



**សំណើសម្រាប់  
ការសម្រេចការរ៉ាប់រងឱសថមានវេជ្ជបញ្ជា MEDICARE**

ទម្រង់បែបបទត្រូវអាចបានផ្ញើមកយើង តាមលិខិតឬទូរសារ៖

អាស័យដ្ឋាន៖

CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions  
PO BOX 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85072-2000

លេខទូរសារ៖

1-855-829-2875

អ្នកក៏អាចសួរយើងសម្រាប់ការសម្រេចការរ៉ាប់រងមួយតាមទូរស័ព្ទ 1-844-812-6896, TTY: 711, ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃច័ន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ និងពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 12 ថ្ងៃត្រង់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ ឬតាមគេហទំព័រ [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY).

**នរណាអាចដាក់សំណើ៖** អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាស្នើសុំយើងសម្រាប់ការសម្រេចនូវការរ៉ាប់រងជំនួសអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យបុគ្គលម្នាក់ទៀត (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ) ធ្វើការស្នើសុំសម្រាប់អ្នក បុគ្គលនោះត្រូវតែជាអ្នកតំណាងរបស់អ្នក។ សូមទាក់ទងយើងអំពីរបៀបរកអ្នកតំណាង។

**ព័ត៌មានអ្នកចុះឈ្មោះ**

ឈ្មោះចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទកំណើត: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋានអ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីបកូដ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_ អែឌីអ្នកចុះឈ្មោះ: # \_\_\_\_\_

**បំពេញផ្នែកដូចតទៅតែប្រសិនបើអ្នកដែលធ្វើសំណើនេះមិនមែនជាអ្នកចុះឈ្មោះឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា៖**

ឈ្មោះរបស់ដាក់សំណើ \_\_\_\_\_

ទំនាក់ទំនងអ្នកស្នើសុំទៅនឹងអ្នកចុះឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទីក្រុង \_\_\_\_\_ រដ្ឋ \_\_\_\_\_ ស៊ីបកូដ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ \_\_\_\_\_

**ឯកសារតំណាងសម្រាប់ការស្នើសុំដែលធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្សេងក្រៅពីអ្នកចុះឈ្មោះឬ  
អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចុះឈ្មោះ៖**  
ភ្ជាប់ឯកសារដែលបង្ហាញពីសិទ្ធិអំណាចតំណាងឲ្យអ្នកចុះឈ្មោះ (ទម្រង់ការ  
អនុញ្ញាតឲ្យតំណាងពេញលេញ CMS-1696 ឬសមមូលជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ) ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម  
ចំពោះការចាត់តាំងអ្នកតំណាង សូមទាក់ទងផែនការឬ 1-800-Medicare 1-877-486-2048, 24  
ម៉ោងមួយថ្ងៃ, 7 ថ្ងៃមួយសប្តាហ៍។

ឈ្មោះនៃឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាដែលអ្នកកំពុងស្នើសុំ (ប្រសិនបើដឹង រួមបញ្ចូលទាំងកម្លាំងនិងចំនួនស្នើសុំសម្រាប់មួយខែ)៖

