕ FDA ?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Есть ли какие-либо опасения в отношении ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ при добавлении запрошенного препарата в текущую схему приема препаратов?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Если ответ на любой из указанных выше вопросов «Да», 1) объясните проблему, 2) обсудите преимущества и потенциальные риски несмотря на отмеченные опасения и 3) составьте план мониторинга для обеспечения безопасности	

**УПРАВЛЕНИЕ ВЫСОКИМИ РИСКАМИ, СВЯЗАННЫМИ С ПРИЕМОМ ПРЕПАРАТОВ
ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ**

Если участнику более 65 лет, считаете ли Вы, что польза от лечения запрошенным препаратом перевешивает потенциальные риски для этого пожилого пациента? ДА НЕТ

ОПИОИДЫ – (ответьте на следующие вопросы, если запрашиваемый препарат является опиоидом)

Какова суточная суммарная эквивалентная доза морфина (ЭДМ)? мг/сутки

Известно ли Вам о назначении других опиоидных препаратов этому участнику? ДА НЕТ
Если да, поясните.

Является ли указанная суточная ЭДМ необходимой по медицинским показаниям? ДА НЕТ
Будет ли более низкая общая суточная ЭДМ недостаточной для контроля боли участника?
 ДА НЕТ

ОБОСНОВАНИЕ ДЛЯ ЗАПРОСА

Альтернативный препарат(-ы) противопоказан или при его предыдущем применении наблюдался неблагоприятный исход, например, токсическое явление, аллергия или неэффективность лечения Укажите ниже, если это еще не было отмечено ранее в разделе ИСТОРИЯ ПРЕПАРАТА в форме: (1) Использованный препарат(-ы) и результаты использования, (2) при неблагоприятном исходе перечислите препарат(-ы) и неблагоприятный исход для каждого из них, (3) при терапевтической неудаче укажите максимальную дозу и продолжительность терапии для использованного препарата(-ов), (4) в случае противопоказания(-ий), укажите конкретную причину, по которой предпочтительный препарат(-ы)/другой препарат(-ы) в фармакологическом справочнике противопоказан

Состояние пациента стабильно при приеме текущего препарата(-ов); высокий риск значимого неблагоприятного клинического исхода при смене препарата Необходимо конкретное пояснение любого ожидаемого значимого неблагоприятного клинического исхода и причины, по которой следует ожидать значительного неблагоприятного исхода, например, заболевание с трудом поддается лечению (было опробовано много препаратов, потребовалось несколько препаратов для контроля заболевания), у пациента наблюдали значимый неблагоприятный исход, когда лечение заболевания не проводилось ранее (например, госпитализация или частые неотложные визиты для получения медицинской помощи, инфаркт, инсульт, падения, значительное ограничение функционального состояния, сильная боль и страдания) и т. д.

Медицинские показания для изменения лекарственной формы и/или более высокой дозы Укажите ниже: (1) лекарственную форму(-ы) и/или апробированную дозу(-ы) и результаты использования препарата, (2) объясните медицинскую причину, (3) укажите, по какой причине менее частое применение с более высокой дозировкой не является приемлемым вариантом, если у препарата есть более высокая дозировка

Запрос на применение препарата(-ов), не включенных в фармакологический справочник Укажите ниже, если не указано ранее в разделе ИСТОРИЯ ПРЕПАРАТА в форме: (1) апробированный рецептурный или предпочтительный препарат(-ы) и результаты использования, (2) при неблагоприятном исходе перечислите препарат(-ы) и неблагоприятный исход для каждого из них, (3) при терапевтической неудаче/когда препарат не так эффективен, как запрашиваемый препарат, укажите максимальную дозу и продолжительность терапии для использованного препарата(-ов), (4) в случае противопоказания(-ий), укажите конкретную причину, по которой предпочтительный препарат/другой препарат(-ы) в фармакологическом справочнике противопоказан

Другое (поясните ниже)

Требуемое разъяснение _____

Health Net Community Solutions, Inc. — это медицинский страховой план, заключивший договоры с программами Medicare и Medi-Cal. Эти договоры позволяют плану предоставлять своим участникам страховое покрытие по обеим программам.

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 مجاناً 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 صباحاً 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

ՌԻՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ: Չանգահարեք 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).