

<sub_full_name>	Անդամի ID:	<Date>
<sub_addr_line_one>	Rx ID:	<Member #>
<sub_addr_line_two>	Rx GRP:	<RxID>
<sub_addr_city>, <sub_addr_state> <sub_addr_zip>	Rx BIN:	E0001002
	Rx PCN:	012353
		07820000

**Ուշադրություն. Դուք Ձեր Medicare-ի եւ Medi-Cal-ի ծառայությունների համար
նոր ծրագրում եք գրանցվել:
Պահե՛ք այս նամակը, որպես ձեր փոխհատուցման ապացույց:**

<Name>:

Բարի գալուստ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid) Plan!

Սկսած <effective date>-ից՝ դուք կունենաք Cal MediConnect առողջապահական ծրագիր, որը նախատեսված է ձեզ մատուցել աննշան, բարձրորակ ինսամք, առանց լրացուցիչ ծախսերի: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական պլան է, որը պայմանագրային հիմունքներով աշխատում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի հետ՝ այդ երկուսի նպաստները համատեղելով ընդգրկված անդամների համար:

Ձեր նոր փոխհատուցումը ներառում է`

- Ձեր Medicare-ի կողմից տրամադրված նպաստները՝ ներառյալ դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերը
- Ձեր Medicare-ի կողմից տրամադրված նպաստները՝ ներառյալ երկարատև ծառայությունների և աջակցման հետ կապված հարցերով (LTSS) LTSS-ն ներառում է Տարեց մարդկանց ունիվերսալ ծառայությունների ծրագիր (MSSP) և Մեծահասակների համայնքային ծառայություններ (CBAS): Սրանք ծառայություններ են, որոնք կօգնեն ձեզ մնալ տանը, որքան ցանկանաք: Այն նաև ներառում է տնային բուժօգնություն, եթե դրա կարիքն ունեք:
- Ձեր ընտրած բժիշկների եւ այլ մատակարարների ընտրությունը, որոնք աշխատում են միասին, ձեզ անհրաժեշտ ինսամք տալու համար



- Լրացուցիչ նպաստները և ծառայությունները, ինչպիսիք են տեսողության ինսամքը, լսողական օգնությունը, առողջապահական ակումբի անդամակցությունը և ֆիթնես դասերը, առանց դեղատոմսի նպաստները, Համաշխարհային արտակարգ իրավիճակի նպաստի փոխհատուցումը, Անհատական արտակարգ իրավիճակի համակարգը (Personal Emergency System, PERS) համարվում են բժշկական ազդանշանի մոնիտորինգի համակարգ, որն ապահովում է 24/7 օգնության հնարավորություն կոճակի սեղման ազդանշանով:
- Ինսամքի համակարգողն օգնում է կառավարել Ձեր բժշկական պրովայդերները եւ ծառայությունները:
- Բժշկական սարքավորումներ, ինչպիսիք են *քայլերու սարքավորումները, անվասայլակները և թթվածնի սարքեր:*



Այս նամակը ձեր նոր փոխհատուցման ապացույցն է: Խնդրում ենք այս նամակը ձեզ հետ բերել դեղատուն կամ գրասենյակ մինչև ձեր անդամի քարտը կստանաք մեզանից: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan կենտրոնին՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711) 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր:

Ի՞նչ է տեղի ունենում հետո:

Դուք կարող եք ձեր առողջության խնամքի ծառայությունների և դեղատոմսով դեղերի համար սկսել օգտվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ցանցային առաջնային խնամքի պրովայդերներից և դեղատներից մինչև **<effective date>**-ը: Եթե դուք շտապ բուժօգնության կամ անհապաղ խնամքի կամ տարածքից դուրս գտնվողների համար դիալիզի ծառայությունների կարիք ունենաք, ապա կարող եք օգտվել Blue Shield Promise Cal MediConnect-ից դուրս գտնվող ցանցային պրովայդերների օգնությունից:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan -ին անցնելու հետ կապված օգնության համար կարող եք շարունակել այցելել ձեր բժշկին Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan- ում գրանցվելու օրվանից մինչև տասներկու (12) ամիս ժամկետում: Կապվել մեզ հետ Տեղեկությունների համար, թե ինչպես դա անել զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի սպասարկման կենտրոն՝ 1-855-905-3825, (TTY՝ 711): Դուք նաև հնարավորություն կունենաք մուտք գործել առնվազն մեկ անգամյա (30) օրվա դեղատոմսով դեղերի տրամադրման, որոնք դուք վերցրել եք ձեր առաջին (90) օրվա ընթացքում, եթե դուք օգտագործում եք դեղամիջոց, որը ներառված չէ դեղերի մեր *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում*, եթե առողջապահական ծրագրի կանոնները թույլ չեն տալիս ատանալ ձեր բժշկի կողմից պատվիրված գումարը կամ եթե դեղը պահանջում է Նախնական հավանություն Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից:

