

您的欢迎手册已送达！

了解您的新保健计划和福利



内页内容包括：

- 1** 欢迎加入 Health Net
- 2** 在需要时获得额外的医疗保健和服务
- 3** 您的计划概述
- 4** 如何设置您的在线保户账户
- 5** 如何选择您的初级保健医生
- 6** 首次与医生见面
- 7** 接受护理的地方
- 8** 立即开始使用您的福利！
- 9** 在您的网络中寻找医生
- 10** 立即安排体检
- 11** 健康笑容从这里开始
- 12** 掌握健康主动权！
- 13** 预防性筛查指南
- 14** 急诊服务

1 欢迎加入 Health Net

了解如何充分利用您的新保健计划

您的新保健计划包含多项福利，旨在帮助您尽可能保持健康。**切勿错过任何健康福利。**本欢迎文件将帮助您了解 Health Net，并开启您的健康之旅。

手册内容



如何获得医疗服务

按照本指南开始使用您的福利。



在何处获得医疗服务

了解您的选项：

- 医生诊所
- 紧急护理
- 远程医疗
- 急诊室

了解在何种情况下应优先选择其中一个选项。



承保内容

了解您的福利：

- 医疗
- 行为健康护理
- 交通
- 牙科
- 远程医疗
- 视力及更多



健康改善项目

探索可协助您明确并达成健康目标的免费项目和服务。我们将**全程**为您提供支持。



选择或变更医生

务必确认您选择了心仪的医生。如需变更医生，您可以致电 **1-800-675-6110 (TTY: 711)** 与 Health Net 保户服务部联系，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时。



健康信息表

填写 **健康信息表**，帮助我们了解您所需的支持和服务，助您实现最佳健康状态。

如有以下需求，欢迎随时联系我们：

- 检查您的 ID 卡状态
- 查找您的福利开始日期
- 安排您的健康预约
- 预约免费交通服务
- 解答您的疑问和顾虑

请拨打（免费电话）

1-800-675-6110 (TTY: 711)，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

请访问我们的网站：

www.healthnet.com

(续)

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

在未来 120 天内安排您的初次健康预约

接受医生看诊可以帮助您走上**更健康的生活方式**之路。安排您的**初次健康预约**，并迈出改善健康的第一步。

为什么健康预约如此重要？

1. 您可能有一段时间没有去看医生了。
现在正是接受预防性护理服务、维护健康的好时机。
2. 您的健康状况每年都会发生变化。
坚持每年体检，就能及早发现健康隐患，防止病情恶化。
3. 您的医生可以帮助您管理严重的健康状况。
这意味着通过治疗帮助您恢复健康，让您能够更好地享受生活。

安排往返预约地点的交通服务

预约免费往返每次医疗就诊的交通服务，助您更好地坚持健康计划，提升健康水平。其中包括：

- 医疗预约
- 牙科预约¹
- 透析和其他持续护理
- 医疗设备领取
- 治疗师（包括药物滥用帮助预约）
- 专科医生预约
- 出院

请致电保户服务部预约免费乘车服务。

何时开始使用您的福利

您的保户 ID 卡列出了您的**承保开始日期**。

我的保户 ID 卡在哪里？

如果您在投保之日或申请 ID 卡之日起**十个工作日后**仍未收到保户 ID 卡，请拨打免费保户服务部电话 1-800-675-6110 (TTY: 711)，每周 7 天、每天 24 小时提供服务。



请立即致电您的医生，预约健康检查。医生姓名和电话号码列在您的保户 ID 卡上。

¹ 牙科适用于 Los Angeles 郡和 Sacramento 郡的居民。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

LTR064676QP00 (5/24)

2 在需要时获得额外的医疗保健和服务

立即填写健康信息表

Health Net 为像您一样的 Medi-Cal 保户提供特殊健康项目和服务。因此，我们专门设计了健康信息表，以便更好地了解您的医疗需求。

这份表格可用于分享病史以及关于您感受的详细信息。我们使用这些信息来帮助您在需要时获得**额外的护理和服务**。

要获得您所需的具体项目和服务，请按以下三个简单步骤操作：

1. 填写表格

请尽量回答所有问题。如在填写表格时需帮助，请拨打免费电话 **1-800-675-6110 (TTY: 711)** 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

2. 将表格放入标有“Health Information Form” (健康信息表) 的随附信封内 (见示例图)

使用此信封无需贴邮票。

请将表格邮寄至：

Medical Management Notifications

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706

3. 邮寄表格

邮寄表格是您获得所需医疗保健服务的第一步！

我们对您的健康信息保密

我们仅使用此表格上的信息来协助您获得医疗保健服务。您可以在保户手册的“隐私权声明”部分中找到有关隐私的更多信息。您也可以致电保户服务部。

(续)

需要帮助？

请拨打保户服务部免费电话
1-800-675-6110 (TTY: 711)，
每周 7 天、每天 24 小时均提供服务

您也可以访问我们的网站：
www.healthnet.com



如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

如需以下帮助，请联系保户服务部：

- 帮助您填写健康信息表
- 心理健康服务
- 回答您的医疗保健问题

您无需孤军奋战，我们会随时帮助您！

若您感到压力大、焦虑，或在以下方面需要帮助，Health Net 也可为您提供支持：

- 家庭或工作中遇到困难，或与家人朋友发生纠纷
- 感到悲伤、愤怒或担忧
- 面临药物或酒精方面的问题

如果您需要帮助，**可以随时与我们的专家交谈**。如果您愿意，他们可以帮您预约我们网络内的治疗师，**并且您无需承担费用**。

我们甚至可以为您安排前往治疗师预约的免费交通服务。



如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

FLY064678QP00 (8/24)



基本信息

会员名字

会员姓氏

*Medi-Cal ID

*出生日期
(年月日)

回答此问卷的日期 (年月日)

会员首选电话号码

会员电子邮件地址



总体健康状况

总体来说, 您如何评价自己的健康状况?

☐ 极好 ☐ 非常好 ☐ 良好 ☐ 一般 ☐ 较差 ☐ 不清楚

您是否有固定的医生或医疗保健提供者?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

过去 12 个月内, 您是否曾前往医生或医疗保健提供者处就诊?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您在前往医疗预约时是否遇到过交通方面的问题?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

过去三个月内, 您入院过多少次?

☐ 无 ☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次或以上 ☐ 不清楚

过去一年內, 您去过几次急诊?

☐ 无 ☐ 1 次 ☐ 2 次 ☐ 3 次或以上 ☐ 不清楚

您目前正在服用几种由医生或医疗保健提供者开具的药品?

☐ 0 ☐ 1-3 ☐ 4-7 ☐ 8-14 ☐ 15 种或以上 ☐ 不清楚

您的身高是多少 (以英尺/英寸为单位)?

英尺 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 不清楚

英寸 ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 不清楚

您的体重是多少 (以磅为单位)?

