

FORMULARIO DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES PARA MIEMBROS – CALIFORNIA

Utilice este formulario para presentar una queja formal o apelación ante LIBERTY Dental Plan (LIBERTY). También puede utilizarlo para darle más información a LIBERTY, a fin de ayudarlo a revisar su caso. Si presenta una **apelación por teléfono**, también puede completar este formulario y enviarlo por correo a LIBERTY. Esto es opcional. Revisaremos su caso sin una apelación por escrito.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (LETRA IMPRENTA)					
Apellido del miembro		Nombre del miembro		Fecha de hoy	
Dirección del miembro		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono del miembro		Número de identificación del miembro (ver tarjeta de identificación)			
Empleador o grupo		Nombre del paciente		Relación	

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO, SI APLICA (LETRA IMPRENTA)		
Autorizo a LIBERTY Dental Plan para permitir que la siguiente persona actúe en mi nombre durante el proceso de queja formal/apelación		
Apellido del representante	Nombre del representante	Número de teléfono del representante
Firma del representante	Firma del miembro	

INFORMACIÓN DEL CONSULTORIO/PROVEEDOR DE ATENCIÓN DENTAL (LETRA IMPRENTA)				
Autorizo a LIBERTY Dental Plan a solicitar mi información, incluido los historiales médicos y radiografías, si corresponde, al siguiente consultorio:				
Número del consultorio	Nombre del consultorio dental		Fecha de la última consulta	
Dirección del consultorio dental		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del consultorio dental		Nombre del personal del consultorio dental involucrado (si se conoce)		

Las apelaciones de Medicaid deben presentarse dentro de los 60 días a partir de la fecha de su carta de rechazo. Las quejas formales de Medicaid se pueden presentar en cualquier momento.
Las apelaciones y quejas formales de Medicare deben presentarse dentro de los 90 días a partir de la fecha de su carta de rechazo o del evento que causa su insatisfacción.
Las apelaciones y quejas formales individuales/comerciales deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de su carta de rechazo o del evento que causa su insatisfacción.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **888-703-6999**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si tiene dificultades con la audición o el habla, llame al **877-855-8039**. Podemos proporcionarle un intérprete sin costo alguno, si lo necesita. Usted o alguien a quien autorice tiene derecho a revisar el archivo de su caso en cualquier momento. Le proporcionaremos copias sin costo alguno.

RESUMEN DE LA QUEJA FORMAL O APELACIÓN

Comparta cualquier información que tenga sobre su queja formal o apelación. Proporcionémos todos los detalles que pueda, si es posible, también las fechas, los nombres y cualquier tratamiento. Si es necesario puede adjuntar una página adicional.

Comparta con nosotros cómo le gustaría que se resuelva su queja formal o apelación.

Firma del miembro

Fecha

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO A:

Enviar por correo a:
LIBERTY Dental Plan of California
Grievances and Appeals Department
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92602-26110

- Por fax al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al **949-270-0109**
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al: **866-703-6999**, o TTY: **(877) 855-8039**
- Electrónicamente usando el proceso de presentación de quejas formales en línea a través de nuestro sitio web www.libertydentalplan.com
- Envíenos un correo electrónico a: GandA@libertydentalplan.com

Recibirá una carta para confirmar que hemos recibido su queja formal o apelación dentro de los siguientes 5 días calendario después de que LIBERTY la reciba.
Recibirá una resolución por escrito de su queja formal o apelación dentro de los siguientes 30 días calendario después de que LIBERTY la reciba.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio del cuidado de la salud. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, debe llamar primero a su Plan de Salud al **1-888-703-6999** y utilizar el proceso de quejas formales de su Plan de Salud antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal referente a una emergencia, una queja formal que no haya sido solucionada satisfactoriamente por su Plan de Salud, o una queja formal que esté sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al Departamento para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por el Plan de Salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, la decisión de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El Departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para las personas con limitaciones auditivas o del habla. El sitio web del Departamento, <http://www.dmh.ca.gov>, incluye formularios para presentar quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

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.

- Electronically: Send an email to 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>.

LIBERTY's HIPAA Privacy Notice provides you with information about your rights and our legal duties and privacy practices with respect to Protected Health Information (PHI), including how we use and disclose your PHI. You can always request a written copy of our most current privacy notice from LIBERTY's Privacy Officer by calling 888.704.9833, or online at: www.libertydentalplan.com/HIPAA-Privacy-Notice

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 (TTY: 1-800-735-2929). Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219. Make sure to notify your provider (Dentist) of your personal language needs upon your initial dental visit.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su dentista o con su

plan dental. 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 dental al 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. Asegúrese de avisarle a su proveedor (Dentista) sobre sus propias necesidades de lenguaje en su consulta dental inicial. (Spanish)

重要提示: 您與您的牙醫或牙科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，請先打電話給您的牙科計劃，電話號碼 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929)。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。務必在您的初次牙科就診時告訴您的提供者（牙醫）您的個人語言需求。(Cantonese or Mandarin)

مهم: يمكنك الحصول على مترجم فوري مجاناً للتحدث مع طبيب الأسنان أو خطة الأسنان الخاصة بك. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات كتابية (بلغتك أو بتنسيق مختلف، مثل طريقة برايل أو خط أكبر)، اتصل أولاً برقم هاتف خطة الأسنان الخاصة بك على الرقم 1-888-703-6999 (الهاتف النصي: 1-800-735-2929). يمكن لشخص يتحدث (لغتك) مساعدتك. إذا كنت بحاجة لمزيد من المساعدة، فاتصل بمركز HMO Help Center على الرقم 1-888-466-2219. تأكد من إخطار مقدم الخدمات (طبيب الأسنان) الخاص بك باحتياجات لغتك الشخصية عند زيارة الأسنان الأولى لك. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք խոսել Ձեր աստամբարույժի կամ աստամբարուժական 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 Ձեր աստամբարուժական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-888-703-6999 (TTY՝ 1-800-735-2929): Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ քաղցրիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: Ձեր առաջին աստամբարուժական այցելության ժամանակ անպայման տեղեկացրեք Ձեր մատակարարին (աստամբարույժին) Ձեր անձնական լեզվական կարիքների մասին: (Armenian)

សារ:សំខាន់: អ្នកអាចទទួលអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់ទន្លេពេទ្យ ឬក៏រោងសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្ទើរសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរស្នាមសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬអក្សរពុម្ពផ្សំ) សូមទូរសព្ទទៅក៏រោងសុខភាពធ្មេញរបស់អ្នក តាមលេខ 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929) ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរសព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO តាមលេខ 1-888-466-2219។ ត្រូវប្រាកដថា អ្នកបានផ្តល់ដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវា (ពេទ្យ/ធ្មេញ) របស់អ្នកអំពីតម្រូវការភាសាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកពេលអ្នកជួប ព័ត៌មានសុខភាពធ្មេញលើកដំបូង។ (Khmer)

مهم: برای گفتگو با دندانپزشک یا طرح دندانپزشکی خود می توانید بطور رایگان یک مترجم حضوری داشته باشید. برای دریافت یک مترجم حضوری یا برای درخواست اطلاعات به صورت کتبی (به زبان خود، یا با فرمت های دیگر مانند خط بریل یا چاپ درشت) ابتدا با طرح دندانپزشکی خود به شماره 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929) تماس بگیرید. فردی که (به زبان شما) صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. اگر به کمک بیشتری نیاز دارید با HMO Help Center با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. در اولین ویزیت دندانپزشکی خود اطمینان حاصل کنید که نیازهای زبانی شخصی خود را به ارائه کننده خدمات (دندانپزشک) خود اطلاع دهید. (Farsi)

TSEEM CEEB: Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho hniav los yog nrog lub chaw pab them nqi kho hniav 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 hniav tus xov tooj ntawm 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). 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. Yuav tsum qhia rau koj tus kws muab kev pab (kws kho hniav) paub seb koj xav tau kev pab hais yam lus twg thawj zaug uas koj mus kho hniav. (Hmong)

중요: 치과 의사나 치과 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 치과

플랜에 1-888-703-6999(TTY: 1-800-735-2929)로 먼저 전화하십시오. 한국어를 하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하시면 HMO 도움 센터에 1-888-466-2219로 연락하십시오. 최초 치과 방문 시 원하시는 사용 언어를 치과 진료 제공자(치과의)에게 꼭 알려주시기 바랍니다. (Korean)

ВАЖНО: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к стоматологу или в план стоматологического обслуживания. Чтобы запросить услуги переводчика или письменную информацию (на русском языке или в другом формате, например, шрифтом Брайля или крупным шрифтом), позвоните в свой план стоматологического обслуживания по телефону [1-888-703-6999](tel:1-888-703-6999) (линия TTY: 1-800-735-2929). 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). При необходимости перед первым обращением к поставщику услуг (стоматологу) сообщите ему, что вам требуются услуги переводчика. (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong dentista o planong dental. 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 Dental sa 1-888-703-6999. (TTY: 1-800-735-2929). 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. Siguruhin na nabigyan ng paunawa ang iyong tagapagkaloob ng pangangalaga (Dentista) ng Iyong mga personal na pangangailangan na kaugnay ng wika sa iyong unang pagbisita para sa ngipin. (Tagalog)

LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch miễn phí khi đi khám tại văn phòng nha sĩ hoặc khi cần liên lạc với chương trình bảo hiểm nha khoa 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 nha khoa của quý vị tại 1-888-703-6999 (TTY: 1-800-735-2929). 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. Khi quý vị đi khám lần đầu tiên, xin quý vị nhớ cho nhà cung cấp dịch vụ (Nha sĩ) biết nhu cầu về ngôn ngữ riêng của quý vị. (Vietnamese)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਦੰਦਾਂ ਦਾ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਗੱਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦ ਕਪਾਸ ਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦ ਕਪਾਉਣ 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 (ਟਟਯ: 1-800-735-2929) ਤੇ ਆਪਣੀ ਦੰਦਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-466-2219 'ਤੇ HMO Help Center (ਐਚ.ਐਮ.ਓ. ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ | ਆਪਣੀ ਨਿੱਜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਦਾਤਾ (ਦੰਦਾਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰ) ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਅਗਲੇ ਦੌਰੇ ਬਾਰੇ ਦੱਸੋ | (Punjabi)

重要 歯科医や歯科保険会社との対話に、無料通訳サービスをご利用いただけます。日本語の通訳を希望される場合、または日本語で書かれた情報（点字書類や大きな文字による書類など）を希望される場合には、歯科保険会社1-888-703-6999（テキスト電話：1-800-735-2929）までお電話ください。スタッフが日本語で対応します。さらにヘルプが必要な場合は、HMO Help Center(1-888-466-2219)までお電話ください。日本語のサポートを希望される方は、歯科の初診時に必ずプロバイダー（歯科医）にお知らせください。(Japanese)

ສຳຄັນ: ເຈົ້າສາມາດມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າເພື່ອເວົ້ານຳໝໍແຂ້ວ ຫຼື ແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າ. ເພື່ອໂດ້ນາຍພາສາ ຫຼື ຂໍຂໍ້ມູນທີ່ເປັນນາຍລັກອັກສອນ (ເປັນພາສາຂອງເຈົ້າ ຫຼື ຊຸບເບບອັນ, ເລັ່ນ ພາສານຸນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ), ໃຫລະສັບໄປຫາແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າກ່ອນ ຕາມໝາຍເລກໃຫລະສັບ 1-888-703-6999 (ທິທົວາຍ: 1-800-735-2929). ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາ (ລາວ) ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອເຈົ້າໄດ້. ຖ້າວ່າເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫລະສັບໄປທີ່ ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຕາມໝາຍເລກ 1-888-466-2219. ຢ່າລົມບອກຜູ້ໃຫ້ບໍລິການ (ໝໍແຂ້ວ) ຂອງເຈົ້າເລື່ອງຄວາມຕ້ອງການທາງພາສາຂອງເຈົ້າເທື່ອທຳອິດທີ່ໄປຫາໝໍແຂ້ວຂອງທ່ານ. (Lao)

कृपया ध्यान दें: आप अपने डेंटिस्ट या डेंटल 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 डेंटल प्लान के फ़ोन नं 1-888-703-6999 (टी.टी.वाई: 1-800-735-2929) 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। दांतों की जांच के लिए आने के प्रारंभिक समय में अपने उपलब्धकर्ता(डेंटिस्ट) को अपनी व्यक्तिगत भाषा आवश्यकताओं के बारे में सूचित करना सुनिश्चित करें। (Hindi)

เรื่องสำคัญ: ท่านสามารถใช้บริการล่ามได้ฟรีเพื่อช่วยในการคุยกับทันตแพทย์หรือปรึกษาเรื่องแผนการทำฟันของท่าน เพื่อขอใช้บริการล่ามหรือขอข้อมูลในรูปแบบเอกสาร (ในภาษาของท่านหรือในรูปแบบอื่น อย่างเช่น อักษรเบรลล์หรืออักษรขนาดใหญ่พิเศษ) กรุณาโทรไปยังเบอร์ของแผนการทำฟันของท่านที่หมายเลข **1-888-703-6999** (ที่โทรสาย: **1-800-735-2929**) จะมีคนที่พูดภาษาไทยได้คอยช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ **HMO** ที่หมายเลข **1-888-466-2219**. อย่าลืมแจ้งผู้ให้บริการ (ทันตแพทย์) ของท่านให้ทราบถึงความต้องการทางด้านภาษาของท่านครั้งแรกที่เข้าไปหาทันตแพทย์ (Thai)