**សំណើការសម្រេចប្រភេទនៃការវាស់វែង**

- ខ្ញុំត្រូវការឱសថ ដែលពុំមាននៅក្នុងបញ្ជីនៃឱសថវាស់វែងរបស់ផែនការ (ការលើកលែងករណីរូបមន្ត)។\*
- ខ្ញុំបានប្រើឱសថដែលពីមុនមកត្រូវបានរាប់បញ្ចូលក្នុងបញ្ជីឱសថដែលបានវាស់វែង ប៉ុន្តែត្រូវបានលុបចោលឬដកចេញពីបញ្ជីនេះក្នុងឆ្នាំផែនការ (លើកលែងករណីរូបមន្ត) ។\*
- ខ្ញុំស្នើសុំការអនុញ្ញាតជាមុនសម្រាប់ឱសថ ដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជា។\*
- ខ្ញុំស្នើសុំការលើកលែងចំពោះតម្រូវការ ដែលខ្ញុំសាកល្បងប្រើឱសថផ្សេងទៀតមុនពេលខ្ញុំទទួលបានឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជា (ការលើកលែងករណីរូបមន្ត) ។\*
- ខ្ញុំស្នើសុំការលើកលែងចំពោះកម្រិតនៃផែនការលើចំនួនឱសថ (ចំនួនកំណត់) ខ្ញុំអាចទទួលបាន ដូច្នោះខ្ញុំអាចទទួលបានចំនួនឱសថគ្រាប់ដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់ខ្ញុំបានចេញវេជ្ជបញ្ជា (ការលើកលែងករណីរូបមន្ត) ។\*
- ផែនការឱសថរបស់ខ្ញុំតម្រូវការចំណាយរួមខ្ពស់ ចំពោះថ្លៃឱសថដែលអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា ដែលបានចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យ មានតម្លៃថ្លៃជាង ឱសថដទៃទៀតដែលព្យាបាលស្ថានភាពរបស់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំចង់បង់ថ្លៃការបង់ថ្លៃទាប (លើកលែងករណីលើកលែង) ។ \*
- ខ្ញុំបានប្រើឱសថដែលពីមុនត្រូវបានដាក់បញ្ចូលទៅក្នុងការបង់រួមទាប ប៉ុន្តែត្រូវបានប្តូរទៅឬត្រូវបានផ្លាស់ទៅថ្នាក់ខ្ពស់ជាងការបង់ថ្លៃរួម (លើកលែងតែថ្នាក់) ។ \*
- ផែនការឱសថរបស់ខ្ញុំបានទាញចំណាយរួមកាន់តែថ្លៃពីខ្ញុំ សម្រាប់ឱសថ ជាងការចំណាយដែលខ្ញុំកម្រិត។
- ខ្ញុំចង់បានប្រាក់សំណងសម្រាប់ឱសថមានវេជ្ជបញ្ជាបានវាស់វែងមួយ ដែលខ្ញុំបានបង់ចេញពីហោប៉ៅរបស់ខ្ញុំ។

\*កំណត់សារ៖ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងស្នើសុំឱសថរូបមន្ត ឬការលើកលែងថ្នាក់ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកត្រូវតែផ្តល់នូវសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រការស្នើសុំរបស់អ្នក។ ការស្នើសុំដែលស្ថិតនៅក្រោមការអនុញ្ញាតជាមុន (ឬតម្រូវការគ្រប់គ្រងការប្រើប្រាស់ផ្សេងទៀត) អាចត្រូវការព័ត៌មានគាំទ្រ។ អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកអាចប្រើ " ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតជាមុន" ដែលភ្ជាប់មកជាមួយដើម្បីគាំទ្រសំណើរបស់អ្នក។

ព័ត៌មានបន្ថែមដែលអ្នកគួរនឹងពិចារណា (ភ្ជាប់ឯកសារគាំទ្រណាមួយ)៖

**កំណត់សារសំខាន់៖ ការសម្រេចចិត្តពន្លឺន**

ប្រសិនបើអ្នក ឬអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកជឿជាក់ថា ការរង់ចាំរយៈពេល 72 ម៉ោងសម្រាប់ការសម្រេចចិត្តស្តង់ដារមួយអាចប៉ះពាល់ដល់ជីវិត សុខភាព ឬសមត្ថភាព ក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរមា អ្នកអាចស្នើសុំការសម្រេចចិត្តពន្លឺន (ឆាប់រហ័ស) ។ ប្រសិនបើអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកចង្អុលបង្ហាញថាការរង់ចាំ 72 ម៉ោង អាចធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់សុខភាពអ្នកយ៉ាងធ្ងន់ធ្ងរយើង

នឹងធ្វើការសំរេចចិត្តអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទទួលបានការគាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នក សម្រាប់ការស្នើសុំពន្លឺនទេ យើងនឹងសំរេចថា កើតរាល់របស់អ្នកត្រូវការការសំរេចចិត្តយ៉ាងឆាប់រហ័សដែរឬទេ។ អ្នកមិនអាចស្នើសុំការសម្រេចការរ៉ាប់រងពន្លឺន ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឱ្យយើងសងអ្នកវិញចំពោះឱសថដែលអ្នកបានទទួលរួចហើយ។

