

**ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខនិងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់សមាជិកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ - CALIFORNIA**

សូមប្រើទម្រង់នេះដើម្បីជួយដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាមួយ LIBERTY Dental Plan (LIBERTY)។ អ្នកក៏អាចប្រើទម្រង់នេះដើម្បីផ្តល់ដល់ LIBERTY នូវព័ត៌មានបន្ថែមដើម្បីជួយយើងពិនិត្យមើលករណីរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកបានដាក់ពាក្យ **ប្តឹងឧទ្ធរណ៍តាមទូរស័ព្ទ** អ្នកអាចបំពេញទម្រង់បែបបទនេះហើយផ្ញើវាមក LIBERTY វិញ។ នេះជាជម្រើសតាមចិត្ត។ យើងនឹងពិនិត្យករណីរបស់អ្នកឡើងវិញដោយមិនបាច់មានការប្តឹងឧទ្ធរណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ។

| <b>ព័ត៌មានសមាជិក (សូមបោះពុម្ព)</b> |   |                    |             |
|------------------------------------|---|--------------------|-------------|
| នាមគ្រូកូលសមាជិក                   | នាមខ្លួនសមាជិក                          | កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃនេះ |             |
| អាសយដ្ឋានផ្លូវសមាជិក               | ក្រុង                                   | រដ្ឋ               | លេខកូដតំបន់ |
| លេខទូរស័ព្ទសមាជិក                  | លេខអត្តសញ្ញាណសមាជិក (សូមមើលប័ណ្ណសំគាល់) |                    |             |
| និយោជកឬក្រុម                       | ឈ្មោះអ្នកជំងឺ                           | ទំនាក់ទំនង         |             |

| <b>ព័ត៌មានតំណាងដែលមានសិទ្ធិប្រសិនបើអាចអនុវត្តបាន (សូមបោះពុម្ព)</b> |                |                  |
|--|----------------|------------------|
| <b>ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគម្រោង LIBERTY Dental Plan</b>                  |                |                  |
| នាមគ្រូកូលតំណាង  | នាមខ្លួនតំណាង  | លេខទូរស័ព្ទតំណាង |
| ហត្ថលេខាតំណាង  | ហត្ថលេខាសមាជិក |                  |

| <b>ព័ត៌មានការិយាល័យ / អ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពមាត់ធ្មេញ (សូមបោះពុម្ព)</b>  |   |                                   |             |
|---|---|-----------------------------------|-------------|
| <b>ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ LIBERTY Dental Plan ស្នើសុំព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំរួមបញ្ចូលទាំងកំណត់ត្រាតារាងនិងការថតការស្តីអំពី ប្រសិនបើមាន</b> |   |                                   |             |
| លេខការិយាល័យ  | ឈ្មោះការិយាល័យពេទ្យធ្មេញ                          | កាលបរិច្ឆេទនៃការទៅពិនិត្យចុងក្រោយ |             |
| អាសយដ្ឋានផ្លូវការិយាល័យពេទ្យធ្មេញ   | ក្រុង   | រដ្ឋ                              | លេខកូដតំបន់ |
| លេខទូរស័ព្ទការិយាល័យធ្មេញ   | ឈ្មោះបុគ្គលិកការិយាល័យពេទ្យធ្មេញពាក់ព័ន្ធ (បើដឹង) |                                   |             |

**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ Medicaid ត្រូវតែដាក់ក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃដែលមាននៅលើលិខិតបដិសេធរបស់អ្នក។**

**ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់ Medicaid អាចដាក់មកនៅពេលណាក៏បាន។**

**បណ្តឹងឧទ្ធរណ៍និងបណ្តឹងសារទុក្ខ Medicare ត្រូវតែដាក់ពាក្យក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃគិតចាប់ពីថ្ងៃសុំបុគ្គលិកបដិសេធរបស់អ្នកឬថ្ងៃព្រឹត្តិការណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យអ្នកមិនពេញចិត្ត**

**បណ្តឹងសារទុក្ខនិងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍ពាណិជ្ជកម្ម/បុគ្គល ភាគច្រើនត្រូវដាក់ក្នុងរយៈពេល 180 ថ្ងៃចាប់ពីថ្ងៃនៅលើសុំបុគ្គលិកបដិសេធរបស់អ្នកឬថ្ងៃព្រឹត្តិការណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យអ្នកមិនពេញចិត្ត**

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សូមទូរស័ព្ទមកផ្នែកសេវាកម្មសមាជិក  
របស់យើងតាមលេខ **888-703-6999** ឬ TTY **877-855-8039**, ថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ 8:00 ព្រឹកដល់ 5:00 ល្ងាច។

យើងអាចផ្តល់ជូនអ្នកបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ។  
អ្នកឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកផ្តល់សិទ្ធិជាក់លាក់មានសិទ្ធិពិនិត្យមើលឯកសាររបស់អ្នកនៅពេលណាក៏បាន។  
យើងនឹងផ្តល់ជូនអ្នកនូវច្បាប់ចម្លងដោយឥតគិតថ្លៃ។

**សេចក្តីសង្ខេបនៃបណ្តឹងសារទុក្ខនិងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍**

សូមចែករំលែកព័ត៌មានដែលអ្នកមានអំពីបណ្តឹងសារទុក្ខឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក។ សូមផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានលំអិតឱ្យ  
ច្រើនតាមដែលអាចធ្វើទៅបានប្រសិនបើអាចធ្វើបាន សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ ឈ្មោះនិងការព្យាបាលណាមួយ។ បើត្រូវការ  
អ្នកអាចភ្ជាប់ទំព័រផ្សេងទៀត។

សូមចែករំលែកជាមួយយើងខ្ញុំពីរបៀបដែលអ្នកចង់ឃើញបណ្តឹងសារទុក្ខឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកត្រូវដោះស្រាយ។

ហត្ថលេខាសមាជិក

កាលបរិច្ឆេទ

**សូមផ្ញើសំណុំបែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខានិងបំពេញរួចទៅ៖**

|   |   |
|---|---|
| <p>ផ្ញើសំបុត្រទៅកាន់៖<br/><b>LIBERTY Dental Plan of California<br/>Grievances and Appeals Department<br/>P.O. Box 26110<br/>Santa Ana, CA 92602-26110</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ទូរសារទៅការិយាល័យដោះស្រាយបណ្តឹងសារទុក្ខនិងបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់ LIBERTY តាមលេខ <b>949-270-0109</b></li> <li>• ទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិករបស់ LIBERTY Dental Plan តាមលេខ <b>888-703-6999</b>, ឬ TTY <b>(877) 855-8039</b></li> <li>• តាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចដោយប្រើដំណើរការដាក់ពាក្យបណ្តឹងសារទុក្ខតាមអ៊ិនធឺណិតដោយចូលមើល <a href="http://www.libertydentalplan.com">www.libertydentalplan.com</a>។</li> <li>• អ៊ីមែលមកយើងតាម៖ <a href="mailto:GandA@libertydentalplan.com">GandA@libertydentalplan.com</a></li> </ul> |
|---|---|

អ្នកនឹងទទួលបានលិខិតទទួលស្គាល់ពីការទទួលបានបណ្តឹងសារទុក្ខឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 5 ថ្ងៃនៃថ្ងៃប្រតិទិនពីពេលនៃការទទួលដោយ LIBERTY ។  
អ្នកនឹងទទួលបានដំណោះស្រាយជាលាយលក្ខណ៍អក្សរចំពោះបណ្តឹងសារទុក្ខឬបណ្តឹងឧទ្ធរណ៍របស់អ្នកក្នុងរយៈពេល 30 ថ្ងៃនៃថ្ងៃតាមប្រតិទិនរាប់ពីពេល LIBERTY ទទួលបាន។

អង្គការថែទាំសុខភាពដែលមានការគ្រប់គ្រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាទទួលខុសត្រូវលើការរឹតបន្តឹងគ្រោងសេវាថែទាំសុខភាព។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបណ្តឹងសារទុក្ខលើ LIBERTY លោកអ្នកគួរតែទូរសព្ទទៅ LIBERTY តាមរយៈ:1-888-703-6999 ជាមុនសិនហើយប្រើប្រាស់ដំណើរការបណ្តឹងសារទុក្ខរបស់ LIBERTY មុនទាក់ទងទៅអង្គការនោះ។ ការប្រើប្រាស់នីតិវិធីបណ្តឹងសារទុក្ខមិនរារាំងសិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬដំណោះស្រាយដែលអាចមានសម្រាប់អ្នកឡើយ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយទាក់ទងនឹងបណ្តឹងសារទុក្ខទាក់ទងនឹងការសង្គ្រោះបន្ទាន់បណ្តឹងសារទុក្ខដែលមិនត្រូវបានដោះស្រាយដោយពេញចិត្តដោយ LIBERTY ឬបណ្តឹងសារទុក្ខដែលនៅតែមិនទាន់បានដោះស្រាយច្រើនជាង 30 ថ្ងៃ, លោកអ្នកអាចហៅទូរសព្ទមកអង្គការនោះដើម្បីឱ្យជួយ។

លោកអ្នកក៏អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការត្រួតពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រឯកសារ (IMR) ផងដែរ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបាន IMR ដំណើរការ IMR នឹងផ្តល់ការត្រួតពិនិត្យគត់លំអៀងនៃការសម្រេចចិត្តវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលធ្វើឡើងដោយគម្រោងសុខភាពមួយទាក់ទងនឹងភាពចាំបាច់នៃវេជ្ជសាស្ត្ររបស់សេវាដែលបានស្នើ ឬការព្យាបាលការសម្រេចលើការគ្របដណ្តប់សម្រាប់ការព្យាបាល ដែលមានលក្ខណៈពិសោធន៍ ឬស៊ើបអង្កេត និងការជំទាស់បង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាវេជ្ជសាស្ត្របន្ទាន់ ឬការសង្គ្រោះបន្ទាន់។ អង្គការនេះក៏មានលេខទូរសព្ទគត់គិតថ្លៃ (1-888-446-2219) និងខ្សែ TDD (1-877-688-9891) សម្រាប់អ្នកមានបញ្ហាស្តាប់ និងនិយាយ។ គេហទំព័ររបស់អង្គការ <http://www.dmhc.ca.gov> មានទម្រង់បែបបណ្តឹង ទម្រង់បែបបទ IMR និងសេចក្តីណែនាំលើអ៊ីនធឺណិត។

**Discrimination is against the law.** LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) follows State and Federal civil rights laws. LIBERTY does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because 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.

**LIBERTY provides:**

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
  - ✓ Qualified sign language interpreters
  - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - ✓ Qualified interpreters
  - ✓ Information written in other languages

If you need these services, please contact us between 8 a.m. to 5 p.m (PST) by calling (888) 703-6999. Or, if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929

**HOW TO FILE A GRIEVANCE**

If you believe that LIBERTY has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way 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, you can file a grievance with LIBERTY’s Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact LIBERTY’s Civil Rights Coordinator, Monday through Friday, 8 a.m to 5 p.m (PST) by calling 888-704-9833. Or if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:  
P.O. Box 26110  
Santa Ana, CA 92799
- In person: Visit your doctor’s office or LIBERTY Dental Plan and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit LIBERTY Dental Plan website at <https://www.libertydentalplan.com>.

### **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES**

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**Michele Villados**  
**Deputy Director, Office of Civil Rights**  
**Department of Health Care Services**  
**Office of Civil Rights**  
**P.O. Box 997413, MS 0009**  
**Sacramento, CA 95899-7413**

Complaint forms are available at [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Electronically: Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

### **OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Room 509F, HHH Building**  
**Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

**IMPORTANT:** You can get an interpreter at no cost to talk to your dentist or dental plan. To get an interpreter or to request written information (in your language or in a different format, such as Braille or larger font), first call your Dental plan's phone number at 1-888-703-6999. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

**IMPORTANTE:** Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o pedir información escrita (en su idioma o en algún formato diferente, como Braille o tipo de letra más grande), primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-888-703-6999. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

**重要提示:** 您與您的醫生或保健計劃工作人員交談時，可獲得免費口譯服務。如需口譯員服務或索取（用給您的語言或布萊葉盲文或大字體等不同格式提供的）書面資料，請先打電話給您的保健計劃，電話號碼 1-888-703-6999。會講（您的語言）的人士將為您提供協助。如需更多協助，請打電話給 HMO 協助中心，電話號碼 1-888-466-2219。 (Cantonese or Mandarin)

**هام:** يمكنك الحصول على خدمات مترجم فوري مجاناً للتحدث مع طبيبك أو خطتك الصحية. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات مكتوبة (بلغتك أو بصيغة أخرى، مثل طريقة برايل أو بخط كبير)، اتصل أولاً برقم هاتف الخطة الصحية على 1-888-703-6999. سيساعدك شخص ما يتحدث (نفس لغتك). إذا كنت تريد المزيد من المساعدة، اتصل بمركز مساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

**ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ.** Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանիչ ունենալու կամ գրավոր տեղեկություն խնդրելու համար (հայերենով կամ մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ Բրայլը կամ մեծ տառաչափը), նախ զանգահարեք առողջապահական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-888-703-6999: Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: (Armenian)

**សារៈសំខាន់:** អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរច្រាល ឬអក្សរពុម្ពធំៗ) សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ 1-888-703-6999 ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO តាមលេខ 1-888-466-2219។ (Khmer)

**مهم:** برای گفتگو با پزشک معالج یا طرح بیمه می توانید بطور رایگان مترجم حضوری داشته باشید. برای درخواست مترجم حضوری یا برای دریافت اطلاعات بصورت کتبی (به زبان خود، یا با فرمت های دیگر مانند بریل یا چاپ درشت) ابتدا با شماره تلفن طرح خود یعنی 1-888-703-6999 تماس حاصل نمایید. فردی که (زبان شما را) صحبت می کند، می تواند شما را یاری دهد. اگر به کمک بیشتر نیاز دارید با مرکز کمک رسانی اچ ام او (HMO) به شماره 1-888-466-2219 تماس حاصل نمایید. (Farsi)