过去 12 个月内, 您是否接种过流感疫苗? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您是否因牙齿或口腔问题而影响进食? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您每天是否至少进食两餐? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您是否每天都吃水果和蔬菜? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您是否每周都会参加任何形式的体育活动 (例如散步、水中健身、保龄球等)?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 由于健康原因, 我无法参加体育锻炼 ☐ 不清楚

开车或乘车时, 您是否始终系好安全带? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用 ☐ 不清楚



会员名字

会员姓氏

*出生日期
(年月日)

*Medi-Cal ID

身体健康

您是否曾被医生或医疗保健提供者告知患有以下任何疾病？（请勾选所有适用项）

- ☐ 关节炎
 ☐ 哮喘
 ☐ 癌症
 ☐ 慢性肾病
 ☐ 慢性阻塞性肺病 (COPD)/肺气肿
- ☐ 发育迟缓
 ☐ 糖尿病（1 型）
 ☐ 糖尿病（2 型）
 ☐ 糖尿病前期
 ☐ 心脏病
- ☐ 心力衰竭
 ☐ 肝炎
 ☐ 高血压
 ☐ 高胆固醇
- ☐ HIV
 ☐ 镰状细胞疾病（非携带者）
 ☐ 卒中
 ☐ 器官移植

您是否患有上述未列出的其他疾病？ ☐ 是 ☐ 否

您是否怀孕？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不适用

行为健康

总体来说，您对自己的生活满意度如何？

- ☐ 非常满意
 ☐ 满意
 ☐ 不满意
 ☐ 非常不满意
 ☐ 不清楚

过去两周内，以下问题是否困扰过您？

感到孤独

- ☐ 从来没有
 ☐ 有几天
 ☐ 超过一半天数
 ☐ 几乎每天
 ☐ 不清楚

对任何事情都提不起兴趣，也感受不到乐趣

- ☐ 从来没有
 ☐ 有几天
 ☐ 超过一半天数
 ☐ 几乎每天
 ☐ 不清楚

感到沮丧、抑郁或绝望

- ☐ 从来没有
 ☐ 有几天
 ☐ 超过一半天数
 ☐ 几乎每天
 ☐ 不清楚

过去一个月（30 天）内，您感到孤独的天数有多少

- ☐ 无 - 我从未感到孤独
 ☐ 少于 5 天
 ☐ 超过一半天数（超过 15 天）
 ☐ 大部分时间 - 我经常感到孤独

您是否觉得生活压力过大，导致健康受到影响？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您打算如何管理压力？ ☐ 无需做出改变 ☐ 没有改变的打算

- ☐ 已开始改变
 ☐ 打算从下个月开始改变
 ☐ 打算在未来 6 个月内改变
 ☐ 不清楚

过去一年内，您在一天中饮用 5 杯或以上酒精饮料的频率如何？

- ☐ 从未
 ☐ 一两次
 ☐ 每月一次
 ☐ 每周一次
 ☐ 每天或几乎每天
 ☐ 不清楚

过去一年内，您使用烟草制品的频率如何？

- ☐ 从未
 ☐ 一两次
 ☐ 每月一次
 ☐ 每周一次
 ☐ 每天或几乎每天
 ☐ 不清楚

您是否被诊断患有行为健康障碍，如焦虑、抑郁、躁郁症或精神分裂症？

- ☐ 是
 ☐ 否
 ☐ 不清楚



会员名字

会员姓氏

*Medi-Cal ID

*出生日期
(年月日)

行为健康 (续)

过去 90 天内, 您是否被开具过抗精神病药物? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

日常生活及独立生活能力

过去一个月内, 您是否因身体疼痛而难以完成家务, 或影响了外出工作的能力? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

是否有定期为您提供帮助的看护人员? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您是否使用任何辅助设备? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

过去 90 天内, 您是否曾吸氧? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

您是否正在接受任何家庭医疗服务? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚



您在完成以下活动时是否需要帮助? (请对每项活动勾选“是”或“否”)

沐浴或淋浴	☐ 是 ☐ 否	上楼梯	☐ 是 ☐ 否
进食	☐ 是 ☐ 否	穿衣	☐ 是 ☐ 否
刷牙、梳头、刮脸	☐ 是 ☐ 否	准备餐食或烹饪	☐ 是 ☐ 否
从床上或椅子起身	☐ 是 ☐ 否	购物及购买食物	☐ 是 ☐ 否
如厕	☐ 是 ☐ 否	行走	☐ 是 ☐ 否
洗碗或洗衣服	☐ 是 ☐ 否	开具支票或管理钱财	☐ 是 ☐ 否
乘车前往医生诊所或拜访朋友	☐ 是 ☐ 否	做家务或打理院子	☐ 是 ☐ 否
外出拜访家人朋友	☐ 是 ☐ 否	打电话	☐ 是 ☐ 否
管理预约	☐ 是 ☐ 否	如果回答为“是”, 您是否已获得完成这些活动所需的全部帮助?	☐ 是 ☐ 否

**过去两个月内, 您是否一直住在自己拥有、租赁或作为家庭成员居住的
稳定住所? ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不清楚

**本文经版权所有美国公共卫生协会 (American Public Health Association) 许可转载。Montgomery AE、Fargo JD、Byrne TH、Kane V、Culhane DP。退伍军人健康管理局 (Veterans Health Administration) 对无家可归及无家可归风险的全面筛查。
《美国公共卫生杂志》(American Journal of Public Health), 2013 年第 103 卷增刊 2, 第 S201-S211 页。已获得许可。



会员名字

会员姓氏

*Medi-Cal ID

*出生日期
(年月日)

日常生活及独立生活能力 (续)

您能否在家中安全生活并自由活动? ☐ 是 ☐ 否

如果回答为“否”，您居住的地方是否具备以下条件：

照明是否良好? ☐ 是 ☐ 否

制冷效果是否良好? ☐ 是 ☐ 否

是否有热水供应? ☐ 是 ☐ 否

是否装有通向外部且能上锁的门? ☐ 是 ☐ 否

是否装有电梯? ☐ 是 ☐ 否

是否有通畅的出入通道? ☐ 是 ☐ 否

供暖效果是否良好? ☐ 是 ☐ 否

楼梯和坡道是否装有扶手? ☐ 是 ☐ 否

是否有室内厕所? ☐ 是 ☐ 否

家门口或室内是否装有楼梯? ☐ 是 ☐ 否

是否有轮椅使用空间? ☐ 是 ☐ 否

我想了解一下您觉得自己对健康状况的管理情况如何

您在服药方面是否需要帮助? ☐ 是 ☐ 否

您在填写健康表时是否需要帮助? ☐ 是 ☐ 否

您在就诊时回答问题是否需要帮助? ☐ 是 ☐ 否

在您需要时，是否有家人或其他人愿意并且能够为您提供帮助? ☐ 是 ☐ 否

您是否觉得看护人员有时难以给予您所需的全部帮助? ☐ 是 ☐ 否

您是否害怕有人伤害您，或者有人已对您造成伤害? ☐ 是 ☐ 否

您是否感觉自己的思考、记忆或决策能力有所下降? ☐ 是 ☐ 否

过去一个月内，您是否曾跌倒? ☐ 是 ☐ 否

您是否害怕跌倒? ☐ 是 ☐ 否

您有时是否因资金不足而难以购买食物、支付房租、水电费和药费? ☐ 是 ☐ 否

是否有人未经您允许使用您的钱? ☐ 是 ☐ 否

您是否愿意与护士或社工合作，共同制定保健计划? ☐ 是 ☐ 否

您是否愿意与护士、社工及医生讨论，共同制定满足您保健需求的计划? ☐ 是 ☐ 否



3 您的计划概述

快速查看您的承保范围

您的 Medi-Cal 计划涵盖庞大的医生和医院网络。这意味着有很多医生可供您选择。您的计划还涵盖多项免费项目和服务，助您实现并维持健康目标。

您的计划包含的服务内容

医疗

- 医生看诊
- 医院护理
- 化验和 x 光
- 护士咨询专线
- 保健服务
- 远程医疗
- 孕期及新生儿护理

针对抑郁症、焦虑症、多动症 (ADHD) 和自闭症等心理健康状况的护理，包括：

- 门诊治疗
- 精神科药物管理
- 为患有自闭症谱系障碍和相关病症的儿童和青少年提供行为治疗服务

牙科

- 定期检查
- 洗牙与 x 光
- 涂氟治疗
- 补牙、牙冠、密封剂等

眼部护理

- 眼睛检查
- 眼镜



更健康的生活正等待着您！
请致电您的医生并预约就诊。
您可以在 ID 卡上找到医生的
电话号码。

¹ 牙科适用于 Los Angeles 郡和 Sacramento 郡的居民。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