- គូសក្នុងប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកជឿជាក់ថាអ្នកត្រូវការការសំរេចចិត្តក្នុងអំឡុងពេល 24 ម៉ោង (ប្រសិន បើអ្នកមានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្រពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជារបស់អ្នកសូមភ្ជាប់វាតាមសំណើនេះ) ។

ហេតុលេខា:	កាលបរិច្ឆេទ:
-----------	--------------

**ព័ត៌មានគាំទ្រសម្រាប់សំណើលើកលែង ឬការអនុញ្ញាតទុកជាមុន**

សំណើសុំឱសថមានរូបមន្ត និង ការលើកលែងកម្រិត មិនអាចដំណើរការបានទេ បើគ្មានសេចក្តីថ្លែងការណ៍គាំទ្ររបស់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា។ សំណើការអនុញ្ញាតទុកជាមុនអាចតម្រូវឱ្យមានព័ត៌មានគាំទ្រ។

- សំណើសម្រាប់ការពិនិត្យពន្លឺន៖ ដោយការគូសក្នុងប្រអប់នេះ និងការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាការប្រើពេលវេលាពិនិត្យរយៈពេល 72 ម៉ោងអាចប៉ះពាល់ដល់អាយុជីវិត ឬសុខភាពរបស់អ្នក ចុះឈ្មោះ ឬសមត្ថភាពក្នុងការទទួលបានមុខងារអតិបរមា។

**ព័ត៌មានអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា**

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

អាស័យដ្ឋាន \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទការិយាល័យ \_\_\_\_\_ ទូរសារ \_\_\_\_\_

ហត្ថលេខាអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជា \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

**ព័ត៌មានរោគវិនិច្ឆ័យ និងវេជ្ជសាស្ត្រ**

ឱសថ:	កម្លាំងនិងផ្លូវវេជ្ជបាល:	ភាពញឹកញាប់:
កាលបរិច្ឆេទបានចាប់ផ្តើម: <input type="checkbox"/> ចាប់ផ្តើមថ្មី	អំឡុងពេលប្រមាណនៃការព្យាបាល:	ចំនួនសម្រាប់ 30 ថ្ងៃ:
កំពស់/ទម្ងន់:	ឱសថធ្វើឱ្យប្រតិកម្ម:	

<p><b>DIAGNOSIS - សូមរាយរាល់ការធ្វើ រោគវិនិច្ឆ័យដែលត្រូវបានព្យាបាលដោយឱសថដែលត្រូវបានស្នើសុំនិងលេខកូដ ICD-10 ដែលត្រូវភ្ជាក់។</b> (ប្រសិនបើស្ថានភាពដែលត្រូវបានព្យាបាលដោយឱសថដែលត្រូវបានស្នើសុំគឺជា រោគសញ្ញាមួយដូចជាការមិនចង់ធ្វើទុក្ខ, ស្រកទម្ងន់, ដង្ហើមខ្លី, ឈឺទ្រូង, ចង្កោរជាដើម) ផ្តល់នូវការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ដែលបណ្តាលអោយមានរោគសញ្ញាប្រសិនបើដឹង) ។</p>	<p>កូដ ICD-10</p>
--	-------------------

រោគវិនិច្ឆ័យទាក់ទងឯទៀត៖	កូដ ICD-10
-------------------------	------------

ប្រវត្តិឱសថ៖ (សម្រាប់ការព្យាបាលនៃស្ថានភាពសុខភាព តម្រូវឱសថបានស្នើសុំ)		
ឱសថបានសាកល្បងប្រើ (ប្រសិនបើ មានកម្រិតចំពោះចំនួនគីឡាប ញាមួយ បញ្ជីរាយនាមឯកតា / ដូសប្រចាំថ្ងៃសរុបសាកល្បង)	កាលបរិច្ឆេទ សាកល្បងឱសថ	លទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថពីមុន ៗ បានបរាជ័យ និងមិនទ្រាំទ្របាន (ពន្យល់)

តើអ្វីទៅជាប្រព័ន្ធបឺប្រើប្រាស់ឱសថបច្ចុប្បន្ន សម្រាប់ស្ថានភាពសុខភាព ដែលត្រូវការឱសថដែលបានស្នើសុំ?

