

Medi-Cal Managed Care Medi-Cal Access Program L. A. Care Major Risk Medical Insurance Program

口譯服務*請求/拒絕表

會員姓名:	
使用的主要語言:	
■是的,我需要□譯服務。	
語言:	
□ 我希望用家庭成員或朋友擔任翻譯。	
□我不需要□譯服務。	
□ 本表格並不適用於此會員。請說明原因:	
	日期

*醫療服務提供者請放入會員的醫療記錄內。