特殊服务和项目

- **疾病管理项目。**如果您患有以下复杂健康状况，可获得专项帮助：
 - 糖尿病
 - COPD
 - 镰状细胞血症
 - HIV/AIDS 或其他
- **护理协调服务。**了解如何获取您所在地区的资源和服务。

- **免费交通服务。**预约前往医生、牙医¹或专科医生处的免费接送服务。
- **医生视频看诊。**在家就可以与医生交谈！通过远程医疗服务，以电话或视频聊天的方式当日问诊。
- **为手语使用者或非英语人士提供的口译服务。**您可以申请口译员，在医疗和牙科¹预约期间为您提供协助。

- **健康教育项目。**获取帮助和支持，内容包括：
 - 健康饮食
 - 体重管理
 - 锻炼健身
 - 戒烟等更多项目我们还为产后妈妈、儿童和青少年提供专属项目。
- **持续护理服务。**即使您的医生不在我们的网络中，**您仍可继续接受他们的服务。**在某些情况下，您可以继续接受他们提供的医疗服务，最长可达12个月。



如需了解更多承保信息：

- **请查阅您的保户手册。**手册中包含您的保户权利与义务、事先授权以及费用分摊²
- **请拨打保户服务部免费电话** 1-800-675-6110 (TTY: 711)，每周7天、每天24小时均提供服务。
- **请访问** www.healthnet.com。

² 在大多数情况下，Health Net 保户无需支付承保服务费用、保费或自付额。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周7天、每天24小时均提供服务。

4 如何设置您的在线保户账户

了解您的福利

您可以在 www.healthnet.com 上找到丰富的信息、工具和资源，快速便捷地获取所需内容。建立在线账户后，您可以：

- 将您的 ID 卡下载到手机上，或打印一份副本
- 在您的网络中寻找医生、紧急护理中心或医院
- 查阅保户手册，了解您的保健计划福利。查阅重要内容，如权利与义务、事先授权及费用分摊²
- 获取帮助您控制体重或戒烟的相关项目
- 更新您的信息

请按照以下步骤建立您的账户

1. **查找**您的保户 ID 或社会保障号码；保户 ID 印在您的 ID 卡上
2. **访问** www.healthnet.com
3. **点击** Log In（登入）/Register（注册）
4. **按照**屏幕上的指示操作



² 在大多数情况下，Health Net 保户无需支付承保服务费用、保费或自付额。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

5 如何选择您的初级保健医生

您的初级保健医生 (PCP) 就是您的主治医生

Health Net 的医生具备以下特点：

- 门诊时间灵活
- 能为您及全家提供护理服务
- 了解您独特的文化需求
- 能使用您偏好的语言与您沟通

请务必谨记：

您的医生是您健康路上的合作伙伴，他们会倾听您的想法，并为您提供建议和帮助。选对医生，您的健康可能大为改善。

如果您需要选择新的医生，需要考虑以下事项

您选择的医生是否在您的网络中，并且正在接受新患者？

请致电保户服务部进行咨询。您也可浏览我们的网站

www.healthnet.com，并点击 *Find a Provider*（寻找医疗服务提供者）。

注意：如果您在成为 Health Net 保户之前已有固定医生，而该医生不在我们的网络内，您仍可能在限定时间内继续前往该医生处就诊。请致电保户服务部，说明您的具体情况。

预约是否方便？

请确保医生提供的就诊时间适合您的日程安排。

例如，您可能需要在上班前、下班后或周末前往就诊。

请考虑医生诊所的地点。

- 从您的居住地或工作地点前往诊所需要多长时间？
- 能否轻松找到停车位？
- 是否方便乘坐公交或地铁前往？



免费接送您前往就诊

如果您前往医生或牙医处¹遇到乘车问题，我们的免费接送服务可以为您提供帮助。如需安排免费接送服务，请致电保户服务部。

¹ 牙科适用于 Los Angeles 郡和 Sacramento 郡的居民。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。



该医生是否提供线上工具以及电话或视频看诊服务？

借助患者门户网站和应用，您可以轻松实现以下操作：

- 给您的医生发送电子邮件
- 在线预约就诊
- 查看化验结果
- 续配处方药

通过电话或视频看诊，您可以在**家中舒适地**与医生交流！

该医生能否满足您的特殊医疗需求？

明确您对医生的需求：

- 您是否希望医生了解您的文化背景，并能使用您的语言？
- 您是否希望医生能够在同一地点为您和家人提供医疗服务？
- 您是否需要看专科医生，或针对特殊健康问题获得护理？



合适的医生可以帮助您和您的家人获得并保持健康。因此，在选择新医生之前，请先获取所需信息。联系我们：

- **通过电话（免费拨打）**
致电 1-800-675-6110
(TTY: 711)，每周 7 天、
每天 24 小时均提供服务
- **通过网站**
访问 www.healthnet.com
并点击 *Find a Provider*
(寻找医疗服务提供者)

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

6 首次与医生见面

您的医生是您健康路上的合作伙伴。选择医生后，**安排首次看诊至关重要，有助于您和医生相互了解。**这样在谈及健康问题时，您可能会感到更安心。

您的医生会为您提供常规护理服务，包括：

- 年度体检
- 疫苗接种（注射）
- 治疗
- 处方药
- 癌症筛查
- 糖尿病和哮喘管理
- 医疗建议

您的医生还会：

- 保留您的健康记录
- 根据需要安排 x 光、化验、乳腺 x 光等检查
- 根据需要将您转诊至（送往）专科医生处

您的年度健康检查

由医生进行年度健康检查能够帮助您了解自身健康状况。您可以与医生分享任何身体变化，并提出健康方面的疑虑。

医生还可以帮助您制定**护理计划，以维持健康状态。**您还可以借此机会咨询有关健康或药物的问题。请致电安排您的首次看诊和健康检查。

更换您的医生

如果您在投保时没有选择医生，我们会为您指定一位。如果您想更换医生，请致电联系我们。



如有疑问或疑虑，请通过下列方式与我们联系：

- **电话（免费拨打）：** 1-800-675-6110 (TTY: 711)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。
- **通过网站：** 访问 www.healthnet.com 并点击 *Find a Provider*（寻找医疗服务提供者）。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

7 接受护理的地方

您的计划提供多种方式，帮助您随时获得所需护理。



您医生的诊所

您的医生

请前往您的医生处接受常规护理和预防性护理。其中包括：

- 年度健康检查
- 疾病护理
- 疫苗接种
- 一般医疗护理

其他网络内医疗服务提供者

从网络内其他医生、专科医生或医疗服务提供者（例如紧急护理中心或医院）处获得护理。要查找网络内医生，请访问 www.healthnet.com 并点击 *Find a Provider*（寻找医疗服务提供者）链接。

心理健康服务

您的计划涵盖以下承保范围：

- 咨询服务
- 精神科服务

您无需从医生处获得转诊。

要查找治疗师或精神科医生，请访问 www.healthnet.com 并点击 *Find a Provider*（寻找医疗服务提供者）。您也可以致电保户服务部并选择行为健康护理。



在家中

随时进行视频问诊

如果您无法前往医生处就诊，或在诊所非工作时间需要帮助，**可以使用远程医疗服务进行在线视频看诊**。每周 7 天、每天 24 小时均可与委员会认证的医生会面。

远程医疗服务为非急诊护理提供了便捷的选择。**如有需要，远程医疗医生也可以开具处方药**。您可在保户 ID 卡背面找到远程医疗服务的联系信息。

随时进行电话问诊

如需心理健康或物质滥用障碍方面的服务，请致电保户服务部并选择行为健康护理，可安排视频或电话问诊。

随时使用护士咨询专线

每周 7 天、每天 24 小时均可致电护士咨询专线并与临床护理人员交谈。您将享有**即时支持**，以了解自身症状以及所需的护理程度。电话号码印于您的保户 ID 卡背面，同时也列于下方。



在门诊中心

紧急护理中心

对于非急诊、非危及生命的疾病或伤情，您也可以在当天获得护理服务。目前，许多紧急护理中心都提供 X 光和化验服务。

如需查找您附近的紧急护理中心，请访问 www.healthnet.com 并点击 *Find a Provider*（寻找医疗服务提供者）。

注意：如遇紧急情况，请立即前往最近的急诊室或拨打 911。

急诊护理适用于危及生命的医疗状况或严重意外伤害。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

8 立即开始使用您的福利！

完成几个简单步骤，即可开始获得所需护理

请按照以下步骤操作，确保您已准备好使用您的计划福利：

1

核实您的承保开始日期

您的保户 ID 卡列出了您的承保开始日期。如果您尚未收到邮寄的保户 ID 卡，请拨打 **1-800-675-6110 联系保户服务部**。您也可以登录 **www.healthnet.com** 在线查找承保日期。

2

确认您的医生

请仔细核实保户卡上所列是否为您想要的医生。您可以根据自身需求或意愿更换医生。您始终拥有选择医生的权利！

如果您不想继续使用卡片上列出的医生，请联系保户服务部。

3

预约医生看诊

您需要在**承保开始后的 120 天内**就诊。如需约诊，请拨打保户 ID 卡上标明的电话号码联系医生诊所。

如果您在去看诊时遇到乘车问题，我们的免费交通工具服务可以为您提供帮助。请致电保户服务部免费预约接送服务！

4

咨询问题

首次就诊时，医生将进行健康评估，以了解您的病史，并处理您可能存在的健康问题。您也可以借此机会提出任何疑问。

如有以下需求，欢迎随时联系我们：

- 确认您的医生
- 进行预约
- 预约免费交通服务
- 解答您的疑问

电话（免费拨打）：
1-800-675-6110 (TTY: 711)，
服务时间为每周 7 天，
每天 24 小时

在线访问：
www.healthnet.com

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

FLY064677QP00 (9/24)

9 在您的网络中寻找医生

您可以通过三种方式获取医疗服务提供者名录



在线方式

您可以在线获取最新的医疗服务提供者名单。¹ 请访问我们的网站 **healthnet.com**，点击 Find a Provider（寻找医疗服务提供者）链接，然后：

1. 点击 Find a Provider（寻找医疗服务提供者）。
2. 输入您的所在地。
3. 按计划/网络类型筛选。
4. 从下拉列表中选择 Medi-Cal。
5. 选择医疗服务提供者类型。
6. 访问医疗服务提供者搜索页面，点击页面底部的 Provider Directory（医疗服务提供者名录）链接，即可下载名录。

访问医疗服务提供者搜索页面，点击页面底部的 Provider Directory（医疗服务提供者名录）链接，即可下载名录。这是我们最新的医疗服务提供者名录。医疗服务提供者的可用性可能会随时变更。

获取保户手册

您还可以获取 **Health Net Medi-Cal 保户手册** 副本。在我们的网站 **healthnet.com/shp** 上下载副本。点击 **Health Net Medi-Cal 保户手册**。保户手册将以 PDF 格式下载。



通过电话

请致电保户服务部，电话：**1-800-675-6110 (TTY: 711)**。
服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。



通过邮寄（可选）

您可以填写下方表格，我们将寄送给您一份《保户手册》和《医疗服务提供者名录》。

注意：寄回填写好的表格时，请使用随附的信封。

请用正楷书写，并使用蓝色或黑色墨水填写所有信息。

- ☐ 请勾选您想要哪个郡县的**医疗服务提供者名录**：☐ Amador ☐ Calaveras ☐ Inyo
☐ Los Angeles ☐ Mono ☐ Sacramento ☐ San Joaquin ☐ Stanislaus ☐ Tulare ☐ Tuolumne
- ☐ 选择**其他格式**（如有需要）：☐ 盲文版 ☐ 大字版 ☐ 语音版
- ☐ 对于**保户手册**，请勾选您习惯使用的语言：☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 阿拉伯语
☐ 亚美尼亚语 ☐ 柬埔寨语 ☐ 中文 ☐ 波斯语 ☐ 苗语 ☐ 韩语 ☐ 俄语 ☐ 菲律宾语
☐ 越南语

保户姓名：_____ 保户 ID 号码：_____
地址：_____ 公寓号码：_____
城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____
电话：_____

¹ 医疗服务提供者的可用性可能会随时变更。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

10 立即预约体检.....

所有 HEALTH NET 新保户均需在加入 HEALTH NET 后 120 天内接受体检。

首次体检非常重要，原因如下：



在生病之前，提前了解医生。



医生可以帮助您了解如何使用健康计划服务。



医生会告知您诊所关闭时应联系的电话及就医地点。



您的孩子将按要求接种上学所需的疫苗。



您将收到关于重要健康检测的信息，帮助您及您的子女保持健康。



Health Net 护士咨询专线

您是否感觉身体不适并需要建议？ 您可以与您的医生联系寻求帮助。您也可以拨打 Health Net 的护士咨询专线 **1-800-675-6110 (TTY: 711)**，以获得快速免费的建议。护士咨询专线的服务时间为**每周 7 天，每天 24 小时**。护士可以用您偏好的语言与您沟通，指导您处理自己的医疗保健需求。

(续)

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。



通过致电 Health Net 的护士咨询专线，
您可以：

- **获取资讯**，以帮助您决定是否需要前往急诊室。
- **判断**您当前的医疗状况是否适合等待下一次就诊时再处理。
- **讨论**您的健康问题和治疗选择。
- **获取建议**，了解感到不适时如何在家缓解症状。
- **了解**您的药品和健康需求。



您的保户 ID 卡上印有医生姓名，请致电该医生，立即预约检查。

如需更多信息，请访问 www.healthnet.com。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

此信息不可替代专业医疗护理。请始终遵循医疗保健提供者的指示。

项目和服务可能会随时变更。健康教育材料可应要求提供多种语言版本及替代格式。

FLY061475QP00 (2/23)

11 健康笑容由此开始

拥有健康的牙齿有助于保持全身健康。这就是我们为 Medi-Cal 保户提供 Medi-Cal 牙科福利的原因。

Medi-Cal 牙科福利包括

定期护理，以保持牙齿健康

- 各项检查和 x 光
- 洗牙
- 涂氟治疗，以预防龋齿

牙科护理，用于修复牙齿问题

- 补牙
- 前牙根管治疗
- 预制牙冠
- 全口义齿
- 其他所需的牙科服务



如果您已有牙科保险，请参考您的牙科保险卡，了解如何预约。

通过 Health Net 的 Medi-Cal 牙科计划，您和您的家人可以享受以下服务

- 一个由关怀备至、经验丰富的牙医组成的网络，他们能用您的语言交流，并理解您的独特需求。
- 轻松前往您附近的诊所。
- 个案经理为您提供牙科护理服务。
- 健康教育与健康促进项目。

如果您居住在 Los Angeles 县或 Sacramento 县，请联系 Health Net：

电话（免费拨打）：
1-800-213-6991 (TTY: 711)，
服务时间为周一至周五
上午8点至下午6点。

在线访问：
www.hndental.com

如果您不居住在 Los Angeles 县或 Sacramento 县，请联系 Medi-Cal Dental：

电话（免费拨打）：
1-800-322-6384 (TTY: 711)，
服务时间为周一至周五
上午8点至下午5点。

线上：
www.smilecalifornia.org

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

FLY065782QP00 (11/24)

12 掌握健康主动权!