សុវត្ថិភាពប្រើប្រាស់ឱសថ
ការផ្តល់សេចក្តីណែនាំពី FDA ដែលបានសំគាល់ឃើញ ណាមួយ ចំពោះឱសថបានស្នើសុំ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ការព្រួយបារម្ភណាមួយចំពោះប្រតិកម្មនៃឱសថ ជាមួយនឹងការបន្ថែមឱសថដែលបាន ស្នើសុំចំពោះប្រព័ន្ធបឺប្រើប្រាស់ឱសថបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកចុះឈ្មោះឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
ប្រសិនបើចម្លើយចំពោះសំណួរណាមួយដែលបានកំណត់ឃើញខាងលើថាបាទ / ចាស សូមពន្យល់ 1) ពន្យល់ពីបញ្ហា 2) ពិភាក្សាអំពីផលប្រយោជន៍និងហានិភ័យដែលអាចកើតមាន ទោះបីជាមាន ការព្រួយបារម្ភ និងទី 3) ផែនការត្រួតពិនិត្យដើម្បីធានាសុវត្ថិភាព

ការគ្រប់គ្រងហានិភ័យខ្ពស់នៃឱសថសម្រាប់ជនចាស់ជរា
ប្រសិនបើអ្នកចុះឈ្មោះមានអាយុលើសពី 65 ឆ្នាំ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាផល ប្រយោជន៍នៃការព្យាបាលជាមួយឱសថបានស្នើសុំ នឹងបង្កើតជាហានិភ័យសក្តានុពល ក្នុងអ្នកជំងឺមានអាយុចាស់ជរាឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

**ឱសថអូពីត - (បំពេញសំណួរខាងក្រោមប្រសិនបើឱសថស្នើសុំគឺជាអូពីត)**

តើកម្រិតរួមម្សៅប្រចាំថ្ងៃមានកម្រិតប៉ុណ្ណា (ឱសថ)?  mg/ថ្ងៃ

តើអ្នកដឹងអំពីអ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាឱសថអូពីតឯទៀត សម្រាប់អ្នកចុះឈ្មោះនេះឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ  
បើដូច្នោះមែន សូមពន្យល់។

តើកម្រិតឱសថប្រចាំថ្ងៃ ត្រូវបានរាប់ទុកថាចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
តើកំរិតសរុបកាន់តែទាបឱសថ ប្រចាំថ្ងៃមិនគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីនឹងគ្រប់គ្រងការឈឺចាប់របស់អ្នក  
ចុះឈ្មោះឬ?  បាទ/ចាស  ទេ

