

## TSWV CUAB DAIM NTAWV HAIS KEV HAIS KEV TSI TXAUS SIAB THIAB THOV HAIS MUS RAU TXHEEJ SIAB ZOG – CALIFORNIA

Thov siv daim ntawv no kom thiaj pab hais kev tsis txaus siab los yog thov hais mus rau txheej siab zog nrog rau LIBERTY Dental Plan (LIBERTY). Koj kuj siv tau daim ntawv no kom muab ntaub ntawv xov xwm ntxiv rau LIBERTY kom thiaj pab peb tshab xyuas koj qhov txooj xwm. Yog tias koj tau **siv xov tooj thov hais mus rau txheej siab zog**, koj sau ntawv tau rau daim ntawv thov no thiaj muab xa rov qab mus rau LIBERTY. Nov yog ib yam nyob ntawm koj xaiv. Peb yuav tshab xyuas koj qhov txooj xwm es koj tsis tas sau ntawv thov hais mus rau txheej siab zog.

TSWV CUAB TEJ XOV XWM (THOV SAU NTAWV NCAJ)			
<i>Tswv cuab lub xeem</i>	<i>Tswv cuab lub npe</i>	<i>Hnub tim</i>	
<i>Tswv cuab qhov chaw nyob</i>	<i>Nroog</i>	<i>Xeev</i>	<i>Zauv cheeb tsam</i>
<i>Tswv cuab tus xov tooj</i>	<i>Tswv cuab tus naj npawb qhia saib yog leej twg (saib daim ntawv qhia saib yog leej twg)</i>		
<i>Qhov Chaw Ua Hauj Lwm los yog Pawg Neeg</i>	<i>Neeg mob lub npe</i>	<i>Txheeb li cas</i>	

YOG TIAS MUAJ, NEEG SAWV CEV TAM COV XOV XWM (THOV SAU NTAWV NCAJ)		
Kuv tso cai rau LIBERTY Dental Plan kom cia tus neeg nram qab no sawv cev tam kuv thaum lub sij hawm hais kev txaus		
<i>Neeg sawv cev lub xeem</i>	<i>Neeg sawv cev lub npe</i>	<i>Neeg sawv cev tus xov tooj</i>
<i>Neeg Sawv Cev Kos Npe</i>	<i>Tswv Cuab Kos Npe</i>	

QHOV CHAW KUAJ HNIIV/KWS KHO HNIIV TEJ XOV XWM (THOV SAU NTAWV NCAJ)			
Kuv tso cai rau LIBERTY Dental Plan thov kom tau kuv cov ntaub ntawv xov xwm, suav tej ntawv ceev xwm txheej thiab			
<i>Qhov chaw kuaj hniav tus naj npawb</i>	<i>Qhov chaw kuaj hniav lub npe</i>		<i>Hnub uas mus kuaj hniav zaum tas los</i>
<i>Qhov chaw kuaj hniav qhov chaw nyob</i>	<i>Nroog</i>	<i>Xeev</i>	<i>Zauv cheeb tsam</i>
<i>Qhov chaw kuaj hniav tus xov tooj</i>	<i>Cov npe ntawm cov neeg ua hauj lwm ntawm qhov chaw kuaj hniav uas paub txog qhov txooj xwm (yog tias paub)</i>		

**Medicaid tej Kev Hais Mus rau Txheej Siab Zog** yuav tsum yog muab fais (file) ua ntej 60 hnub txij ntawm hnub uas sau rau ntawm koj daim Ntawv Tsis Kam Duav (Denial Letter).