**TSEEM CEEB:** Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav tau cov ntaub ntawv (sau ua koj yam lus los sis ua lwm yam ntawv, zoo li ua lus Braille los sis ua ntawv loj loj), xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-888-703-6999. Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

**중요:** 의사나 건강 플랜과 대화하실 때 무료 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 통역을 구하시거나 문자 정보(한국어 번역본 또는 점자나 큰 글자 같이 다른 형식으로 된 정보)를 요청하시려면, 가입하신 건강 플랜에 1-888-703-6999로 먼저 전화하십시오. 한국어를 하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하시면 HMO 도움 센터에 1-888-466-2219로 연락하십시오. (Korean)

**ВАЖНО:** Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить услуги переводчика или письменную информацию (на русском языке или в другом формате, например, шрифтом Брайля или крупным шрифтом), позвоните в свой страховой план по телефону [1-888-703-6999](tel:1-888-703-6999). Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону [1-888-466-2219](tel:1-888-466-2219). (Russian)

**MAHALAGA:** Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagasalin o upang humiling ng nakasulat na impormasyon (sa iyong wika o sa ibang anyo, tulad ng Braille o malalaking letra), tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-888-703-6999. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, tawagan ang Sentro ng Pagtulong ng HMO sa 1-888-466-2219. (Tagalog)

**LƯU Ý QUAN TRỌNG:** Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch miễn phí khi đi khám tại văn phòng bác sĩ hoặc khi cần liên lạc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được cấp dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt hoặc bằng một hình thức khác như chữ nổi hoặc bản in bằng chữ khổ lớn, trước tiên hãy gọi số điện thoại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tại 1-888-703-6999. Sẽ có người nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)

**ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ:** ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਗੱਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾਉਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਪਹਿਲਾਂ 1-888-703-6999 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੋ ਵੀ (ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ) ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-466-2219 'ਤੇ HMO Help Center (ਐਚ.ਐਮ.ਓ. ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

**重要 通訳を通して医師や医療保険会社とお話しいただけます。料金はかかりません。日本語でサポートを受けたり、日本語で書かれた情報入手するには、あなたの医療保険会社(1-888-703-6999)までお電話ください。日本語が話せるスタッフがお手伝いします。さらなるサポートが必要な場合は、HMO Help Center (1-888-466-2219)までお電話ください。(Japanese)**

**ສຳຄັນ:** ເຈົ້າສາມາດມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າເພື່ອເວົ້ານຳໝໍແຂ້ວ ຫຼື ແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າ. ເພື່ອໄດ້ນາຍພາສາ ຫຼື ຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນ (ເປັນພາສາຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຮູບແບບອື່ນ, ເຊັ່ນ ພາສານູນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືໃຫຍ່ກວ່າ), ໂທລະສັບໄປຫາແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າກ່ອນ ຕາມໝາຍເລກໂທລະສັບ 1-888-703-6999. ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາ (ລາວ) ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອເຈົ້າໄດ້. ຖ້າວ່າເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ, ໂທລະສັບໄປທີ່ ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຕາມໝາຍເລກ 1-888-466-2219. (Lao)

**कृपया ध्यान दें:** आप अपने डैटिस्ट या डैटल प्लान से संपर्क करने के लिए मुफ्त में एक दोभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। दोभाषिया प्राप्त करने के लिए या लिखित रूप में निवेदन करने के लिए (अपनी भाषा में या किसी अलग प्रारूप में, जैसे ब्रेल (Braille) या बड़े अक्षर), पहले अपने डैटल प्लान के फ़ोन नं 1-888-703-6999 पर कॉल करें। जो (आपकी भाषा बोलता हो), आपकी सहायता कर सकता है। अगर आपको और सहायता की ज़रूरत है, ऐचएमओ (HMO) हैल्प सेंटर को 1-888-466-2219 पर कॉल करें। (Hindi)

**เรื่องสำคัญ:** ท่านสามารถใช้บริการล่ามได้ฟรีเพื่อช่วยในการคุยกับทันตแพทย์หรือปรึกษาเรื่องแผนการทำฟันของท่าน เพื่อขอใช้บริการล่ามหรือขอข้อมูลในรูปแบบเอกสาร (ในภาษาของท่านหรือในรูปแบบอื่น อย่างเช่น อักษรเบรลล์หรืออักษรขนาดใหญ่พิเศษ) กรุณาโทรไปยังเบอร์ของเราที่หมายเลข **1-888-703-6999** จะมีคนที่พูดภาษาไทยได้คอยช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ **HMO** ที่หมายเลข **1-888-466-2219**. (Thai)