**សនិទានភាពសំរាប់ការស្នើសុំ**

- ថ្នាំជំនួសដែលបានប្រឆាំង ឬបានសាកល្បងពីមុនប៉ុន្តែមានលទ្ធផលមិនល្អ ឧ. ការពុលសារធាតុប្រកិកម្ម ឬការបរាជ័យក្នុងការព្យាបាល ប្រញាក់ខាងក្រោមប្រសិនបើមិនបានកត់សំគាល់ នៅក្នុងផ្នែកប្រវត្តិសាស្ត្រមុននេះលើទម្រង់៖ (1) ឱសថបានសាកល្បងប្រើ និងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ (2) ប្រសិនបើលទ្ធផលមិនល្អ សូមរាយប្រាប់ឈ្មោះថ្នាំ និងលទ្ធផលមិនល្អសម្រាប់វានីមួយៗ (3) ប្រសិនបើការព្យាបាលបរាជ័យសូមរាយប្រាប់អំពីកម្រិតអតិបរិមា និងរយៈពេលព្យាបាលសម្រាប់ឱសថបានសាកល្បង, (4) ប្រសិនបើមានការប្រឆាំងសូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុជាក់លាក់ហេតុអ្វីបានជាថ្នាំដែលត្រូវចិត្ត / ថ្នាំតាមរូបមន្តផ្សេងទៀតបានប្រឆាំងជំនាស់។
- អ្នកជំងឺមានស្ថេរភាពលើថ្នាំបច្ចុប្បន្ន; ហានិភ័យខ្ពស់នៃលទ្ធផលអវិជ្ជមានជាមួយនឹងការផ្លាស់ប្តូរថ្នាំ ការពន្យល់ជាក់លាក់អំពីលទ្ធផលអវិជ្ជមានសំខាន់ៗដែលត្រូវបានរំពឹងទុក និងហេតុអ្វីបានជាលទ្ធផលអវិជ្ជមានត្រូវបានរំពឹងទុក - ឧ. ស្ថានភាពមានការលំបាកក្នុងការគ្រប់គ្រង (ថ្នាំជាច្រើនបានសាកល្បងប្រើ ថ្នាំច្រើនមុខដើម្បីគ្រប់គ្រងស្ថានភាព) អ្នកជំងឺមានលទ្ធផលប្រឆាំងទាស់គ្នាឱ្យកត់សម្គាល់ នៅពេលដែលស្ថានភាពមិនត្រូវបានគ្រប់គ្រងពីមុន (ឧទាហរណ៍ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬការប៉ះទង្គិចសុខភាពធ្ងន់ធ្ងរញឹកញាប់ ការគាំងបេះដូង, ការដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល, ការធ្លាក់, ដែនកំណត់សំខាន់នៃមុខងាររាងកាយ ការឈឺចាប់ និងការរងទុក្ខមិនបានរំពឹងទុកជាមុន) ។ល។
- គំរូការខាងវេជ្ជសាស្ត្រសំរាប់ទំរង់កម្រិតផ្សេងៗគ្នា និង / ឬកម្រិត ខ្ពស់ជាងនេះ ប្រញាក់នៅខាងក្រោម៖ (1) សំណុំបែបបង្កើតកម្រិត និង / ឬកម្រិតបានសាកល្បងនិងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងឱសថ; (2) ពន្យល់ពីហេតុផលវេជ្ជសាស្ត្រ (3) រួមមានមូលហេតុការប្រើប្រាស់ជាញឹកញាប់ ជាមួយនឹង ការប្រើឱសថមានកម្លាំងកាន់តែខ្ពស់មិនមែនជាជំរើសទេ - ប្រសិនបើមានកម្លាំងខ្ពស់
- សំណើសម្រាប់ការលើកលែងថ្នាំមានរូបមន្ត [សូមបញ្ជាក់ខាងក្រោម ប្រសិនបើមិនបានសំគាល់ក្នុងផ្នែកប្រវត្តិប្រើឱសថពីមុននៅលើទម្រង់បែបបទ (1) រូបមន្តថ្នាំដែលពេញចិត្តដែលបានសាកល្បងនិងលទ្ធផលនៃការសាកល្បងថ្នាំ (2) ប្រសិនបើលទ្ធផលមិនល្អសូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំនិងលទ្ធផលមិនល្អសម្រាប់វានីមួយៗ (3) ប្រសិនបើការព្យាបាលបរាជ័យ / មិនមានប្រសិទ្ធភាពដូចឱសថស្នើសុំ សរសេររាយចំនួនកម្រិតនិងរយៈពេលព្យាបាលអតិបរិមាសំរាប់ឱសថ ដែលបានសាកល្បង (4) ប្រសិនបើមានការរំលោភលើច្បាប់សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុជាក់លាក់ ហេតុអ្វីបានជាឱសថដែលចិត្ត / ឱសថរូបមន្តផ្សេងទៀតប្រឆាំងនឹងគ្នា]
- ដទៃ (សូមពន្យល់បន្ថែម)

ការពន្យល់ចាំបាច់៖ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ផែនការ Neighborhood Health Plan of Rhode Island  
 គឺជាកម្រោងសុខភាពមួយដែលចុះកិច្ចសន្យាទាំងជាមួយ Medicare និង Rhode Island Medicaid  
 ដើម្បីផ្តល់អត្ថប្រយោជន៍នៃកម្មវិធីទាំងពីរនេះដល់អ្នកចុះឈ្មោះចូលរួម។

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8

pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala Português, os serviços de assistência ao idioma estão disponíveis de forma gratuita. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា  
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)  
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។  
នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។  
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។