

**YÊU CẦU ĐƯA RA QUYẾT ĐỊNH BAO TRẢ THUỐC KÊ TOA CỦA MEDICARE**

Quý vị có thể gửi biểu mẫu này cho chúng tôi qua bưu điện hoặc fax:

Địa chỉ: Số Fax:  
Medicare Part D 1-800-977-8226  
Prior Authorization Department  
P.O. Box 419069  
Rancho Cordova, CA 95741

Quý vị cũng có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả qua điện thoại theo số 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) hoặc qua trang web của chúng tôi tại địa chỉ [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com). Giờ làm việc của Dịch vụ Hội viên là từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Sau giờ làm việc, cuối tuần và vào ngày nghỉ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được trả lời trong ngày làm việc tiếp theo.

**Ai Có Thể Đưa Ra Yêu Cầu:** Bác sĩ kê toa của quý vị có thể yêu cầu chúng tôi đưa ra quyết định bao trả bảo hiểm thay cho quý vị. Nếu quý vị muốn một người khác (chẳng hạn như thân quyến hoặc bằng hữu) đưa ra yêu cầu thay cho quý vị, thì người đó phải là người đại diện của quý vị. Hãy liên hệ với chúng tôi để tìm hiểu cách chỉ định người đại diện.

**Thông Tin Người Ghi Danh**

Tên Người Ghi Danh		Ngày Sinh
Địa Chỉ Người Ghi Danh		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Điện thoại	Số ID Hội Viên của Người Ghi Danh	

**CHỈ điền thông tin vào các phần sau đây nếu người đưa ra yêu cầu này không phải là người ghi danh hoặc bác sĩ kê toa:**

Tên Người Yêu Cầu		
Mối Quan Hệ của Người Yêu Cầu với Người Ghi Danh		
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Điện thoại		

**Tài liệu về việc đại diện gửi yêu cầu của người khác thay cho người ghi danh hoặc bác sĩ kê toa của người ghi danh:**

Đính kèm tài liệu thể hiện thẩm quyền đại diện cho người ghi danh (Mẫu Ủy Quyền Đại Diện CMS-1696 hoặc một văn bản tương đương). Để biết thêm thông tin về việc chỉ định đại diện, hãy liên hệ với chương trình của quý vị hoặc theo số 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), 24 giờ một ngày, 7 ngày trong tuần.

Tên thuốc kê toa quý vị đang yêu cầu (nếu biết, bao gồm nồng độ và số lượng yêu cầu mỗi tháng):

**Loại Yêu Cầu Quyết Định Bao Trả**

- Tôi cần một loại thuốc không có trong danh sách các loại thuốc được bao trả của chương trình (ngoại lệ đối với danh mục thuốc). \*
- Tôi đã sử dụng một loại thuốc mà trước đây có trong danh sách thuốc được bao trả của chương trình nhưng đang hoặc đã bị loại bỏ khỏi danh sách này trong năm chương trình (ngoại lệ đối với danh mục thuốc). \*
- Tôi yêu cầu cho phép trước đối với loại thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi đã kê. \*
- Tôi yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với yêu cầu rằng tôi phải thử dùng một loại thuốc khác trước khi tôi nhận được thuốc bác sĩ kê toa của tôi kê (ngoại lệ đối với danh mục thuốc). \*
- Tôi yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với giới hạn của chương trình về số lượng viên thuốc (giới hạn số lượng) mà tôi được nhận để tôi có thể nhận lượng thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi đã kê (ngoại lệ đối với danh mục thuốc). \*
- Chương trình thuốc của tôi đã tính tiền đồng trả cho loại thuốc mà bác sĩ kê toa của tôi đã kê cao hơn khoản đồng trả cho một loại thuốc khác điều trị bệnh trạng của tôi, và tôi muốn được thanh toán khoản đồng trả thấp hơn (ngoại lệ đối với bậc thuốc). \*
- Tôi đã sử dụng một loại thuốc trước đây thuộc bậc thuốc có tiền đồng trả thấp hơn, nhưng đang hoặc đã được chuyển sang bậc thuốc có tiền đồng trả cao hơn (ngoại lệ đối với bậc thuốc). \*
- Chương trình thuốc của tôi đã tính tiền đồng trả cho thuốc cao hơn mức đáng lẽ phải trả.
- Tôi muốn được bồi hoàn cho một loại thuốc kê toa được đài thọ mà tôi đã tự thanh toán.

**\*LƯU Ý: Nếu quý vị đang yêu cầu ngoại lệ đối với danh mục thuốc hoặc bậc thuốc, bác sĩ kê toa của quý vị PHẢI cung cấp tài liệu hỗ trợ yêu cầu của quý vị. Với các yêu cầu phải có cho phép trước (hoặc bất kỳ yêu cầu quản lý sử dụng nào khác) thì có thể đòi hỏi phải cung cấp thông tin hỗ trợ. Bác sĩ kê toa của quý vị có thể sử dụng "Thông Tin Hỗ Trợ cho Yêu Cầu Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước" kèm theo đây để hỗ trợ yêu cầu của quý vị.**

Những thông tin bổ sung mà chúng tôi sẽ xem xét (gửi kèm bất kỳ tài liệu bổ trợ nào):

---

---

---

---

### Lưu Ý Quan Trọng: Quyết Định Giải Quyết Nhanh

Nếu quý vị hoặc bác sĩ kê toa của quý vị tin rằng việc chờ 72 giờ theo tiêu chuẩn để nhận quyết định có thể gây tổn hại nghiêm trọng đến mạng sống, sức khỏe hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa, quý vị có thể yêu cầu quyết định giải quyết nhanh (xử lý nhanh). Nếu bác sĩ kê toa của quý vị cho rằng việc chờ 72 giờ có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của quý vị, chúng tôi sẽ tự động đưa ra quyết định trong vòng 24 giờ. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ bác sĩ kê toa của mình cho yêu cầu giải quyết nhanh, chúng tôi sẽ quyết định xem trường hợp của quý vị có cần quyết định giải quyết nhanh hay không. Quý vị không thể yêu cầu quyết định bao trả giải quyết nhanh nếu quý vị muốn yêu cầu chúng tôi hoàn lại số tiền cho thuốc kê toa mà quý vị đã nhận được.

**XIN ĐÁNH DẤU VÀO Ô NÀY NẾU QUÝ VỊ TIN RẰNG QUÝ VỊ CẦN NHẬN ĐƯỢC QUYẾT ĐỊNH TRONG VÒNG 24 GIỜ (nếu quý vị có tài liệu bổ trợ từ bác sĩ kê toa của mình, hãy gửi kèm theo yêu cầu này).**

Chữ ký:	Ngày:
---------	-------

### Thông Tin Bổ Trợ cho Yêu Cầu Trường Hợp Ngoại Lệ hoặc Cho Phép Trước

Không thể xử lý yêu cầu TRƯỜNG HỢP NGOẠI LỆ ĐỐI VỚI DANH MỤC THUỐC và BẠC THUỐC nếu không có tài liệu bổ trợ từ bác sĩ kê toa. Yêu cầu CHO PHÉP TRƯỚC có thể đòi hỏi cung cấp thông tin bổ trợ.

**YÊU CẦU XÉT DUYỆT NHANH:** Khi đánh dấu vào ô này và ký tên bên dưới, tôi xác nhận rằng việc áp dụng khung thời gian xét duyệt tiêu chuẩn 72 giờ có thể gây nguy hiểm nghiêm trọng đến tính mạng hoặc sức khỏe của người ghi danh hoặc khả năng phục hồi chức năng tối đa của người ghi danh.

Thông Tin Bác Sĩ Kê Toa		
Họ tên		
Địa chỉ		
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip
Điện Thoại Văn Phòng	Fax	
Chữ Ký của Bác Sĩ Kê Toa		Ngày

Thông Tin Chẩn Đoán và Y Tế		
Dược phẩm:	Nồng Độ và Đường Dừng:	Tần suất:
Ngày Bắt đầu: <input type="checkbox"/> <b>BẮT ĐẦU MỚI</b>	Thời Gian Điều Trị Dự Kiến:	Số lượng cho 30 ngày:
Chiều cao/Cân nặng:	Dị ứng với thuốc:	
<b>CHẨN ĐOÁN - Vui lòng liệt kê tất cả các chẩn đoán đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu và mã ICD-10 tương ứng.</b> (Nếu tình trạng đang được điều trị bằng thuốc được yêu cầu là một triệu chứng, ví dụ: chán ăn, sụt cân, khó thở, đau ngực, buồn nôn, v.v., hãy cung cấp chẩn đoán gây ra (các) triệu chứng nếu biết)		(Các) Mã ICD-10
<b>CHẨN ĐOÁN LIÊN QUAN Khác</b>		(Các) Mã ICD-10
LỊCH SỬ DÙNG THUỐC: (để điều trị (các) tình trạng cần dùng thuốc theo yêu cầu)		
CÁC THUỐC ĐÃ DÙNG THỬ (nếu giới hạn số lượng là một vấn đề, hãy liệt kê liều đơn vị/tổng liều hàng ngày đã thử dùng)	CÁC NGÀY DÙNG THỬ Thuốc	KẾT QUẢ dùng thử thuốc trước đó KHÔNG HIỆU QUẢ so với KHÔNG DUNG NẠP (giải thích)
Phác đồ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh là gì cho (các) tình trạng bệnh cần dùng thuốc được yêu cầu?		

ĐỘ AN TOÀN CỦA THUỐC	
Có bất kỳ <b>CHẤT CHỐNG CHỈ ĐỊNH NÀO ĐÃ ĐƯỢC FDA LƯU Ý</b> đối với thuốc được yêu cầu không? <input type="checkbox"/> <b>CÓ</b> <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b>	
Có bất kỳ quan ngại nào về <b>TƯƠNG TÁC THUỐC</b> với việc bổ sung thuốc được yêu cầu vào chế độ dùng thuốc hiện tại của người ghi danh không? <input type="checkbox"/> <b>CÓ</b> <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b>	
Nếu câu trả lời cho một trong những câu hỏi được lưu ý ở trên là có, vui lòng 1) giải thích vấn đề, 2) thảo luận về lợi ích và rủi ro tiềm ẩn bất kể mối quan ngại đã được lưu ý và 3) kế hoạch giám sát để đảm bảo an toàn	
QUẢN LÝ DÙNG THUỐC CÓ RỦI RỎ CAO Ở NGƯỜI CAO TUỔI	
Nếu người ghi danh trên 65 tuổi, quý vị có cảm thấy rằng lợi ích của việc điều trị bằng thuốc được yêu cầu lớn hơn so với những rủi ro tiềm ẩn ở bệnh nhân cao tuổi này không? <input type="checkbox"/> <b>CÓ</b> <input type="checkbox"/> <b>KHÔNG</b>	

**OPIOIDS – (vui lòng hoàn thành các câu hỏi sau nếu thuốc được yêu cầu là opioid)**

Liều Tương đương Morphine (**Morphine Equivalent Dose, MED**) tích lũy hàng ngày là bao nhiêu?  mg/day

Quý vị có biết về các bác sĩ kê đơn thuốc opioid khác cho người ghi danh này không?  **CÓ**  **KHÔNG**  
Nếu vậy, vui lòng giải thích.

Liều MED hàng ngày được nói tới có cần thiết về mặt y tế không?  **CÓ**  **KHÔNG**  
Tổng liều MED hàng ngày thấp hơn có đủ để kiểm soát cơn đau của người ghi danh không?  **CÓ**  **KHÔNG**

**LÝ DO YÊU CẦU**

**(Các) Thuốc thay thế là thuốc chống chỉ định hoặc đã thử dùng trước đó nhưng có kết quả bất lợi, ví dụ: độc tính, dị ứng hoặc điều trị không hiệu quả** Nêu rõ những thông tin sau đây nếu chưa được ghi trong phần **LỊCH SỬ DÙNG THUỐC** ở trước đó trong biểu mẫu: (1) (Các) Thuốc đã dùng thử và kết quả (các) lần dùng thử thuốc (2) nếu kết quả bất lợi, liệt kê (các) thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu không hiệu quả trong điều trị, liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị bằng (các) thuốc đã dùng thử, (4) nếu có (các) chất chống chỉ định, vui lòng liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc ưu tiên/(các) thuốc khác trong danh mục thuốc bị chống chỉ định

**Bệnh nhân ổn định khi dùng (các) thuốc hiện tại; nguy cơ cao về kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể khi thay đổi thuốc** Một lời giải thích cụ thể về bất kỳ kết quả lâm sàng bất lợi đáng kể nào được dự đoán và tại sao cần phải có kết quả bất lợi đáng kể - ví dụ: khó kiểm soát tình trạng bệnh (nhiều loại thuốc đã dùng thử, cần nhiều loại thuốc để kiểm soát tình trạng), bệnh nhân có kết quả bất lợi đáng kể khi tình trạng không được kiểm soát trước đó (ví dụ như nhập viện hoặc thăm khám y tế cấp tính thường xuyên, đau tim, đột quỵ, té ngã, hạn chế đáng kể của tình trạng chức năng, đau đớn và đau khổ không đáng có), v.v.

**Nhu cầu y tế đối với các dạng liều dùng khác nhau và/hoặc liều cao hơn** Nêu rõ những thông tin sau đây: (1) (Các) Dạng bào chế và/hoặc (các) liều dùng thử và kết quả của (các) lần dùng thử thuốc; (2) giải thích lý do y tế (3) bao gồm lý do tại sao dùng liều ít thường xuyên hơn với nồng độ cao hơn không phải là một lựa chọn - nếu có loại với nồng độ cao hơn

**Yêu cầu trường hợp ngoại lệ đối với bậc thuốc trên danh mục thuốc** Nêu rõ những thông tin sau đây nếu không được ghi chú trong phần **LỊCH SỬ DÙNG THUỐC** trước đó trên mẫu đơn: (1) Danh mục thuốc hoặc (các) thuốc ưu tiên đã dùng thử và kết quả (các) lần dùng thử thuốc (2) nếu kết quả bất lợi, liệt kê (các) thuốc và kết quả bất lợi cho từng loại, (3) nếu không hiệu quả trong điều trị/không hiệu quả như thuốc yêu cầu, hãy liệt kê liều tối đa và thời gian điều trị bằng (các) thuốc đã dùng thử, (4) nếu có (các) chất chống chỉ định, vui lòng liệt kê lý do cụ thể tại sao (các) loại thuốc ưu tiên/(các) thuốc khác trong danh mục thuốc bị chống chỉ định

**Khác** (giải thích bên dưới)

**Giải thích theo yêu cầu** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Health Net Community Solutions, Inc. là chương trình bảo hiểm y tế có hợp đồng với cả Medicare và Medi-Cal để cung cấp các quyền lợi của cả hai chương trình cho những người ghi danh.

## 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

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).