健康教育项目和服务

健康是所有人共同的追求。有了我们的帮助和支持，您的健康目标触手可及。我们提供各种免费的项目、服务和工具，帮助您和您的家人迈向更健康的生活。

适合人生每个阶段的健康项目



保持理想体重

我们的营养和体能活动资源可以帮助您达成体重目标。也许您希望衣服更合身，或者想更好地跟上亲友的步伐。无论您减重的目的是什么，我们都能为您提供所需的工具和支持，助您有效管理体重。



彻底戒烟

戒除烟草和电子烟对您的健康益处多多，同时也是节省开支的好方法。吸烟者每月在香烟上的花费约为 \$180!

我们深知戒烟绝非易事，但您不必孤军奋战。我们随时为您提供帮助，包括电话支持、戒烟知识介绍和辅助缓解烟瘾的药物。

请拨打 Kick It California 免费电话 **1-800-300-8086**

(TTY: 711)。服务时间为周一至周五上午 7 点到晚上 9 点，周六上午 9 点到下午 5 点。



(续)

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。



为宝宝打下健康基础

如果您已怀孕或正在备孕，可能会有许多疑问。胎儿生长情况如何？我该如何照顾自己？这种情况是否正常？我们的健康孕期计划为您提供解答、建议与支持。发现怀孕或开始备孕后，应尽快就医，这一点非常重要。



心理健康很重要

您是否正在寻找提升幸福感和健康水平的方法？我们的 Teladoc 心理健康（数字项目）可通过在线平台及手机应用访问，提供多种工具，助您改善情绪、提升生活质量。您可以通过访问 www.teladochealth.com 网站注册参与本项目。



高血压与心脏健康

您是否患有高血压？想要保持心脏健康吗？从今天开始，您就可以改变自己的健康状况！利用我们的资源，帮助您降低血压，促进心脏健康。



糖尿病资源

您有 2 型糖尿病家族史吗？我们的糖尿病资源可以帮助您更好地了解自身风险因素。您还可以了解如何保持健康的生活方式，从而降低 2 型糖尿病患病风险。



在线健康图书馆

想要了解更多信息？我们提供丰富的视频和健康资料，涵盖多个主题，旨在为您提供帮助。请访问 www.healthnet.com 上的健康与保健页面。

如需获取健康教育信息或咨询您的 Medi-Cal 福利相关问题，请联系我们：

请拨打 1-800-675-6110

(TTY: 711) 与 Health Net 保户服务部联系，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时

在线访问：

www.healthnet.com

登录网站账户，访问我们的健康教育资料库。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

此信息不可替代专业医疗护理。请始终遵循医疗保健提供者的指示。项目和服务可能会随时变更。

FLY063122QP01 (7/24)

13 Health Net 的预防性筛查指南

儿童与成人指南



www.healthnet.com



请使用本指南，及时预约家庭医生的健康体检。务必咨询医生，并遵循其护理指导和
建议。指南经常会有更新和变更。

本文信息并非医疗建议，也不涉及保险范围说明。请查阅您的计划福利条款，了解承
保范围、限制和排除项目。

助您保持健康

如需了解更多信息或详细指南，请浏览网站 www.healthnet.com
或拨打下方号码。

Health Net Medi-Cal 保户：

- **健康教育信息**

您可以免费获取关于戒烟、控制体重等项目的建议和信息。
如有需要，我们可为您提供其他语言和格式的协助。

- **如需健康教育资讯或对 Medi-Cal 计划有疑问，请致电**

1-800-675-6110 (TTY: 711)，服务时间为每周 7 天，每天 24 小时。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供
服务。



建议的免疫接种（注射）

0 到 6 岁免疫接种时间表^{1,2}

疫苗	出生时	年龄（以月为单位）									年龄（以年为单位）				
		1	2	4	6	9	12	15	18	19-23	2-3	4	5	6	
呼吸道融合细胞病毒 (RSV)	• 1 剂（出生至 7 个月），根据产妇 RSV 疫苗接种状态。 • 1 剂（8 至 19 个月）。														
乙型肝炎 (HepB)	✓	✓	必要时补种		✓					必要时补种					
轮状病毒 (RV)			• 2 剂疫苗，分别于 2 个月和 4 个月时接种 (Roatrix®) • 3 剂疫苗，分别于 2 个月、4 个月和 6 个月时接种 (RotaTeq®)												
白喉、破伤风、百日咳 (DTaP)			✓	✓	✓	必要时补种		✓		必要时补种		✓			
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)			✓	✓	✓	必要时补种		✓		必要时补种			高风险人群		
肺炎球菌			✓	✓	✓	必要时补种		✓		必要时补种			高风险人群		
灭活脊髓灰质炎 (IPV)			✓	✓	✓					必要时补种		✓			
流行性感冒（流感）					2 岁前接种 2 剂流感疫苗						每年一次（1 剂或 2 剂），依照医生建议				
COVID 19					1 剂或多剂，依照医生建议										
麻疹、腮腺炎、风疹 (MMR)					高风险人群		✓		必要时补种			✓			
水痘 (VAR)							✓		必要时补种			✓			
甲型肝炎 (HepA)							2 剂			依照医生建议，高风险人群					
脑膜炎球菌			高风险人群												

必要时补种：若您的孩子之前错过了任何疫苗接种，请咨询医生了解补种的方式和时间。

高风险人群：若您或您的孩子存在医疗状况，在接种任何疫苗前请务必先咨询医生。他们将为您提供专业的建议和指导，帮助您做出最佳选择。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。



建议的免疫接种（注射）

7 到 18 岁免疫接种时间表^{1,2}

疫苗	年龄（以年为单位）			
	7-10	11-12	13-18	
破伤风、白喉、百日咳 (Tdap)	必要时补种	1 剂	必要时补种	
人类乳突病毒 (HPV)	2 剂，可在 9 岁开始，但建议在 11-12 岁接种		必要时补种	
流行性感冒（流感）	每年一次 (1 剂或 2 剂)， 依照医生建议	年满 9 岁后每年一次（1 剂）		
COVID 19	1 剂或多剂，依照医生建议			
肺炎球菌	高风险人群			
甲型肝炎 (HepA)	必要时补种			
乙型肝炎 (HepB)	必要时补种			
灭活脊髓灰质炎 (IPV)	必要时补种			
麻疹、腮腺炎、风疹 (MMR)	必要时补种			
水痘 (VAR)	必要时补种			
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)	高风险人群			
脑膜炎球菌	高风险人群	1 剂	必要时补种 16 岁时接种加强针	
乙型脑膜炎球菌	高风险人群，10 至 18 岁			



建议的筛查（检测）

0 到 18 岁筛查时间表^{1,2,3}

服务	年龄（以月为单位）						年龄（以年为单位）		
	出生至 6 个月	9	12	15	18	19–36	3–10	11–12	13–18
例行健康检查	出生、3-5 天以及 1、2、4 和 6 个月时	每 3 个月一次				每 6 个月 一次	每年一次		
血铅检测	在 12 个月和 24 个月时进行一次检测，或依照医生建议。								
牙科看诊		每 6-12 个月（在长第一颗牙和 1 岁之间开始第一次看诊）或依照牙医建议							
牙齿涂氟化物	每 6 个月一次	依照医生或牙医建议							
验血	0-2 个月之间进行一次	在 4 个月和 12 个月时以及例行健康检查期间进行检查 针对高风险人群，或依照医生建议							
身体质量指数 (BMI)						从 2 岁开始，在例行健康检查期间检查 BMI			

必要时补种：如果您错过了疫苗接种，请咨询医生了解补种的方式和时间。

高风险人群：若您或您的孩子存在医疗状况，在接种任何疫苗前请务必先咨询医生。他们将为您提供专业的建议和指导，帮助您做出最佳选择。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。



建议的免疫接种（注射） 成人免疫接种时间表^{1,2}

疫苗	年龄（以年为单位）				
	19–26	27–49	50–59	60–64	65 岁及以上
COVID 19	1 剂或多剂的更新版（2023-2024 配方）疫苗				
破伤风、白喉、百日咳 (Td/Tdap)	• 1 剂 Tdap，之后每 10 年追加 1 剂 Td 或 Tdap • 每次怀孕 1 剂 Tdap；如需伤口处理，则接种 1 剂 Td 或 Tdap				
人类乳突病毒 (HPV)	2 剂或 3 剂，根据首次接种时的年龄或健康状况	针对高风险人群，或依照医生建议			
水痘 (VAR)	2 剂（若出生于 1980 年或之后）		依照医生建议		
带状疱疹重组	针对高风险人群，或依照医生建议		从 50 岁开始接种 2 剂 RZV		
麻疹、腮腺炎、风疹 (MMR)	1 剂或 2 剂，或依照医生建议（若出生于 1957 年或之后）				
流行性感冒（流感）	每年一次				
肺炎球菌（PPSV 23 或 PCV 13）	针对高风险人群，或依照医生建议				1 剂
甲型肝炎 (HepA)	若未完整接种疫苗或属于高风险人群，根据所用疫苗或医生建议，需接种 2、3 或 4 剂				
乙型肝炎 (HepB)	根据所用疫苗或医生建议，需接种 2、3 或 4 剂			高风险人群根据病症或依照医生建议	
乙型流感嗜血杆菌 (Hib)	高风险人群根据病症或依照医生建议，需接种 1 或 3 剂				
A、C、W、Y 型脑膜炎球菌	根据所用疫苗或医生建议，需接种 1 或 2 剂				
乙型脑膜炎球菌	高风险人群根据所用疫苗或医生建议，需接种 2 或 3 剂				

高风险人群：若您存在医疗状况，在接种任何疫苗前请务必先咨询医生。他们将为您提供专业的建议和指导，帮助您做出最佳选择。

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。



建议的健康筛查（检测）

成人健康筛查时间表^{1,2,4}

服务	年龄（以年为单位）		
	19-39	40-64	65 岁及以上
例行健康检查	每年一次		
血压检查，用于筛查高血压	每 1-2 年一次		
身体质量指数 (BMI) 检查， 用于检测肥胖情况	在例行健康检查期间进行检查		
胆固醇筛查，用于检查血脂 情况	20-65 岁一般指南： • 年轻成年人每 5 年一次 • 45-65 男性每 1-2 年一次 • 55-65 女性每 1-2 年一次 • 依照医生建议。		每年一次
结肠直肠癌筛查，用于检测 结直肠癌		• 40-44 岁，或依照医生建议 • 45 岁开始，请向医生咨询检测频率和检测项目	
牙科	每 6 个月一次，或依照牙医建议		
血糖筛查，用于检测血糖水平	高风险人群需要进行检查	每 3 年一次，或依照医生建议	
人类免疫不全病毒 (HIV)	• 一次性筛查，高风险人群需要重复进行，或依照医生建议 • 如果怀孕，请进行 HIV 感染筛查。		依照医生建议
乙型肝炎	高风险人群需要筛查，或依照医生建议		
丙型肝炎	在 18-79 岁筛查，或依照医生建议		





建议的健康筛查（检测）

成人健康筛查时间表^{1,2,4}

服务	年龄（以年为单位）		
	19-39	40-64	65 岁及以上
适用于女性的额外筛查			
骨盆检查及子宫颈抹片检查，用于筛查宫颈癌	针对有性生活且未怀孕的人群： 21-29 岁开始，每 3 年进行一次巴氏涂片筛查 30-65 岁，每 3 年进行一次巴氏涂片筛查，或每 5 年进行一次 HPV 或 PAP/HPV 筛查，或依照医生建议		依照医生建议
乳房 x 光检查，用于检测乳腺癌	高风险人群需从 35 岁开始每年检查一次，或依照医生建议	每 2 年进行一次，或根据风险及医生建议进行	
由医生进行的乳房检查	每 1-3 年一次	每年一次	
乳房自检/自我觉察用于检查乳房变化	每月一次		
衣原体或淋病筛查，用于检测性传播疾病	- 如有性生活，建议从 24 岁或更早开始筛查。其中包括孕妇。 - 如有性生活且存在感染风险，请在 25 岁及之后进行筛查。其中包括孕妇。		
骨密度检测，用于检查骨质流失情况		根据风险进行筛查	✓
适用于男性的额外筛查			
腹超音波检测，用于检查有无腹主动脉瘤（胃部周围大血管肿胀）			年龄为 65-75 岁且有吸烟史或其他风险因素的男性，建议进行一次检测

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

1 这些指南可能有所变更。请咨询医生。

2 医生应遵循疾病控制与预防中心 (CDC)、美国预防服务任务小组 (USPSTF) 和美国儿科学会 (AAP) 制定的接种系列和最新指南。

3 儿童和青少年的例行健康检查、咨询和教育可能包括记录患者的身高、体重和血压。检查还可能包括身体质量指数 (BMI) 以及视力和听力检测。咨询和教育可能包括但不限于：

- 避孕/计划生育
- 严重先天性心脏病、心脏健康
- 牙科健康
- 发育/行为检查
- 伤害/暴力预防
- 心理健康，例如抑郁症/饮食失调
- 饮食/运动
- 性传染病 (STI) 和 HIV 筛查
- 物质滥用，例如酒精和药物滥用预防
- 戒烟
- 结核病 (TB) 筛查
- 体重管理

4 成人的例行健康检查、咨询和教育应涵盖患者身高、体重、血压、身体质量指数 (BMI)、视力和听力检测、抑郁症，以及酒精或药物使用筛查。指南因病史及风险因素而异。咨询和教育可能包括：

- 癌症筛查，例如肺癌筛查和 BRCA 风险评估
- 避孕/怀孕
- 牙科健康
- 药物滥用预防/戒断
- 计划生育
- 心脏健康、心电图 (ECG) 筛查
- 伤害/暴力预防
- 产妇护理计划
- 更年期
- 心理健康，例如抑郁症/饮食失调
- 饮食/运动
- 性行为、性传染病 (STI) 和 HIV 筛查
- 物质滥用，例如酒精和药物滥用预防
- 戒烟
- 结核病 (TB) 筛查
- 体重管理

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

本资讯并非用于替代专业医疗护理。请务必遵循医疗保健服务提供者的指示。项目和服务可能会随时变更。

BKT065105QP00 (9/24)

14 通过 Health Net 获取急诊服务方面的帮助和支持

Health Net 可在我们的保户和社区需要时随时提供支持。如果您受到紧急情况的影响，我们可通过多种方式为您提供协助。其中包括：



电话外展支持

- 确保您和家人的安全。我们将审查所有紧急情况安全（火灾、洪水、地震等）信息。
- 协助您联系：
 - 当地疏散中心
 - 资源
 - 交通
- 评估您是否需要任何医疗协助或药物。如果您无法联系以下任一方，我们也将协助您对接其他医疗服务提供者和药房。
 - 常规医疗服务提供者
 - 专科医生
 - 当地药房
- 如果您无法按时参加当前的预约，我们可以帮您寻找其他 COVID-19 疫苗预约选项。



现场支持

- 在现场及地方郡县疏散中心为保户提供直接支持。
- 提供医疗保健协助。此外，我们还将协助您利用附近社区内的众多资源和服务。
- 帮助您：
 - 安排约诊
 - 寻找药房或提供用药支持
 - 预约往返医疗约诊和药房的交通服务



Health Net 紧急电话号码

保户服务部：

1-800-675-6110（每周 7 天、每天 24 小时提供服务）

急诊处方药供应量资讯：

1-800-400-8987，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点

心理健康热线：

1-800-227-1060（每周 7 天、每天 24 小时提供服务）

医疗保健服务提供者资讯：

1-800-641-7761，服务时间为周一至周五上午 8 点至下午 6 点

如需帮助，请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711) 与保户服务部联系，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务。

FLY055785QP00 (5/22)



MEDI-CAL CHOICE FORM

Use this form to join or change health/dental plans. If you need help filling out this form, call 1-800-430-4263.

Mail Completed form to: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.

PLEASE PRINT CLEARLY USING BLUE OR BLACK INK ONLY. COMPLETELY FILL IN THE OVALS TO INDICATE YOUR CHOICE. SEE BACK FOR EXAMPLE

☐ M		
☐ F		
1) Head of Household Name (First Name, Last Name)	2) Sex	3) Telephone Number
4) Home Address (House Number, Street, Apartment Number, City, and Zip Code)		

Please choose a Health and a Dental Plan from the list for each member listed. The Doctor/Clinic Codes can be found in the Plan Provider Directory.

☐ M		
☐ F		
5) Applicant's Name (First Name, Last Name)	6) Sex	6a) Due Date (if pregnant) 6b) Social Security Number
HEALTH PLANS	DENTAL PLANS	
☐ I wish to JOIN or change my plan to:	☐ I wish to JOIN or change my plan to:	
☐ 170 KP Cal, LLC	☐ 015 Aetna Better Health of CA	☐ 421 Access Dental Plan
☐ 150 Health Net Comm Solutions	☐ 000 Regular Medi-Cal (FFS)	☐ 000 Regular Medi-Cal (FFS)
☐ 190 Anthem Blue Cross Partnshp		☐ 425 Liberty Dental Plan of CA
☐ 130 Molina Healthcare Partner		☐ 427 HealthNet of California
Doctor/Clinic Code		Dentist/Clinic Code
Enter plan change reason code*.		Enter plan change reason code*.
☐		☐

☐ M		
☐ F		
5) Applicant's Name (First Name, Last Name)	6) Sex	6a) Due Date (if pregnant) 6b) Social Security Number
HEALTH PLANS	DENTAL PLANS	
☐ I wish to JOIN or change my plan to:	☐ I wish to JOIN or change my plan to:	
☐ 170 KP Cal, LLC	☐ 015 Aetna Better Health of CA	☐ 421 Access Dental Plan
☐ 150 Health Net Comm Solutions	☐ 000 Regular Medi-Cal (FFS)	☐ 000 Regular Medi-Cal (FFS)
☐ 190 Anthem Blue Cross Partnshp		☐ 425 Liberty Dental Plan of CA
☐ 130 Molina Healthcare Partner		☐ 427 HealthNet of California
Doctor/Clinic Code		Dentist/Clinic Code
Enter plan change reason code*.		Enter plan change reason code*.
☐		☐

☐ M		
☐ F		
5) Applicant's Name (First Name, Last Name)	6) Sex	6a) Due Date (if pregnant) 6b) Social Security Number
HEALTH PLANS	DENTAL PLANS	
☐ I wish to JOIN or change my plan to:	☐ I wish to JOIN or change my plan to:	
☐ 170 KP Cal, LLC	☐ 015 Aetna Better Health of CA	☐ 421 Access Dental Plan
☐ 150 Health Net Comm Solutions	☐ 000 Regular Medi-Cal (FFS)	☐ 000 Regular Medi-Cal (FFS)
☐ 190 Anthem Blue Cross Partnshp		☐ 425 Liberty Dental Plan of CA
☐ 130 Molina Healthcare Partner		☐ 427 HealthNet of California
Doctor/Clinic Code		Dentist/Clinic Code
Enter plan change reason code*.		Enter plan change reason code*.
☐		☐

*** PLAN CHANGE REASON CODES:**

Code 1: I could not choose the doctor or dentist I wanted

Code 2: The health/dental plan did not meet my needs

Code 3: My doctor/dentist did not meet my needs

Code 4: Too far to go

Code 5: I did not choose this plan

Code 6: Moving out of the county

Code 7: Indian Health Program Exemption

Code 8: Medical/Dental Exemption

Code 9: Other

NOTICE: I have read the plan description. I understand that Kaiser requires the use of binding neutral arbitration to resolve certain disputes. This includes disputes about whether the right medical treatment was provided (called medical malpractice) and other disputes relating to benefits or the delivery of services. If I pick Kaiser, I give up my right to a jury or court trial for those certain disputes. I also agree to use binding neutral arbitration to resolve those certain disputes. I do not give up my right to a State hearing of any issue, which is subject to the State hearing process.

CHOICE STATEMENT: I/We have made written choice to receive Medi-Cal benefits through the health/dental plans as I/we have indicated on this form. I/We have read and understand the conditions of this agreement. I/We understand that in order to change my/our current Medi-Cal health/dental plan, I/we must complete this form.

Head of Household's Signature

Date

Other Adult's Signature

Date

Other Adult's Signature

Date

7254061943

Highly Confidential



请使用标有 “**Health Information Form**” （健康信息表）的信封寄回您的**健康信息表**。

BRE064013EO00 (10/23)
Health Information Form

SAMPLE ONLY

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 2010 FARMINGTON, MO

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

MEDICAL MANAGEMENT NOTIFICATIONS
PO BOX 2010
FARMINGTON MO 63640-9706

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

38

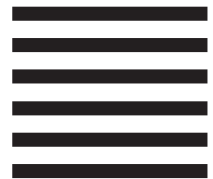
请使用标有 **“Provider Directory Request”**（医疗服务提供者名录请求）的信封寄回您的医疗服务提供者名录请求单。

BRE064014E000 (10/23)
Provider Directory Request

SAMPLE ONLY



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 4053 RANCHO CORDOVA, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

HEALTH NET LLC
PO BOX 9103
VAN NUYS CA 91499-4273



请使用下图所示的信封，将您的 Medi-Cal Choice 参保申请表寄回。

BRE064020E000 (10/23)
MU_0003279_ENG_0211



SAMPLE ONLY

BUSINESS REPLY MAIL

FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 238 SACRAMENTO, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES
HEALTH CARE OPTIONS
PO BOX 989009
WEST SACRAMENTO, CA 95798-9850

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

40

Health Net 遵守适用的联邦和州民权法，不会因种族、肤色、原国籍、年龄、精神残疾、身体残疾、生理性别（包括怀孕、性取向和性别认同）、宗教、血统、族群认同、医疗状况、遗传信息、婚姻状况或社会性别而歧视、排斥或区别对待他人。

Health Net:

- 向残障人士提供免费援助和服务，以帮助他们与我们进行有效沟通，例如：
 - 具备资质的手语翻译员
 - 其他格式的书面信息（包括大字版本、音频版本、无障碍电子格式和其他格式）
- 向主要语言非英语人士提供及时且免费的语言服务，例如：
 - 具备资质的口译员
 - 其他语言版本的书面信息
 - 如果您需要上述服务，请致电 **1-800-675-6110 (TTY: 711)** 联系 **Health Net** 客户联系中心，服务时间为每周 7 天、每天 24 小时，全年无休。

您可以索要本文件的盲文版本、大字版本、录音或电子版。如需获取这些替代格式的副本，请致电或致函：**Health Net**

Post Office Box 9103, Van Nuys, California 91409-9103

客户联系中心 1-800-675-6110 (TTY: 711)

加利福尼亚州中继电话 711

如果您认为 **Health Net** 未能提供上述服务，或以其他方式基于种族、肤色、原国籍、年龄或生理性别（包括怀孕、性取向和性别认同）、精神残疾、身体残疾、宗教、血统、族群认同、医疗状况、遗传信息、婚姻状况或社会性别非法歧视他人，可以向 **1557 Coordinator** 提出申诉。

您可以通过电话、亲自到场、邮寄、传真或电子邮件提出申诉。如果您在提交申诉时需要帮助，我们的 **1557 Coordinator** 可随时为您提供帮助。

- 通过电话：致电 **855-577-8234 (TTY: 711)**，服务时间为周一至周五早上 8 点至晚上 8 点（美国东部时间）
- 通过传真：**1-866-388-1769**
- 通过书面形式：写信寄至 **Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631**
- 通过电子方式：发送电子邮件至 SM_Section1557Coord@centene.com。本通知可在 **Health Net** 网站查看：
https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html
- 亲自到场提交：前往医生办公室或 **Health Net**，说明您要提交申诉。

您还可以通过电话、书面或电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：致电 **916-440-7370**。如果您在听力和言语方面存在障碍，请致电 **711**。

- 通过书面形式：填写投诉表或写信并将其邮寄至：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。
如需获取投诉表，请访问 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- 通过电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

您也可以通过以下方式，向美国卫生与公众服务部民权办公室提交民权投诉：通过电话；通过书面形式；通过民权投诉门户网站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 提交电子投诉；通过邮寄。投诉提交方式如下：

- 通过书面方式：U.S.Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C.20201
- 通过电话：1-800-368-1019、1-800-537-7697 (TDD)
- 通过电子方式：如需获取投诉表，请访问 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>。

English: If you, or someone you are helping, need language services, call 1-800-675-6110 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. These services are at no cost to you.

Arabic: إذا كنت أنت أو أي شخص تقوم بمساعدته، بحاجة إلى الخدمات اللغوية، فاتصل بالرقم (1-800-675-6110 (TTY: 711) تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

Armenian: Եթե դուք կամ որևէ մեկը, ում դուք օգնում եք, ունեն լեզվական օգնության կարիք, զանգահարեք 1-800-675-6110 (TTY: 711): Հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար հասանելի են օգնություն և ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ խոշոր տպագրությամբ: Այս ծառայությունները ձեզ համար անվճար են:

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាអក្សរធ្លាក់ជាកម្រិតផ្គត់ផ្គង់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese (Simplified): 如果您或者您正在帮助的人需要语言服务，请致电 1-800-675-6110 (TTY: 711)。还可提供面向残障人士的帮助和服务，例如盲文和大字版文档。这些服务免费为您提供。

Chinese (Traditional): 如果您或您正在幫助的其他人需要語言服務，請致電 1-800-675-6110 (TTY: 711)。另外，還為殘疾人士提供輔助和服務，例如盲文和大字版文件。這些服務對您免費提供。

Farsi: اگر شما یا هر فرد دیگری که به او کمک می‌کنید نیاز به خدمات زبانی دارد، با شماره 1-800-675-6110 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدماتی مانند مدارک با خط بزرگ و چاپ درشت نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

Hindi: यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)।

विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे 'ब्रेल' लिपि और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। ये सेवाएँ आपके लिए मुफ्त उपलब्ध हैं।

Hmong: Yog hais tias koj, los sis ib tus neeg twg uas koj tab tom pab nws, xav tau cov kev pab cuam txhais lus, hu rau 1-800-675-6110 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, peb kuj tseem muaj cov khoom siv pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab tib si, xws li cov ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau yooj yim thiab cov ntaub ntawv luam tawm uas pom tus niam ntawv loj. Cov kev pab cuam no yog muaj pab yam tsis xam nqi dab tsi rau koj them li.

Japanese: ご自身またはご自身がサポートしている方が言語サービスを必要とする場合は、1-800-675-6110 (TTY: 711)までお問い合わせください。障がいをお持ちの方のために、点字や大活字の文書などの補助・サービスも提供しています。これらのサービスは無料で提供されています。

Korean: 귀하 또는 귀하가 도와주고 있는 분이 언어 서비스가 필요하시면 1-800-675-6110 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 장애가 있는 분들에게 보조 자료 및 서비스(예: 점자 및 대형 활자 인쇄본)도 제공됩니다. 이 서비스는 무료로 이용하실 수 있습니다.

Laotian: ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ບຸກຄົນໃດໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ, ຕ້ອງການບໍລິການແປພາສາ, ໂທ 1-800-675-6110 (TTY: 711). ນອກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງມີອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການອີກດ້ວຍ, ເຊັ່ນ ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານດິດໂຕບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Beiv hnangv meih ganh a'fai meih tengx ga'hlen mienh, se gorngv qiemx zuqc longc tengx porv waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-675-6110 (TTY: 711). Mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong tengx waaic fangx mienh, beiv zoux sou benx nzangc-pokc bun hluo aengx caux domh nzangc. Naaiv deix gong-bou jauv-louc mv zuqc heuc meih ndortv nyaanh cingv.

Punjabi: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਾਂ ਜਿਸ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਨੂੰ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-675-6110 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian: Если вам или человеку, которому вы помогаете, необходимы услуги перевода, звоните по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Кроме того, мы предоставляем материалы и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы, выполненные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish: Si usted o la persona a quien ayuda necesita servicios de idiomas, comuníquese al 1-800-675-6110 (TTY: 711). También hay herramientas y servicios disponibles para personas con discapacidad, como documentos en braille y en letra grande. Estos servicios no tienen ningún costo para usted.

Tagalog: Kung ikaw o ang taong tinutulungan mo ay kailangan ng mga serbisyo sa wika, tumawag sa 1-800-675-6110 (TTY: 711). Makakakuha rin ng mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at mga malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ เช่น เอกสารในรูปแบบอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ บริการ เหล่านี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับคุณ

Ukrainian: Якщо вам або людині, якій ви допомагаєте, потрібні послуги перекладу, телефонуйте на номер 1-800-675-6110 (TTY: 711). Ми також надаємо матеріали та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля або надруковані великим шрифтом. Ці послуги для вас безкоштовні.

Vietnamese: Nếu quý vị hoặc ai đó mà quý vị đang giúp đỡ cần dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi 1-800-675-6110 (TTY: 711). Chúng tôi cũng có sẵn các trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và bản in khổ lớn. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.



如需了解更多信息，请联系：

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

保户服务部

请拨打免费电话 1-800-675-6110 (TTY: 711)，每周 7 天、每天 24 小时均提供服务

投保服务

请拨打免费电话 1-800-327-0502 (TTY: 711)，服务时间为星期一到星期五，上午 7 点半至下午 6 点。（太平洋标准时间）

www.healthnet.com

欢迎您加入
Health Net
Medi-Cal 计划！

Health Net Community Solutions, Inc. 是 Health Net, LLC. 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, LLC. 的注册服务商标。版权所有。

DGK065943QK00 (2/25)