Նոր անդամների հավաքածուն ներառում է.

- *Փոխհատուցվող դեղերի ցանկ* (Տեղեկագիր) Մեր Փոխհատուցվող դեղերի ցանկում ներառված դեղերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների ստացման վերաբերյալ ցուցումներ
- *Պրովայդերների և դեղատների տեղեկագիր* Մեր ցանցի մեջ մտնող Պրովայդերների և դեղատների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների ստացման վերաբերյալ ցուցումներ
- *Անդամի ձեռնարկ* (փոխհատուցման ապացույց)

Մինչև **<enrollment effective date>**-ը, մենք ձեզ կուղարկենք Անդամի ID քարտ:

Մինչև **<enrollment effective date>**-ը, մենք ձեզ կուղարկենք *Անդամակցության տեղեկագրքի* (Փոխհատուցման ապացույց):

Անդամակցության տեղեկագրքի (Փոխհատուցման ապացույց) թարմացված տարբերակը մշտապես հասանելի է մեր կայքէջում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին 1-855-905-3825 և խնդրել, որպեսզի ձեզ փոստով ուղարկվի. *Անդամի ձեռնարկը*:

Որքա՞ն պետք է վճարեմ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի համար:

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի մատակարարից առողջապահական ծառայությունների ստացման համար պետք է վճարեք ծրագրի պրեմիում, նվազեցված գումարներ կամ համավճար:

Որքա՞ն պետք է վճարեմ դեղատոմսով դեղերի համար:

Երբ դուք վերցնում եք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի կողմից փոխհատուցվող դեղատոմսով դեղերը մեր ցանցային դեղատներից, դուք չպետք է վճարեք \$ 3,60-ից ավելի գումար, այն դեպքում, երբ դուք ստանում եք ոչ պատենտավորված դեղամիջոց եւ ոչ ավելի, քան \$ 8,95՝ պատենտավորված դեղամիջոցի համար, Դեղատոմսով դուրս գրվող դեղերի համավճարումները կարող են տարբեր լինել՝ կախված Ձեր ստացած Լրացուցիչ օգնությունից: Մանրամասների համար խնդրում ենք կապվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan -ի հետ:

Ինչպե՞ս ստանալ բուժօգնություն ձեր առաջնային բուժօգնություն մատուցողից

Առաջնային բուժօգնություն տրամադրող (PCP) ընտրելու համար կարող եք ծանոթանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին Մատակարարների և դեղատների թարմացված տեղեկատուին, որը տեղադրված է մեր կայքէջում՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect կամ օգնության համար զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն:

Դուք կստանաք ձեր ամենօրյա կամ հիմնական բուժօգնությունը ձեր PCP-ից: Ձեր PCP-ը նաև կարող է կորոդինացնել ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների մեծ մասը:

Մեր ծրագրի PCP-ները բաժանված են որոշակի խմբերի: Երբ ընտրում եք ձեր PCP-ին, դուք նաև ընտրում եք որոշակի բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ ձեր PCP-ը ուղեգրելու է ձեզ այն մասնագետների մոտ և ծառայությունների համար, որոնք նույնպես հարում են իր բժշկական խմբին: Այսպիսով, եթե կա Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի որոշակի մասնագետ կամ հիվանդանոց, որից ուզում եք օգտվել կամ, եթե ներկայումս այցելում եք մասնագետի և/կամ ստանում եք մատուցվող ծառայություններ, պետք է անպայման ստուգեք, արդյոք սրանք հարում են ձեր PCP-ի բժշկական խմբին, թե ոչ:

Եթե ձեզ հարկավոր է մասնագիտացված օգնություն կամ լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք չի կարող տրամադրել ձեր PCP-ը, նա կուղեգրի ձեզ ուրիշի մոտ: Սովորաբար, դուք պետք է այցելեք ձեր PCP-ին, որպեսզի

ուղեգիր ստանաք՝ նախքան որևէ այլ բուժօգնություն մատուցողների կամ մասնագետի այցելելը: Ձեր PCP-ի բժշկական խմբի կողմից այս ուղեգրումը հաստատվելուն պես՝ կարող եք տեսակցություն նշանակել մասնագետի կամ այլ մատուցողի հետ՝ ձեզ անհրաժեշտ բուժումը ստանալու համար: Բուժումը կամ ծառայությունը ավարտվելուն պես՝ մասնագետը կտեղեկացնի ձեր PCP-ին, որպեսզի PCP-ը կարողանա շարունակել ձեր բուժօգնությունը:

Ձեր PCP-ը պետք է նախապես Ծրագրից հաստատում ստանա, որպեսզի կարողանաք ստանալ որոշակի Նախնական հաստատումը կոչվում է "Նախնական լիազորում:" Այս նախնական հաստատումը կոչվում է "Նախնական լիազորում:" Օրինակ, նախնական լիազորումը պահանջվում է բոլոր ոչ արտակարգ իրավիճակների ստացիոնար հիվանդանոցներում մնալու համար: Որոշ դեպքերում ձեր PCP-ին հարող բժշկական խումբը կկարողանա լիազորել ձեր ծառայությունները՝ մեր ծրագրի փոխարեն:

Դուք կարող եք որոշակի ծառայություններ ստանալ առանց ձեր PCP-ի նախնական հավանություն ստանալու, ինչպիսիք են՝ արտակարգ իրավիճակների ծառայությունները, շտապ անհրաժեշտ խնամք, երիկամի դիալիզի ծառայությունները, Medicare-ի կողմից հավաստված դիալիզի հծառայությունը, գրիպի, հեպատիտ Բ-ի եւ թոքաբորբի պատվաստումը, սովորական կանանց առողջության պահպանման եւ Ընտանեկան պլանավորման ծառայություններ եւ այլն:

Ո՞րք պետք է զանգահարեմ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի փոխհատուցման կամ պրովայդերների մասին հարցերի դեպքում:

- Զանգահարեք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի Անդամի սպասարկման կենտրոն՝ 1-855-905-3825 հեռախոսահամարով, 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր:
- Զանգահարեք 771 եթե օգտագործում եք TTY:
- Այցելեք՝ www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect:

Ի՞նչ անել եթե ես այլ առողջապահական կամ դեղերի փոխհատուցում ունեմ:

Եթե դուք այլ առողջապահական կամ դեղերի փոխհատուցում ունեք, ինչպիսիք են գործատուից կամ միությունից, դուք կամ ձեր կախյալները կարող եմ կորցնել ձեր առողջության կամ դեղերի փոխհատուցումն ամբողջությամբ եւ ետ չվերադարձնել այն, եթե դուք միանաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ին:

- Առողջության եւ դեղերի փոխհատուցման այլ տեսակները ներառում են TRICARE, վետերանների դեպարտամենտ կամ Medigap (Medicare Supplement Insurance) քաղաքականությունը:
- Կապվեք այլ առողջապահական/դեղորայքի փոխհատուցման նպաստների ադմինիստրատորի հետ, եթե ձեր փոխհատուցման վերաբերյալ հարցեր ունեք:

- Եթե ցանկանում եք հրաժարվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ձեր գրանցումից, զանգահարեք Health Care Options՝ 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:

Կարո՞ղ եմ դուրս գալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվը հետո:

Այո: Եթե ցանկանում եք հրաժարվել Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ի ձեր գրանցումից կամ ընտրում եք նոր Cal MediConnect ծրագիր **տարվա ընթացքում յուրաքանչյուր ժամանակ** զանգահարե՛ք Health Care Options՝ 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:

Եթե որոշեք հեռանալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից և չեք ցանկանում գրանցվել մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրում, ապա Ձեր անդամակցությունը կավարտվի Ձեր խնդրանքը ներկայացրած ամսի վերջին օրը: Եթե դուրս գաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից եւ չմիանաք Medicare-ի առողջության կամ դեղերի փոխհատուցման պլանին, ապա ձեր փոխհատուցումը տեղի կունենա Original Medicare-ով, իսկ Medicare-ը կներառի ձեզ Medicare դեղատոմսով դեղերի պլանում:

Ի՞նչ կլինի եթե ես ցանկանում եմ միանալ այլ Cal MediConnect պլանի:

Եթե ուզում եք շարունակել ստանալ ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստները մեկ համատեղ ծրագրից, կարող եք միանալ Cal MediConnect-ի այլ ծրագրին: Cal MediConnect-ի այլ ծրագրում գրանցվելու համար, զանգահարեք Health Care Options-ին՝ 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Ասացեք, որ ուզում եք դուրս գալ Cal MediConnect ծրագրից և միանալ Cal MediConnect-ի այլ ծրագրին: Եթե համոզված չեք, թե որ ծրագրին եք ուզում միանալ, նրանք կառաջարկեն ձեր տարածքում գործող այլ ծրագրեր:

Ի՞նչ կպատահի իմ Medicare-ին, եթե ես դուրս գամ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից:

Եթե դուրս գաք Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից եւ չմիանաք Medicare-ի առողջության կամ դեղերի փոխհատուցման պլանին, ապա ձեր փոխհատուցումը տեղի կունենա Original Medicare-ով, իսկ Medicare-ը կներառի ձեզ Medicare դեղատոմսով դեղերի պլանում: Եթե ցանկանում եք միանալ Medicare-ի առողջության կամ դեղատոմսերով դեղերի պլանին և ցանկանում եք ավելին իմանալ ձեր տարածքում Medicare-ի պլանների մասին կամ Medicare-ի վերաբերյալ հարցեր ունեք,

- զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:
- Չանգահարե՛ք 1-877-486-2048, եթե օգտագործում եք TTY:
- Այցելեք Medicare-ի գլխավոր էջը՝ <http://www.medicare.gov>:

Ի՞նչ կաատահի իմ Medi-Cal-ին, եթե ես դուրս գամ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ից:

Դուք պետք է ունենաք Medi-Cal առողջապահական ծրագիր Medi-Cal-ի ծառայություններից օգտվելու համար, որոնք ներառում են երկարատև ծառայությունների և աջակցման հետ կապված ծառայություններ (LTSS), որոնք օգնում են ձեզ շարունակական անձնական խնամքի կարիքներում: Երբ հարցում եք կատարում մեր Cal MediConnect ծրագրի անդամակցությունը դադարեցնելու համար, դուք պետք է տեղեկացնեք Health Care Options-ին, թե Medi-Cal-ի կողմից վերահսկվող որ ծրագրին եք ուզում միանալ:

Դրա համար զանգահարեք Health Care Options 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Ասացե՛ք նրանց, եթե չեք ցանկանում գրանցվել մնալ Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan-ում և ուզում եք միանալ Medi-Cal-ի ծրագրին: Եթե համոզված չեք, թե որ ծրագրին եք ուզում միանալ, նրանք կառաջարկեն ձեր տարածքում գործող այլ ծրագրեր:

Եթե օգնության կամ լրացուցիչ տեղեկությունների կարիք ունեք.