**Medicaid tej Kev Hais Kev Tsis Txaus Siab** muab fais (file) thaum twg los tau.

**Medicare tej Kev Hais Mus rau Txheej Siab Zog thiab Kev Hais Kev Tsis Txaus Siab** yuav tsum yog muab fais (file) ua ntej 90 hnub txij ntawm hnub uas sau rau ntawm koj daim Ntawv Tsis Kam Duav los yog los ntawm hnub uas muaj xwm uas ua rau koj tsis txaus siab

**Qhov Chaw Lag Luam/Tib Neeg tej Kev Hais Mus rau Txheej Siab Zog thiab Kev Hais Kev Tsis Txaus Siab** yuav tsum yog muab fais (file) ua ntej 180 hnub txij ntawm hnub uas sau rau ntawm koj daim Ntawv Tsis Kam Duav los yog los ntawm hnub uas muaj xwm uas ua rau koj tsis txaus siab

Yog tias koj xav tau kev pab sau ntawv rau daim ntawv thov no, cia li hu mus rau peb lub Chaw Pab Tswv Cuab rau ntawm **888-703-6999** los sis TTY **877-855-8039**, hnuv Monday mus txog hnuv Friday 8:00 teev sawv ntxov mus txog 5:00 teev tsaus ntuj. Peb nrhiav tau ib tug neeg txhais lus rau koj, yog tias koj xav tau, es tsis tas them nqi dab tsi. Koj los yog ib tug neeg uas koj tso cai rau muaj cai tshab xyuas koj qhov txooj xwm thaum twg los tau. Peb yuav luam ntawv rau koj pub dawb tsis tas them nqi dab tsi.

**QHOV NTSIAB LUS NTAWM KEV HAIS KEV TSI TXAUS SIAB LOS YOG KEV THOV HAIS MUS RAU TXHEEJ SIAB ZOG**

Thov sau ntawv tseg tej ntaub ntawv xov xwm dab tsi uas koj muaj hais txog koj qhov kev hais kev tsis txaus siab los yog koj qhov kev thov hais mus rau txheej siab zog. Thov sau kom muaj txhij txhua, thiab yog tias paub, sau tej hnuv, tej npe, thiab tej kev kho hniav uas muaj thaum lub sij hawm muaj teeb meem. Yog tias koj xav tau, cia li ntxiv dua ib daim ntawv.

Thov qhia rau peb saib koj xav kom peb kho koj qhov kev hais kev tsis txaus siab los yog koj qhov kev thov mus rau txheej siab zog li cas.

**Tswv Cuab Kos Npe**

**Hnuv tim**

**THOV MUAB DAIM NTAWV UA TIAV THIAB KOS NPE RAU XA MUS RAU:**

<p>Muab Xa Mus rau:  <b>LIBERTY Dental Plan of California          Grievances and Appeals Department          P.O. Box 26110          Santa Ana, CA 92602-26110</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muab xa ua duab ntawv mus rau LIBERTY qhov Chaw Saib Xyuas Kev Hais Kev Tsis Txaus Siab thiab Kev Thov Mus rau Txheej Siab Zog tus duab xov tooj rau ntawm <b>949-270-0109</b></li> <li>• Hu xov tooj mus ntsib LIBERTY Dental Plan lub Chaw Pab cov Tswv Cuab rau ntawm <b>888-703-6999</b>, los sis TTY <b>(877) 855-8039</b></li> <li>• Siv hluav taws xob txuas rau qhov website online kom thiaj fais (file) tau qhov kev hais kev tsis txaus siab thaum mus xyuas <a href="http://www.libertydentalplan.com">www.libertydentalplan.com</a>.</li> <li>• Xa email tuaj rau peb rau ntawm: <a href="mailto:GandA@libertydentalplan.com">GandA@libertydentalplan.com</a></li> </ul>
---	--

Koj yuav txais ib tsab ntawv uas lees tias tau txais koj qhov kev hais kev tsis txaus siab los yog qhov kev thov hais mus rau txheej siab zog ua ntej 5 hnuv txij thaum LIBERTY txais tau koj qhov kev hais ntawd.  
 Koj yuav txais ib tsab ntawv qhia saib yuav kho koj qhov kev hais kev tsis txaus siab los yog kev hais mus rau txheej siab zog li cas ua ntej 30 hnuv txij thaum LIBERTY txais tau koj qhov kev hais ntawd.

California Thawj Fab Tswj Kev Kho Mob muaj lub luag hauj lwm rau kev hloov lub txheej xwm kev npaj kho mob. Yog hais tias koj muaj ib yam tsis txaus siab rau LIBERTY, ua ntej koj yuav tsum hu xovtooj rau LIBERTY ntawm 1-888-703-6999 thiab siv LIBERTY li txheej txheem kev tsis txaus siab ua ntej hu rau Thawj Fab Saib Xyuas. Los ntawm kev siv txheej txheem kev foob no tsis txwv ib tus cai twg uas muaj los yog cov kev txo teeb meem uas tej zaum siv tau rau koj. Yog koj xav tau kev pab nrog rau kev foob muaj xwm ceev, ib qho kev tsis txaus siab uas tsis tau raug daws teeb meem txaus siab los ntawm LIBERTY, los yog kev foob ntawv tseem tsis tau raug daws hauv tshaj 30 hnub, koj hu thov kev pab tau nrog Thawj Fab Saib Xyuas. Koj kuj tseem muaj feem tau ib qhov nrog Xyuas Kev Kho Mob Tsis Tuaj Leej Twg Tog (Independent Medical Review, IMR). Yog hais tias koj tsim nyog rau IMR, lub txheej txheem IMR yuav muab kev luj xyuas qhov tseeb txog ntawm kev txiav txim kho mob los ntawm Health Plan txog rau kev tsim nyog tus mob ntawm qhov kev pab los yog kev kho mob muab tawm los, kev txiav txim pov hwm rau kev kho mob uas sim los yog tshaw mob thiab kev txiav txim nqi them rau cov kev kho mob muaj xwm ceev los yog maj nrawm. Thawj Fab Saib Xyuas tseem muaj tus xovtooj hu dawb (1-888-446-2219) thiab TDD line (1-877-688-9891) rau cov neeg tsis hnob lus thiab hais tsis tau lus. Internet web site ntawm Thawj Fab Saib Xyuas <http://www.dmhc.ca.gov> muaj cov qauv ntawv foob, IMR cov qauv ntawv thov thiab cov lus qhia hauv online.

**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 ឬជាន់រងផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរច្រៀល 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 ntxiv, 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। ਜੇ 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 ພາສານຸນ (Braille) ຫຼື ຕົວໜັງສືທີ່ໃຫຍ່ກວ່າ), ໃຫລະສັບໄປຫາແຜນທັນຕະແພດຂອງເຈົ້າກ່ອນ ຕາມໝາຍເລກໃຫລະສັບ 1-888-703-6999. ຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາ (ລາວ) ສາມາດຊ່ວຍເຫລືອເຈົ້າໄດ້. ຖ້າວ່າເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອເພີ່ມຕື່ມ, ໃຫລະສັບໄປທີ່ ສູນການຊ່ວຍເຫລືອ HMO ຕາມໝາຍເລກ 1-888-466-2219. (Lao)

**कृपया ध्यान दें:** आप अपने डॉटिस्ट या डॉटल 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 डॉटल 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:**

ท่านสามารถใช้บริการสามได้ฟรีเพื่อช่วยในการคุยกับทันตแพทย์หรือปรึกษาเรื่องแผนการทำฟันของท่าน เพื่อขอใช้บริการสามหรือขอข้อมูลในรูปแบบเอกสาร (ในภาษาของท่านหรือในรูปแบบอื่น อย่างเช่น อักษรเบรลล์หรืออักษรขนาดใหญ่พิเศษ) กรุณาโทรไปยังเบอร์ของเราที่หมายเลข 1-888-703-6999 จะมีคนที่พูดภาษาไทยได้คอยช่วยเหลือท่าน ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม กรุณาโทรไปที่ศูนย์ช่วยเหลือ HMO ที่หมายเลข 1-888-466-2219. (Thai)