- Եթե ցանկանում եք խոսել առողջության ապահովագրության խորհրդատուի հետ այս փոփոխությունների և ձեր ընտրության վերաբերյալ, զանգահարեք Կալիֆորնիայի առողջության ապահովագրման խորհրդատվության և սատարման ծրագրին (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 17:00: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:
- Եթե ցանկանում եք գրանցվել Cal MediConnect-ին կամ Medi-Cal plan-ին, ապա զանգահարեք Health Care Options՝ 1-844-580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8:00 - 18:00 TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Եթե օգտվում եք Cal MediConnect plan-ից և օգնության կարիք ունեք, ապա զանգահարեք Cal MediConnect Ombuds ծրագիր 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00 - 17:00: TTY օգտագործողների համար զանգահարեք 1-855-847-7914:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը առողջապահական պլան է, որը պայմանագրային հիմունքներով աշխատում է Medicare և Medi-Cal ծրագրերի հետ՝ այդ երկուսի նպաստները համատեղելով ընդգրկված անդամների համար:

Այս տեղեկատվությունը կարող էք իսկրել այլ ձևաչափով, ինչպես օրինակ՝ Բրայլյան, խոշոր տպագիր կամ աուդիո ձևաչափով:

Չանգահարե՛ք 1-855-905-3825 (TTY 711) անվճար հեռախոսահամարով, 8:00 – 20:00, շաբաթը յոթ օր: Չանգն անվճար է:

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 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 Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公, 早上8:00 點至晚上8:00 點或。

IMPORTANT NOTE: Ոչ-խտրականության պահանջների վերաբերյալ կարելուր տեղեկությունների համար կարող էք այցելել մեր կայքը՝ <https://www.blueshieldca.com/promise/affordable-care-act.asp>:

Խտրականությունը դեմ է օրենքին

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը համապատասխանում է ֆեդերալ քաղաքացիական իրավունքի օրենքներին եւ չի խտրականացնում ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի կամ սեռական կողմնորոշմամբ: Blue Shield of California Promise Health Plan-ը չի բացառում մարդկանց կամ վարվում իրենց հետ այլ կերպ ելնելով ֆեդերալ քաղաքացիական իրավունքի օրենքներից եւ չի խտրականացնում ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի կամ սեռական կողմնորոշման:

Blue Shield of California Promise Health Plan-ը տրամադրում է՝

- Անվճար օժանդակություն և ծառայություններ է տրամադրում հաշմանդամ անձանց՝ մեզ հետ արդյունավետորեն հաղորդակցվելու համար, այդ թվում՝
 - Որակավորված ժեստերի լեզվի թարգմանիչներ
 - Գրավոր տեղեկություններ այլ ձեւաչափերով (մեծ տպագիր, ձայնային, մատչելի էլեկտրոնային ձեւաչափեր, այլ ձեւաչափեր)
- Տրամադրում է անվճար լեզվական ծառայություններ այն անձանց, ում մայրենի լեզուն անգլերենը չէ, այդ թվում՝
 - Որակավորված բանավոր թարգմանիչներ
 - Այլ լեզուներով գրված տեղեկություններ

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, դիմեք Blue Shield of California Promise Health Plan-ի քաղաքացիական իրավունքների համակարգողին:

Եթե կարծում եք, որ Blue Shield of California Promise Health Plan-ը չի կարողացել տրամադրել այդ ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականացրել է ըստ ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի կամ սեռական կողմնորոշման հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել՝

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755 Յեռախոս՝
(844) 883-2233 (TTY՝ 711)
Ֆաքս՝ (323) 889-2228
ԷԼՓՈՍՏ՝ BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլեկտրոնային փոստով: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, Քաղաքացիական իրավունքների համակարգողը կօգնի Ձեզ:

Դուք կարող եք նաեւ քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ-ի Առողջապահության եւ մարդու ծառայությունների վարչության, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի միջոցով, Էլեկտրոնային տարբերակով քաղաքացիական իրավունքների բողոքարկման պորտալի գրասենյակի միջոցով, որը հասանելի է հետևյալ հղումում՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> կամ փոստով կամ հեռախոսով՝

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Medicare-ի բողոքների ձևը հասանելի է՝ <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>:

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է այս փաստաթուղթը մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձեւաչափով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան կամ աուդիո, կամ եթե դուք այս նամակը հասկանալու օգնության կարիք ունենաք, խնդրում ենք զանգահարել Health Care Options՝ 1-844- 580-7272, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8: 00-ից մինչեւ 18:00: Չանգահարե՛ք 1-800-430-7077, եթե օգտվում եք TTY-ից: Դուք կարող եք ստանալ այս տեղեկությունները անվճար: