

您的歡迎手冊在此！

瞭解您的新健保計畫和福利



查看其中內容：

- 1** 歡迎加入 Health Net
- 2** 在需要時取得額外的醫療保健和服務
- 3** 您的計畫概述
- 4** 如何建立您的線上會員帳戶
- 5** 如何選擇您的主治醫師
- 6** 首次與醫師會面
- 7** 接受照護的地方
- 8** 立即開始使用您的福利！
- 9** 在您的網絡中尋找醫生
- 10** 即刻安排體檢
- 11** 健康的微笑從這裡開始
- 12** 對您的健康負責！
- 13** Health Net 的預防篩檢準則
- 14** 透過 Health Net 的急診服務獲得幫助和支援

1 歡迎加入 Health Net

瞭解如何充分利用您的新健保計畫

您新的健保計畫包含旨在幫助您盡可能保持健康的福利。**別錯過您的任何健康福利。**本歡迎文件將幫助您瞭解 Health Net，並開啟您的健康之旅。

其中內容



如何取得照護

按照本指南開始使用您的福利。



要在何處取得照護

知道您的選項：

- 醫生診所
- 緊急照護
- 通話醫療
- 急診室

瞭解最適合選擇其中某一項的情況。



承保內容

檢閱您的福利：

- 醫療
- 行為照護
- 交通運輸
- 牙科
- 通話醫療
- 視力及其他



改善健康的方案

探索可協助您定義並達成健康目標的免費方案和服務。我們隨時在此協助您進行過程中的每個步驟。



選擇或變更醫生

確認您獲得想要的醫生。您可以致電 **1-800-675-6110**（聽障專線 711）與 Health Net 會員服務部聯絡，即可變更醫生，服務時間為每週 7 天、每天 24 小時。



健康資訊表

填寫健康資訊表，以幫助我們瞭解您盡可能保持最健康狀態所需的支援和服務。

請在以下情況下與我們聯絡：

- 檢查您的會員卡狀態
- 尋找您的福利開始日期
- 預約您的健康約診
- 安排免費的交通運輸服務
- 獲得問題或疑慮的答案

請撥打（免費電話）

1-800-675-6110（聽障專線：711），每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

造訪我們的網站：

www.healthnet.com

（續）

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

在未來 120 天內預約初次健康約診

向醫生看診可以協助您邁向**更健康的生活型態**。預約**初次健康約診**，並採取第一個步驟，朝著更健康的目標邁進。

為何健康約診如此重要？

1. 您可能一陣子沒有向醫生看診了。
這是您獲得預防性照護服務來幫助您保持健康的機會。
2. 您的健康狀況每年都在變化。
若您每年進行體檢，有很大的機會可在健康惡化之前，發現並預防任何健康問題。
3. 您的醫生可以幫助您控制嚴重的健康病況。
這意味著尋找治療方法來幫助您好轉，因此您可以盡情享受生活。

預約交通運輸服務，往返約診處

透過為每次醫療保健約診安排**免費的交通運輸服務**，保證您的計畫按時完成以改善健康狀況。其中包括：

- 醫療約診
- 牙科約診
- 透析和其他持續照護
- 醫療器材領取
- 治療師（包括藥物使用幫助約診）
- 專科醫師約診
- 出院

請致電會員服務部以獲得免費的交通工具。

何時開始使用您的福利

您的會員 ID 卡標明了您的**承保開始日期**。

我的會員 ID 卡在哪裡？

如果您在投保之日起或申請會員卡之日起**十個工作日後**仍未收到會員卡，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



請立即致電您的醫生預約您的健康約診！您的醫生的姓名和電話號碼在您的會員 ID 卡上。

¹ 牙科適用於 Los Angeles 郡和 Sacramento 郡的居民。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

LTR064676CP00 (5/24)

2 在需要時取得額外的醫療保健和服務

立即填寫健康資訊表

Health Net 為像您一樣的 Medi-Cal 會員提供特殊健康方案和服務。因此，我們設計了健康資訊表，協助我們進一步理解您的醫療保健需求。

這份表格可讓您分享病史以及關於您感受的詳細資訊。我們使用此資訊，在您需要時協助提供**額外照護和服務**。

若要取得您需要的特定方案和服務，請按照這三個簡易步驟：

1. 填寫表格

請嘗試回答所有問題。如在填寫表格時需要幫助，請撥打免付費電話 **1-800-675-6110**（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

2. 將表格放入密封的信封，信封上標示「健康資訊表」

（請參閱範例圖片）

若您使用此信封，則不需要郵票。
請將表格郵寄至：

Medical Management Notifications
PO BOX 2010
Farmington MO 63640-9706

3. 郵寄表格

郵寄表格是您獲得合適的醫療保健的第一步！

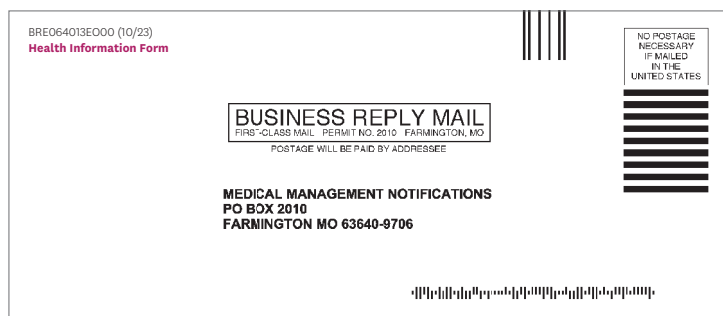
我們將對您的健康資訊保密

我們將僅使用此表格上的資訊來協助您獲得醫療保健服務。您可以在會員手冊的「隱私權聲明」部分中找到有關隱私的更多資訊。或者，您可以致電會員服務部。

需要協助？

請撥打（免費電話）
1-800-675-6110（聽障專線：
711）與會員服務部聯絡
每週 7 天、每天 24 小時均
提供服務

或者，瀏覽我們的網站
www.healthnet.com。



（續）

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

您可在需要以下各項時與會員服務部聯絡：

- 幫助填寫您的健康資訊表
- 精神健康服務
- 回答您的醫療保健問題

別獨自承受，我們會持續協助您！

若您有以下情況，Health Net 也能在您感受到壓力、焦慮或需要協助時提供協助：

- 在家中或工作中遇到麻煩，或與朋友或家人發生糾紛
- 感到難過、憤怒或擔心
- 吸毒或酗酒

如果您需要幫助，**我們的專家隨時可以與您進行交談。**如果您需要，他們可以幫助您**免費**與我們網絡內的治療師進行約診。

我們甚至可以為您的治療師約診安排免費的交通。



如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

FLY064678CP00 (8/24)



一般資訊

會員名字

會員姓氏

*出生日期 (月/日/年)

*Medi-Cal ID

回答這些問題的日期是 (月/日/年) ?

會員偏好電話號碼

會員電子郵件地址



整體健康

總體來說，您如何評價您的健康狀況？

- 極好
 非常好
 良好
 一般
 差
 不明

您是否有醫師或醫療保健服務提供者？

- 是
 否
 不明

您在過去 12 個月內是否看過醫師或醫療保健服務提供者？

- 是
 否
 不明

您在前往醫療預約地點的交通方面是否曾遇到任何問題？

- 是
 否
 不明

在過去 3 個月，您住院過多少次？

- 無
 一次
 兩次
 三次或以上
 不明

去年，您去過急診室多少次？

- 無
 一次
 兩次
 三次或以上
 不明

您目前正在服用、由醫師或醫療保健服務提供者開出的藥物有多少種？

- 無
 1-3 種
 4-7 種
 8-14 種
 大於或等於 15 種
 不明

您的身高是多少 (請輸入以英尺/英寸為單位的回答)？

- 英尺
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 不明

- 英寸
 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 不明

您的體重是多少 (請輸入以磅為單位的回答)？

在過去 12 個月內，您是否接種過流感疫苗？

- 是
 否
 不明

您的牙齒或口腔是否有問題，從而使您難以進食？

- 是
 否
 不明

您是否每天至少吃 2 餐？

- 是
 否
 不明

您是否每天吃水果和蔬菜？

- 是
 否
 不明

您一週內是否參加任何體育活動 (例如步行、水中有氧運動、保齡球等)？

- 是
 否
 我因醫療狀況而無法鍛煉
 不明

您在開車或乘車時是否一定會繫安全帶？

- 是
 否
 不適用
 不明



會員名字

會員姓氏

*出生日期 (月/日/年)

*Medi-Cal ID

身體健康

是否有醫師或醫療保健服務提供者曾向您表示您有下列任何情況？

(勾選所有適用選項)

- 關節炎 氣喘 癌症 慢性腎臟疾病 COPD / 肺氣腫
- 發育遲緩 1 型糖尿病 2 型糖尿病 糖尿病前期 心臟病
- 心臟衰竭 肝炎 高血壓 高膽固醇
- HIV 鎌狀細胞病 (無特質) 中風 移植

您是否有以上未列出的其他任何情況？ 是 否

您懷孕了嗎？ 是 否 不適用

行為健康

一般來說，您對您的生活有多滿意？

- 非常滿意 滿意 不滿意 非常不滿意 不明

在過去兩星期內，您是否受下列任何問題的困擾？

感到孤獨

- 完全沒有 幾天 超過一半天數 幾乎每天 不明

對做事情缺少興趣或樂趣

- 完全沒有 幾天 超過一半天數 幾乎每天 不明

感到情緒低落、抑鬱或絕望

- 完全沒有 幾天 超過一半天數 幾乎每天 不明

在過去一個月 (30 天) 內，您有多少天感到孤獨

- 無 - 我從未感到孤獨 少於 5 天 超過一半天數 大多數日子 - 我總是感到孤獨 (超過 15 天)

您是否認為生活中的壓力正在影響您的健康？ 是 否 不明

您有什麼計畫來緩解壓力？ 無需改變 不計畫改變

- 已開始作出改變 計畫在下個月作出改變 計畫在未來 6 個月內作出改變 不明

在過去一年中，您一天內喝 5 次或更多次酒的頻率如何？

- 從不 一次或兩次 每月 每週 每天或幾乎每天 不明

在過去一年中，您多久抽一次煙？

- 從不 一次或兩次 每月 每週 每天或幾乎每天 不明

您是否已被診斷出患有行為健康障礙，例如焦慮症、抑鬱症、躁鬱症或精神分裂症？

- 是 否 不明

會員名字

會員姓氏

*出生日期 (月/日/年)

*Medi-Cal ID

行為健康 (續)

在過去 90 天內，醫生是否曾為您開出抗精神病藥物？ 是 否 不明

日常和獨立生活活動

在上一個月內，您是否感到疼痛，並且該疼痛干擾了您完成家務或使您無法外出工作？ 是 否 不明

您是否有看護人定期協助您？ 是 否 不明

您是否使用任何輔助裝置？ 是 否 不明

在過去 90 天內，您是否曾使用氧氣設備吸氧？ 是 否 不明

您是否獲得了任何居家健康服務？ 是 否 不明



您在進行以下任何行動時是否需要協助？（對每個行動均勻選「是」或「否」）

洗澡或淋浴 是 否 爬樓梯 是 否

吃東西 是 否 穿衣 是 否

刷牙、梳頭髮、剃鬚 是 否 做飯或烹飪 是 否

下床或離開座椅 是 否 購物和獲得食物 是 否

如廁 是 否 步行 是 否

洗碗碟或衣服 是 否 寫支票或記錄資金情況 是 否

乘車就醫或看望朋友 是 否 做家務或庭院勞動 是 否

外出拜訪家人或朋友 是 否 使用電話 是 否

記錄約診 是 否 如為是，您在進行這些行動時是否能得到所需的所有協助 是 否

**在過去兩個月內，您是否一直居住在自己擁有、租住或作為家庭一部分居住的穩定住房中？ 是 否 不明

**在版權所有者 American Public Health Association 的許可下轉載。 Montgomery AE、 Fargo JD、 Byrne TH、 Kane V、 Culhane DP。 Veterans Health Administration 對無家可歸者以及對無家可歸者的風險進行的普遍篩檢。 American Journal of Public Health。 2013; 103 (S2):S201-S211. 已獲得許可。



會員名字

會員姓氏

*出生日期 (月/日/年)

*Medi-Cal ID

日常和獨立生活活動 (續)

您在自家周邊是否能夠安全生活及輕鬆走動? 是 否

如為否, 您所居住的地方是否有:

良好的光照? 是 否

良好的供暖? 是 否

良好的冷卻空調? 是 否

任何樓梯或坡道上有扶手? 是 否

是否有熱水? 是 否

是否有室內廁所? 是 否

通往室外且可以鎖上的門? 是 否

進入家中的樓梯或在家中的樓梯? 是 否

電梯? 是 否

是否有可使用輪椅的空間? 是 否

是否有離開您家的暢通通路? 是 否

我想請問您, 您認為您的健康狀況管理得如何

您在服藥上是否需要幫助? 是 否

您在填寫健康相關表格上是否需要幫助? 是 否

您在就診時是否在回答問題上需要協助? 是 否

您是否有家庭成員或其他人有意願且有能力在您需要時提供協助? 是 否

您是否曾認為您的照護者難以為您提供所需的所有協助? 是 否

您是否害怕任何人或是否確實有任何人傷害您? 是 否

您在思考、記憶或做決定上是否有任何改變? 是 否

您上個月是否曾跌倒? 是 否

您是否害怕跌倒? 是 否

您是否有時會在支付食物、租賃、帳單和藥物的費用時耗盡資金? 是 否

是否有任何人在不經您同意的情況下使用您的錢? 是 否

您是否想與護士或社工一起制訂您的健康護理計畫? 是 否

您是否想與護士或社工和醫師談論可滿足您健康護理需求的計畫? 是 否



3 您的計畫概述

快速檢閱您的承保範圍

您的 Medi-Cal 計畫附帶有龐大的醫生和醫院網絡。這意味著有很多醫生可供您選擇。您的計畫還包括數種免費方案和服務，可幫助您獲得健康並保持健康。



計畫提供的內容

醫療

- 醫生看診
- 醫院照護
- 化驗和 X 光
- 護士諮詢專線
- 保健服務
- 通話醫療
- 懷孕及新生兒照護

透過以下形式照護憂鬱症、焦慮症、過動症和自閉症等精神健康病症：

- 門診治療
- 精神科藥物管理
- 為患有自閉症譜系障礙和相關病症的兒童和青少年提供行為服務

牙科

- 定期檢查
- 洗牙和 X 光
- 塗氟治療
- 補牙、牙冠、封填劑等

眼科照護

- 視力檢查
- 眼鏡

更健康的生活正在向您招手！立即與您的醫生聯絡並預約看診。您可以在會員卡上找到他們的電話號碼。

¹牙科適用於 Los Angeles 郡和 Sacramento 郡的居民。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

特殊服務和方案

- **疾病管理計畫**。若您患有以下複雜的健康病況，請取得特殊協助：
 - 糖尿病
 - COPD
 - 鎌狀細胞貧血
 - HIV/愛滋病或其他
- **照護協調服務**。了解如何與您居住所在的資源和服務聯繫。

- **免費交通運輸服務**。安排免費搭乘前往醫生、牙醫¹、或專科醫生處。
- **視訊醫生看診**。在家就可以與醫生交談！**透過電話或使用通話醫療服務進行視訊聊天**，即可獲得當天的醫生看診。
- **為手語或非英語人士提供的口譯人員服務**。申請口譯人員以在醫療和牙科約診期間協助您。

- **健康教育課程**。取得協助和支援以便：
 - 吃得更好
 - 管理體重
 - 保持身材
 - 戒菸等我們還為新媽媽、兒童和青少年制訂了專屬方案。
- **持續照護**。如果您的醫生不在我們的網絡中，**您可能仍然可以繼續向他們看診**。在某些情況下，您可以持續接受他們**長達 12 個月**的照護。



如需更多承保範圍詳細資訊：

- 請查閱您的會員手冊。這包括您的會員權利和責任、事先授權和分攤費用。²
- 請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。
- 請造訪 www.healthnet.com。

²在大多數情況下，Health Net 會員無需支付承保服務、保費或自付額。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

4 如何建立您的線上會員帳戶

瞭解您的福利

在網站 www.healthnet.com 上找到各種資訊、工具和資源，以便快速輕鬆地進行存取。建立您的線上帳戶後，您可以：

- 將您的會員卡下載到您的手機上或列印一份副本
- 在您的網絡中尋找醫生、緊急照護中心或醫院
- 在會員手冊中檢閱您的健保計畫福利。檢閱重要主題，例如權利和責任、事先授權和分攤費用²
- 存取方案以幫助您控制體重或戒煙
- 更新您的資訊

請按照以下步驟建立您的帳戶

1. **尋找**會員 ID 或社會安全局號碼 - 您的會員 ID 位於 ID 卡上
2. **請造訪** www.healthnet.com
3. **按一下**「Log In」（登入）/「Register」（註冊）
4. **請按照**螢幕上顯示的說明進行操作



²在大多數情況下，Health Net 會員無需支付承保服務、保費或自付額。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

5 如何選擇您的主治醫師

您的主治醫師 (PCP) 是您的醫生

Health Net 的醫生：

- 門診時間靈活
- 可以照護您和全家人
- 瞭解您獨特的文化需求
- 說您想聽的語言

別忘了！

您的醫生就是您的健康夥伴。他們隨時可以傾聽您的心聲，提供建議和幫助。選擇合適的醫生會對您的健康產生重大影響。

如果您需要選擇新的醫生，需要考慮的事項

選擇的醫生是否在您的網絡中且正在接受新患者？

請致電會員服務部進行諮詢。您也可瀏覽我們的網站 www.healthnet.com，並按一下「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者）。

注意：如果您在成為 Health Net 會員之前讓一位不在我們網絡中的醫生看診，則仍可在一段有限的時間內持續讓該醫生看診。請致電會員服務部，告知他們您的情況。

約診的難易程度如何？

確保醫生提供的約診時間適合您。

例如，您可能需要在上班前、下班後或週末看醫生。

考慮一下醫生診所的地點。

- 從家或上班地點到達醫生診所需要多長時間？
- 是否可以輕鬆找到停車場？
- 您是否可以搭乘公車或火車？



取得免費搭乘服務前往約診處

如果在去看醫生或牙醫¹時遇到乘車問題，我們的免費交通工具服務可以為您提供幫助。如需免費的交通工具，請致電會員服務部。

¹牙科適用於 Los Angeles 郡和 Sacramento 郡的居民。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



該醫生是否提供線上工具以及電話或視訊看診？

患者入口網站和應用程式可以使您輕鬆完成以下操作：

- 向您的醫生傳送電子郵件
- 進行線上約診
- 查看化驗結果
- 續配處方藥物

以及透過電話或視訊看診，您可以在**家中舒適地**與醫生進行交談！

該醫生是否可以滿足您的特定需求？

知道您自己想找一位什麼樣的醫生：

- 您想要看診的醫生是否需要瞭解您的文化並與您說相同的語言？
- 您是否要找可以在同一地點照護您和您的家人的醫生？
- 您是否需要看專科醫師或需要針對特殊健康問題的照護？



合適的醫生可以幫助您和您的家人獲得並保持健康。因此，在選擇新醫生之前，您必須先得到所需的答案。請透過下列方式與我們聯絡：

- **透過電話（免費電話）**
致電 1-800-675-6110（聽障專線：711），每週 7 天、每天 24 小時均提供服務
- **網站**
造訪 www.healthnet.com 並按一下「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者）

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

6 首次與醫師會面

您的醫生就是您的健康夥伴。選擇醫生後，安排首次看診至關重要，這樣你們才能認識彼此。這有助於您在談論自身健康時感到更加輕鬆。

您的醫生提供包括以下內容的例行性照護：

- 每年體檢
- 疫苗接種（注射）
- 治療
- 處方藥物
- 癌症篩檢
- 糖尿病和氣喘管理
- 醫療建議

您的醫生也會：

- 保留您的健康記錄
- 視需要將您轉介到（送往）專科醫師
- 囑咐安排 x 光、化驗工作、乳房 x 光攝影等（如有需要）

您的年度健康檢查

您的醫生每年進行的檢查能夠幫助您瞭解自己的健康狀況。您可以分享自己發現的健康狀況變化，也可以提出任何健康問題。

您的醫生也會協助您擬訂**照護計畫來幫助您保持健康**。這是詢問您的健康或藥物相關問題的絕佳機會。請致電安排您的首次看診和保健檢查。

更換您的醫生

如果您在投保時沒有選擇醫生，我們將會為您選擇一位醫生。如果您想更換醫生，請致電與我們聯絡。



如果您有疑問或擔憂，請聯絡我們：



- **透過電話（免費電話）** - 1-800-675-6110（聽障專線：711），每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。
- **網站** - 造訪 www.healthnet.com 並按一下「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者）。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

7 接受照護的地方

您的計畫提供了數種方式，確保您能在需要時得到您所需的照護。



您的醫生診所

您的醫生

請您的醫生進行常規和預防性照護。其中包括：

- 年度健康檢查
- 疾病
- 疫苗接種
- 一般醫療照護

網絡內的其他醫療服務提供者

從您的網絡內的其他醫生、專科醫師或醫療服務提供者（例如緊急照護中心或醫院）處得到照護。若要在您的網絡內尋找醫生，請瀏覽 www.healthnet.com，然後按一下連結「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者）。

精神健康服務

您的計畫包括以下承保範圍：

- 諮詢
- 精神科服務

您不需透過您的醫生轉介。

請在 www.healthnet.com 上尋找治療師或精神科醫師，然後按一下「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者）。您也可以致電會員服務部並選擇行為健康。



在家

隨時進行視訊約診

無法親自向您的醫師看診或在診所非工作時間需要幫助？**使用通話醫療服務進行線上視訊看診**。每週 7 天、每天 24 小時均可與委員會認證的醫生會面。

通話醫療服務為非急診照護提供了便捷的選擇。**通話醫療醫師也可以在需要時開藥**。您可在會員 ID 卡的背面找到通話醫療服務的聯絡資訊。

隨時進行電話約診

致電會員服務部並選擇行為健康，以透過視訊或電話約診**獲得精神健康或物質濫用障礙服務**。

隨時使用護士諮詢專線

每週 7 天、每天 24 小時均可致電護士諮詢專線並與臨床人員交談。您將享有**即時支援**，以協助您理解症狀和所需的照護程度。您可在會員 ID 卡的背面找到電話號碼，下文也有列出。



在診所

緊急照護中心

非緊急、非危及生命的疾病或傷害可在當天獲得照護。目前，許多緊急照護中心都提供 X 光和化驗。

請瀏覽 www.healthnet.com，然後按一下「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者），以找到您附近的緊急照護中心。

注意：發生緊急情況時，請前往最近的急診室或撥打 911。

急診照護適用於危及生命的醫療狀況或嚴重的意外傷害。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

8 立即開始使用您的福利！

完成幾個簡單的步驟，即可開始取得您需要的照護

按照這些步驟，以確保您準備好使用計畫福利：

1

檢查您的保險開始日期

您的會員 ID 卡標明了您的保險日期。如果您沒有收到郵寄的會員 ID 卡，請撥打 1-800-675-6110 聯絡會員服務部。或者，您可以在 www.healthnet.com 線上尋找保險日期。

2

確認您的醫生

請花時間確保您的會員 ID 卡上標明的醫生正確。您可以在需要或想要時選擇其他醫生。您始終有選擇醫生的權利！

如果您不想要卡上標明的醫生，請聯絡會員服務部。

3

安排醫生看診

您需要在保險開始後的 120 天內去看醫生。要進行約診，請撥打會員 ID 卡上標明的電話號碼與醫生診所聯絡。

如果您在去看診時遇到乘車問題，我們的免費交通工具服務可以為您提供幫助！請致電會員服務部以獲得免費的交通工具。

4

詢問問題

在首次約診期間，您的醫生將進行健康評估，以便瞭解您的病史並解決您可能遇到的任何健康問題。這也是您提出問題的最佳時機。

請在以下情況下與我們聯絡：

- 確認您的醫生
- 進行約診
- 安排免費的交通運輸服務
- 獲得問題的答案

透過電話（免費電話）

1-800-675-6110

（聽障專線：711）

每週 7 天、每天 24 小時均提供服務

網站：

www.healthnet.com

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

FLY064677CP00 (9/24)

9 在您的網絡中尋找醫生

可透過三種方式獲得醫療服務提供者名錄



網站

獲得我們最新的醫療服務提供者清單。¹ 使用我們網站 healthnet.com 上的連結「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者），然後：

1. 按一下「Find a Provider」（尋找醫療服務提供者）。
2. 輸入您的所在地點。
3. 按計畫/網絡類型篩選。
4. 從下拉式選單中選擇 Medi-Cal。
5. 選擇醫療服務提供者的類型。
6. 透過頁面底部的連結「Provider Directory」（醫療服務提供者名錄），即可從醫療服務提供者搜尋頁面下載醫療服務提供者名錄。

按一下頁面底部的連結「Provider Directory」（醫療服務提供者名錄），即可從醫療服務提供者搜尋頁面下載醫療服務提供者名錄。這是我們最新的醫療服務提供者名錄。醫療服務提供者能否提供服務的狀態可能會發生改變。

獲得會員手冊

您還可以獲得 *Health Net Medi-Cal 會員手冊* 的副本。在我們的網站 healthnet.com/shp 上下載副本。按一下 Health Net Medi-Cal 會員手冊。會員手冊將以 PDF 格式下載。



透過電話

請致電 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡。您可以隨時與我們聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



透過郵件（可選）

您可以填寫下表，我們將向您郵寄一份會員手冊和醫療服務提供者名錄。

注意：寄回填寫好的表格時，請使用隨附的信封。

請用正楷書寫並用藍色或黑色墨水填寫所有資訊。

- 請勾選您想要哪個郡縣的**醫療服務提供者名錄**： Amador Calaveras Inyo
 Los Angeles Mono Sacramento San Joaquin Stanislaus Tulare Tuolumne
- 選擇您所需的**其他格式**： 盲文版 大字版 語音版
- 對於**會員手冊**，請勾選您習慣使用的語言： 英語 西班牙語 阿拉伯語 亞美尼亞語
 柬埔寨語 中文 波斯語 苗語 韓語 俄語 菲律賓語 越南語

會員姓名：_____ 會員卡號碼：_____

地址：_____ 公寓大樓號碼：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話：_____

¹醫療服務提供者能否提供服務的狀態可能會發生改變。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

10 即刻安排體檢...

HEALTH NET 的所有新會員均需在加入 HEALTH NET 後的 120 天內進行體檢。

首次體檢非常重要，原因如下：



在您生病之前就已認識自己的醫師。



您的醫師可以幫助您學習使用健保計畫服務的方法。



您的醫師將告訴您診所關門後該打電話給誰以及去哪裡接受醫療治療。



您的子女將注射上學所需的疫苗。



您將收到關於重要健康檢測的資訊，以幫助您及您的子女維持健康。



Health Net 的護士諮詢專線

您是否感到不適並需要建議？您可以與您的醫生聯絡尋求幫助。或者，您也可以撥打 Health Net 的護士諮詢專線 **1-800-675-6110**（聽障專線：711），以獲得快速免費的建議。護士**每週 7 天、每天 24 小時**均可提供服務。護士可以用您習慣的語言與您交談，指導您處理自己的醫療保健需求。

（續）

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



透過致電 Health Net 的護士諮詢專線，
您可以：

- **獲得資訊**，以幫助您決定是否需要去急診室。
- **判斷**您是否可以等候就醫。
- **討論**您的健康問題和治療選擇。
- **收到提示**，當您感到不適時幫助您在家緩解症狀。
- **瞭解**您的藥品和健康需求。



請致電姓名印在會員卡上的
醫生，以立即預約體檢。

如需更多資訊，請瀏覽 www.healthnet.com。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

本資訊並非用於替代專業醫療照護。請務必遵循醫療保健服務提供者的指示。

方案和服務可能會發生變動。健康教育資料有不同語言版本和其他形式可供索取。

FLY061475CP00 (2/23)

11 健康的微笑從這裡開始

擁有健康的牙齒可以幫助您保持身體健康。
因此，我們向 Medi-Cal 會員提供 Medi-Cal Dental 福利。

Medi-Cal Dental 福利包括

保持牙齒健康的定期照護

- 檢查和 x 光
- 洗牙
- 防止蛀牙的塗氟治療

修復牙科問題的照護

- 充填
- 前齒根管
- 預製牙冠
- 全口假牙
- 需要的其他牙科服務



如果您已有牙科保險，請參閱您的 Dental ID 卡，以協助安排預約。

透過 Health Net 的 Medi-Cal Dental，您和您的家人可以享受以下服務：

- 樂於助人的專業牙醫網絡，他們會說您的語言並瞭解您的獨特需求。
- 輕鬆獲得附近診所的服務。
- 個案經理幫助您進行牙科照護。
- 健康教育和保健方案。

如果您居住在 Los Angeles 郡及 Sacramento 郡，請透過以下方式聯絡 Health Net：

致電（免費）
1-800-213-6991
（聽障專線：711）
週一至週五
上午 8 點到下午 6 點

網站
www.hndental.com

如果您沒有居住在 Los Angeles 郡及 Sacramento 郡，請透過以下方式聯絡 Medi-Cal Dental：

致電（免費）
1-800-322-6384
（聽障專線：711）
週一至週五
上午 8 點到下午 5 點

網站
www.smilecalifornia.org

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

FLY065782CPOO (11/24)

12 對您的健康負責！

健康教育方案和服務

我們每個人都想變得更加健康。借助我們的幫助和支援，您的健康目標很快就會實現。我們可以提供各種免費的方案、服務和工具，幫助您和您的家人逐步改善健康狀況。

適合生命每個階段的計畫



滿意您的體重

我們的營養和體能活動資源可以幫助您達成您的體重目標。也許您想讓衣服更合身。或者，也許您希望與家人的體能一樣好。無論您出於什麼原因，我們都可以提供您為了瞭解管理體重所需要的工具和支援。



永久戒煙

戒煙是您可以為自己的健康所做最棒的事情之一。這也是省錢的好方法。吸煙者每月在香煙上的花銷約為 \$180！

我們知道戒煙並非易事，但您不必孤軍奮戰。我們隨時可以透過電話支援、戒煙知識和藥物幫助您戒掉煙癮。

請撥打 Kick It California 免費電話 **1-800-300-8086**
(聽障專線：711)。服務時間為星期一到星期五
上午 7 點到晚上 9 點和星期六上午 9 點到下午 5 點。



(續)

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110 (聽障專線：711) 與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



讓您的寶寶有個健康的開始

若您懷孕或計畫組織家庭，可能會有許多問題。我的寶寶成長情況如何？我要怎樣照顧好自己？這正常嗎？我們的健康懷孕方案可以為您提供答案、建議和支援。知道懷孕後或計畫組織家庭後，盡快向醫師看診很重要。



精神健康很重要

尋求變得更快樂且更健康的方式？我們的 Teladoc 精神健康（數位計畫）可在線上和透過手機應用程式取得，提供協助您提升狀態、好好生活的工具。您可以在 www.teladochealth.com 註冊此計畫。



高血壓和心臟健康

您有高血壓嗎？想要保持心臟健康嗎？您可以從今天起改善健康！使用我們的資源，引導您降低血壓並提升心臟健康。



糖尿病資源

您是否有第 2 型糖尿病的家族史？我們的糖尿病資源可協助您進一步瞭解您的風險因素。您也可以瞭解做出健康生活選擇的方式，以降低罹患第 2 型糖尿病的機會。



線上健康圖書館

想要進一步瞭解？我們有關於許多主題的影片和健康表可協助您。請在 www.healthnet.com 造訪健康與保健 (Health & Wellness) 頁面。

如需健康教育資訊或對 Medi-Cal 福利有疑問，請聯絡我們：

Health Net 會員服務部

1-800-675-6110

(聽障專線：711)

每週 7 天、每天 24 小時均提供服務

網站

www.healthnet.com

請在網站上登入您的帳戶，然後瀏覽我們的健康教育資料庫。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

本資訊並非用於替代專業醫療照護。請務必遵循醫療保健服務提供者的指示。方案和服務可能會發生改變。

FLY063122CP01 (7/24)

13 Health Net 的預防篩檢準則

兒童與成人準則



www.healthnet.com



請使用本指南幫助提醒您要和家庭醫師預約保健門診的時間。務必尋求並按照醫師的照護和建議。準則經常會有更新和變更。

本文資訊並非醫療建議，亦不描述保險。請查閱您的計畫福利內容，瞭解保險、限制和排除項目等規定。

為了幫助您常保健康

如需瞭解更多資訊或詳細準則，請瀏覽網站 www.healthnet.com 或撥打以下電話號碼。

Health Net Medi-Cal 會員：

- **健康教育資訊**

您可以取得關於戒菸、控制體重等計畫的免費建議和資訊。我們可以按照請求以其他語言和格式協助您。

- **如需健康教育資訊或對 Medi-Cal 計畫有疑問，請致電 1-800-675-6110（聽障專線：711）** 每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



建議的免疫接種（疫苗注射）

0 到 6 歲的免疫接種時間表^{1,2}

疫苗	出生時	年齡（以月為單位）										年齡（以歲為單位）			
		1	2	4	6	9	12	15	18	19-23	2-3	4	5	6	
呼吸道融合細胞病毒 (RSV)		<ul style="list-style-type: none"> 1 劑（出生至 7 個月大），根據產婦 RSV 疫苗接種狀態。 1 劑（8 至 19 個月大）。 													
B 型肝炎 (HepB)	✓	✓	必要時補上			✓						必要時補上			
輪狀病毒 (RV)			<ul style="list-style-type: none"> 在 2 個月和 4 個月大時接種 2 劑疫苗系列 (Roatrix[®]) 在 2 個月、4 個月和 6 個月大時接種 3 劑疫苗系列 (RotaTeq[®]) 												
白喉、破傷風、百日咳 (DTaP)			✓	✓	✓	必要時補上		✓			必要時補上		✓		
B 型流感嗜血桿菌 (Hib)			✓	✓	✓	必要時補上		✓			必要時補上			高危險群	
肺炎球菌			✓	✓	✓	必要時補上		✓			必要時補上			高危險群	
滅活脊髓灰質炎 (IPV)			✓	✓			✓				必要時補上		✓		
流行性感冒（流感）						在 2 歲前注射 2 劑流感疫苗						每年一次（1 劑或 2 劑），依照醫師建議			
COVID 19						1 劑或多劑，依照醫師建議									
麻疹、腮腺炎、風疹 (MMR)					高危險群		✓				必要時補上		✓		
水痘 (VAR)							✓				必要時補上		✓		
A 型肝炎 (HepA)										2 劑		依照醫師建議，高危險群			
腦膜炎球菌						高危險群									

必要時補上：若您的孩子過去錯過了任何疫苗注射，請洽詢醫師進行該項疫苗注射的方式和時間。

高危險群：若您或您的孩子有醫療狀況，請先與醫師確認，再進行任何疫苗注射。他們將會根據最好的做法提供建議和指導。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



建議的免疫接種（疫苗注射）

7 到 18 歲的免疫接種時間表^{1,2}

疫苗	年齡（以歲為單位）		
	7-10	11-12	13-18
破傷風、白喉、百日咳 (Tdap)	必要時補上	1 劑	必要時補上
人類乳突病毒 (HPV)	2 劑，可在 9 歲開始，但建議在 11-12 歲接種		必要時補上
流行性感冒（流感）	每年一次 (1 劑或 2 劑)，依照 醫師建議	年滿 9 歲後每年一次 (1 劑)	
COVID 19	1 劑或多劑，依照醫師建議		
肺炎球菌	高危險群		
A 型肝炎 (HepA)	必要時補上		
B 型肝炎 (HepB)	必要時補上		
滅活脊髓灰質炎 (IPV)	必要時補上		
麻疹、腮腺炎、風疹 (MMR)	必要時補上		
水痘 (VAR)	必要時補上		
B 型流感嗜血桿菌 (Hib)	高危險群		
腦膜炎球菌	高危險群	1 劑	必要時補上 16 歲時接種加強針
B 型腦膜炎球菌	高危險群，10 到 18 歲		



建議的篩檢（檢測）

0 到 18 歲的篩檢時間表^{1,2,3}

服務	年齡（以月為單位）						年齡（以歲為單位）		
	出生到 6 個月	9	12	15	18	19-36	3-10	11-12	13-18
例行健康檢查	在出生、3-5 天以及 1、2、4 和 6 個月時進行一次	每 3 個月一次				每 6 個月一次	每年一次		
鉛檢測	在 12 個月和 24 個月時進行一次檢測，或者依照醫師建議。								
牙科看診	每 6-12 個月（在長第一顆牙和 1 歲之間開始第一次看診）或依照牙醫師建議								
牙齒塗氟化物	每 6 個月一次	依照醫師或牙醫師建議							
驗血	0 到 2 個月之間進行一次	高危險群需在 4 個月和 12 個月時以及例行健康檢查期間進行檢查，高危險群需要接種或者依照醫師建議							
身體質量指數 (BMI)						從 2 歲開始，在例行健康檢查期間檢查 BMI			

必要時補上：如果您錯過了疫苗注射，可以與您的醫生談論進行該項疫苗注射的時間或方式。

高危險群：若您或您的孩子有醫療狀況，請先與醫師確認，再進行任何疫苗注射。他們將會根據最好的做法提供建議和指導。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



建議的免疫接種（疫苗注射） 成人的免疫接種時間表^{1,2}

疫苗	年齡（以歲為單位）				
	19-26	27-49	50-59	60-64	65 歲及以上
COVID 19	1 劑或多劑的更新（2023-2024 配方）疫苗				
破傷風、白喉、百日咳 (Td/Tdap)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 劑 Tdap，然後每 10 年增加一次 Td 或 Tdap 的劑量 • 每次懷孕 1 劑 Tdap - 對傷口照護接種 1 劑 Td/Tdap 				
人類乳突病毒 (HPV)	2 或 3 劑，根據首次疫苗接種或病症的年齡	高危險群需要接種或者依照醫師建議			
水痘 (VAR)	2 劑 (若出生於 1980 年或之後)		依照醫師建議		
帶狀皰疹重組	高危險群需要接種或者依照醫師建議		從 50 歲開始接種 2 劑 RZV		
麻疹、腮腺炎、風疹 (MMR)	1 劑或 2 劑，或者依照醫師建議 (若出生於 1957 年或之後)				
流行性感冒（流感）	每年一次				
肺炎球菌（PPSV 23 或 PCV 13）	高危險群需要接種或者依照醫師建議				1 劑
A 型肝炎 (HepA)	若未完整接種疫苗或是高危險群，請根據疫苗接種 2、3 或 4 劑， 或者依照醫師建議				
B 型肝炎 (HepB)	根據疫苗接種 2、3 或 4 劑， 或者依照醫師建議			高危險群根據病症， 或者依照醫師建議	
B 型流感嗜血桿菌 (Hib)	高危險群根據病症接種 1 或 3 劑，或者依照醫師建議				
A、C、W、Y 型腦膜炎球菌	根據疫苗接種 1 或 2 劑，或者依照醫師建議				
B 型腦膜炎球菌	高危險群根據疫苗接種 2 或 3 劑，或者依照醫師建議				

高危險群：若您有醫療狀況，請先與醫師確認，再進行任何疫苗注射。他們將會根據最好的做法提供建議和指導。

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。



建議的健康篩檢（檢測）

成人的健康篩檢時間表^{1,2,4}

服務	年齡（以歲為單位）		
	19-39	40-64	65 歲及以上
例行健康檢查	每年一次		
檢查有無高血壓的血壓檢測	每 1 到 2 年一次		
檢查是否肥胖的身體質量指數 (BMI)	在例行健康檢查期間進行檢查		
檢查血脂的膽固醇篩檢	20-65 歲的一般指南： <ul style="list-style-type: none"> • 年輕成人每 5 年一次 • 45-65 男性每 1-2 年一次 • 55-65 女性每 1-2 年一次 • 依照醫師建議。 		每年一次
檢查有無結腸直腸癌的結腸直腸癌篩檢		<ul style="list-style-type: none"> • 年齡在 40 到 44 歲之間時，依照醫師建議。 • 從 45 歲開始，請與您的醫生討論檢測頻率和檢測專案 	
牙科	每 6 個月一次，或者依照牙醫建議		
檢查血糖的葡萄糖篩檢	高危險群需要進行檢查	每 3 年一次或者依照醫師建議	
人類免疫不全病毒 (HIV)	<ul style="list-style-type: none"> • 一次性篩檢，高危險群需要重複進行或者依照醫師建議。 • 如果懷孕，請進行 HIV 感染篩檢。 		依照醫師建議
B 型肝炎	高危險群需要篩檢或者依照醫師建議		
C 型肝炎	在 18-79 歲篩檢或者依照醫師建議		





建議的健康篩檢（檢測） 成人的健康篩檢時間表^{1,2,4}

服務	年齡（以歲為單位）		
	19-39	40-64	65 歲及以上
適用於女性的額外篩檢			
檢查有無子宮頸癌的骨盆檢查及子宮頸抹片檢查	對於有性行為的非懷孕人士： <ul style="list-style-type: none"> 從 21-29 歲開始，每 3 年以 PAP 檢測篩檢一次 在 30-65 歲，每 3 年以 PAP 篩檢一次，或每 5 年以 HPV 或 PAP/HPV 篩檢一次，或者依照醫師建議 		依照醫師建議
檢查有無乳癌的乳房 x 光攝影	高危險群需從 35 歲開始每年檢查一次，依照醫師建議	每 2 年一次或者依照醫師建議根據風險進行	
由醫生進行的乳房檢查	每 1 到 3 年一次	每年一次	
檢查乳房有無變化的自我乳房檢查/乳房自我覺察	每月一次		
檢查有無衣原體（一種性傳染疾病）的衣原體或淋病篩檢	<ul style="list-style-type: none"> 如有性行為，請從 24 歲或更年輕時開始篩檢。這包括懷孕女性。 如有性行為且有感染風險，請在 25 歲及之後進行篩檢。這包括懷孕女性。 		
檢查骨質是否流失的骨質密度檢測		根據風險進行篩檢	✓
適用於男性的額外篩檢			
檢查有無腹主動脈瘤（胃部周圍大血管腫脹）的腹超音波檢測			年齡為 65 到 75 歲的曾經吸煙或有風險的男性需要檢測一次

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

1 這些準則可能有所變更。請與您的醫生交談。

2 醫生應遵循疾病控制與預防中心 (CDC)、美國預防服務任務小組 (USPSTF) 和美國兒科學會 (AAP) 的相應系列準則和現行準則。

3 兒童和青少年的例行健康檢查、諮詢和教育可能包括記錄患者的身高、體重和血壓。檢查也可能包括身體質量指數 (BMI) 以及視力和聽力檢測。諮詢和教育可能包括但不限於：

- 避孕/計畫生育
- 嚴重先天性心臟病、心臟健康
- 牙齒健康
- 發育/行為檢查
- 傷害/暴力預防
- 精神健康，例如憂鬱症/飲食失調
- 飲食/運動
- 性傳染病 (STI) 和 HIV 篩檢
- 物質濫用，例如酒精和毒品濫用預防
- 戒菸
- 結核病 (TB) 篩檢
- 體重管理

4 成人的例行健康檢查、諮詢和教育應包括患者的身高、體重、血壓、身體質量指數 (BMI)、視力和聽力檢測、憂鬱症以及酒精或毒品使用篩檢。準則會根據病史和風險因數而改變。諮詢和教育可能包括：

- 癌症篩檢，例如肺癌篩檢和 BRCA 風險評估
- 避孕/懷孕
- 牙齒健康
- 毒品預防/戒毒
- 計畫生育
- 心臟健康、心電圖 (ECG) 篩檢
- 傷害/暴力預防
- 產婦照護計畫
- 絕經
- 精神健康，例如憂鬱症/飲食失調
- 飲食/運動
- 性行為、性傳染病 (STI) 和 HIV 篩檢
- 物質濫用，例如酒精和毒品濫用預防
- 戒菸
- 結核病 (TB) 篩檢
- 體重管理

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

此資訊並非用來取代醫療照護。請務必遵循醫療保健醫療服務提供者的指示。方案和服務可能會發生改變。

BKT065105CP00 (9/24)

14 透過 Health Net 的急診服務獲得幫助和支援

Health Net 可在我們的會員和社區需要時隨時提供支援。如果您受到緊急情況的影響，我們有很多方法協助您。其中包括：



電話外展支援

- 確保您和您的家人安全。我們將審查所有緊急情況安全（火災、洪水、地震等）資訊。
- 將您連接到：
 - 當地疏散中心
 - 資源
 - 交通運輸
- 衡量您對任何醫療幫助和藥物的需求。如果您無法與以下各項取得聯絡，我們還會將您連接到其他醫療服務提供者和藥房選項：
 - 常規醫療服務提供者
 - 專科醫師
 - 當地藥房
- 如果您目前無法進行預約，請尋找其他 COVID-19 疫苗接種預約選項。



現場支援

- 在現場和當地郡縣疏散中心為會員直接提供支援。
- 提供醫療保健幫助。此外，我們還可以在附近社區向您提供許多資源和服務來協助您。
- 幫助您：
 - 安排約診
 - 尋找藥房或幫助您領取藥物
 - 預訂往返醫療約診和藥房取藥的交通運輸服務



Health Net 急救電話號碼

會員服務部：

1-800-675-6110

（每週 7 天、每天 24 小時提供服務）

急診處方藥供應量資訊：

1-800-400-8987

服務時間為週一至週五
上午 8 點至下午 6 點

精神健康熱線：

1-800-227-1060

（每週 7 天、每天 24 小時提供服務）

醫療保健服務提供者資訊：

1-800-641-7761

服務時間為週一至週五
上午 8 點至下午 6 點

如需幫助，請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711）與會員服務部聯絡，每週 7 天、每天 24 小時均提供服務。

FLY055785CP00 (5/22)



MEDI-CAL 計劃選擇表

使用本表格加入或轉換醫療保健計劃 / 牙科保健計劃。如果需要填表協助，請致電 1-800-430-6006 / 1-800-576-6885。
將填好的表格郵寄至: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850。

請僅使用藍色或黑色筆清楚填寫。填滿橢圓形 注明自己的選擇。請參照背面的例子。

M
 F

1) 戶主的姓名 (名·姓) _____ 2) 性別 _____ 3) 電話號碼 _____

4) 家庭地址 (房屋號碼、街道、單元號碼、城市和郵區號碼) _____

請為表格上每位家人從列表中選擇醫療保健計劃和牙科保健計劃，醫生 / 診所代碼可見於計劃提供者名錄。

M
 F

5) 申請人姓名 (名·姓) _____ 6) 性別 _____ 6a) 預產期(如果是懷孕的) _____ 6b) 社會保障號碼 _____

我想加入或轉換我的計劃如下:
 170 KP Cal, LLC 015 Aetna Better Health of CA
 150 Health Net Comm Solutions 000 Regular Medi-Cal (FFS)
 190 Anthem Blue Cross Partnrshp
 130 Molina Healthcare Partner 醫生/診所編碼 _____

我想加入或轉換我的計劃如下:
 421 Access Dental Plan 000 Regular Medi-Cal (FFS)
 425 Liberty Dental Plan of CA
 427 HealthNet of California 牙醫/診所編碼 _____

醫療保健計劃 牙科保健計劃

輸入計劃轉換原因代碼* 輸入計劃轉換原因代碼*

M
 F

5) 申請人姓名 (名·姓) _____ 6) 性別 _____ 6a) 預產期(如果是懷孕的) _____ 6b) 社會保障號碼 _____

我想加入或轉換我的計劃如下:
 170 KP Cal, LLC 015 Aetna Better Health of CA
 150 Health Net Comm Solutions 000 Regular Medi-Cal (FFS)
 190 Anthem Blue Cross Partnrshp
 130 Molina Healthcare Partner 醫生/診所編碼 _____

我想加入或轉換我的計劃如下:
 421 Access Dental Plan 000 Regular Medi-Cal (FFS)
 425 Liberty Dental Plan of CA
 427 HealthNet of California 牙醫/診所編碼 _____

醫療保健計劃 牙科保健計劃

輸入計劃轉換原因代碼* 輸入計劃轉換原因代碼*

M
 F

5) 申請人姓名 (名·姓) _____ 6) 性別 _____ 6a) 預產期(如果是懷孕的) _____ 6b) 社會保障號碼 _____

我想加入或轉換我的計劃如下:
 170 KP Cal, LLC 015 Aetna Better Health of CA
 150 Health Net Comm Solutions 000 Regular Medi-Cal (FFS)
 190 Anthem Blue Cross Partnrshp
 130 Molina Healthcare Partner 醫生/診所編碼 _____

我想加入或轉換我的計劃如下:
 421 Access Dental Plan 000 Regular Medi-Cal (FFS)
 425 Liberty Dental Plan of CA
 427 HealthNet of California 牙醫/診所編碼 _____

醫療保健計劃 牙科保健計劃

輸入計劃轉換原因代碼* 輸入計劃轉換原因代碼*

INTERNAL USE ONLY P L N 1 5 0

*轉換計劃原因代碼：

- 代碼 1: 我無法選擇想要的醫生或牙醫 代碼 4: 路程太遠 代碼 7: 印第安醫療保健計劃豁免 (Indian Health Program Exemption)
- 代碼 2: 保健 / 牙科保健計劃未能滿足我的需要 代碼 5: 我沒有選擇本項計劃 代碼 8: 醫療 / 牙科豁免。
- 代碼 3: 我的醫生 / 牙醫未能滿足我的需要 代碼 6: 遷出本縣 代碼 9: 其他

注意: 我已經閱讀過此計劃說明，我瞭解 Kaiser 必須使用有約束力的中立仲裁機構來解決某些爭議，此包括關於有無實施正確的醫療之爭議(所稱為醫療誤診)及其他相關權益或服務提供方面的爭議。如果我選用 Kaiser，對這些爭議我將放棄陪審團或法院審判的權力，我也同意使用有約束力的中立仲裁機構來解決那些特定的爭議。我不放棄能夠提出任何必須經過州立聽訟程序的問題到州立聽訟的權力。

選擇申明: 如表格所示，我 / 我們已經以書面形式註明所選擇的醫療保健計劃 / 牙科保健計劃，將透過上述計劃接受 Medi-Cal 福利。我 / 我們已經閱讀並理解本協議的條件。我 / 我們明白為了轉換我 / 我們目前的 Medi-Cal 醫療保健計劃 / 牙科保健計劃，我 / 我們必須填妥此表格。

戶主簽名 _____ 日期 _____ 其他成年人簽名 _____ 日期 _____ 其他成年人簽名 _____ 日期 _____



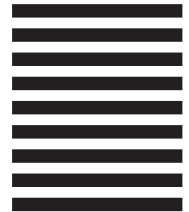
請使用標有「**Health Information Form**」(健康資訊表格)的信封寄回您的**健康資訊表**。

BRE064013E000 (10/23)
Health Information Form

SAMPLE ONLY



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



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**



請使用標有「**Provider Directory Request**」（醫療服務提供者名錄請求）的信封寄回您的**醫療服務提供者名錄請求單**。

BRE064014E000 (10/23)
Provider Directory Request

SAMPLE ONLY

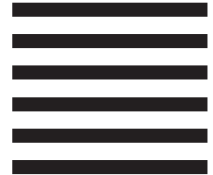


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

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



請使用下面所示的信封寄回您的 Medi-Cal Choice Enrollment Form 。

BRE064020E000 (10/23)
MU_0003279_ENG_0211



SAMPLE ONLY



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

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



Health Net 遵守適用的州和聯邦民權法律，不會因種族、膚色、國籍、年齡、精神障礙、身體殘疾、性別（包括懷孕、性取向和性別認同）、宗教、血統、族裔、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況或性別而歧視、排斥他人或以不同方式對待。

Health Net :

- 為殘疾人士提供免費援助與服務，幫助他們有效地與我們溝通，例如：
 - 提供合格的手語翻譯
 - 提供其他形式的書面資訊（大字版、音訊、易於讀取的電子格式、其他格式）
- 為非英語母語人士提供免費語言服務，比如：
 - 提供合格的口譯員
 - 以其他語言書寫資訊
 - 如果您需要上述服務，請致電 1-800-675-6110（聽障專線：711）與 Health Net 客戶聯絡中心聯絡，服務時間為每年 365 天、每週 7 天、每天 24 小時。

我們可以根據要求向您提供本文件的盲文版、大字版、錄音帶或電子格式。要獲得上述任一替代格式的副本，請致電或寫信至：

Health Net

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

客戶聯絡中心 1-800-675-6110 (TTY: 711)

加州聽語障人士轉接服務 711

如果您認為 Health Net 未提供這些服務或以其他方式基於種族、膚色、國籍、年齡或性別（包括懷孕、性取向和性別認同）、精神殘障、身體殘疾、宗教、血統、族群識別、醫療狀況、遺傳資訊、婚姻狀況或性別而歧視您，您可以向 1557 協調員提出申訴。

您可透過當面或信函、傳真或電子郵件的方式提出申訴。如果您需要協助提出申訴，我們的 1557 協調員可協助您。

- 透過電話：致電 855-577-8234 (TTY: 711)
- 透過傳真：1-866-388-1769
- 透過信函：寫信並寄送至 Health Net 1557 Coordinator, PO Box 31384, Tampa, FL 33631

電子方式：傳送電子郵件至 SM_Section1557Coord@centene.com 您可以在 Health Net 網站：

https://www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/disclaimers/legal/non-discrimination-notice-medi-cal.html 找到本通知

您也可以透過電話、寫信或在線上向 California Department of Health Care Services 的民權辦公室提交民權投訴：

- 透過電話：Call 916-440-7370。如果您有語言或聽力障礙，請致電 711。
- 透過信函：填寫投訴表，或書寫信函並寄送至民權辦公室副主任，地址為 Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, P.O. Box 997413, MS 0009, Sacramento, CA 95899-7413。您可在 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 網站找到投訴表
- 電子方式：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov

您也可向美國 **Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights** 提出民權投訴。您可透過民權辦公室的投訴入口網站 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> 在線上提出投訴，或者透過郵件或電話提出投訴，聯絡資訊如下：

U.S.Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C.20201

1-800-368-1019，1-800-537-7697（聽障專線）

您可在 <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html> 網站找到投訴表

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 accessible PDF and large print documents, 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 الملفات المنقولة (PDF) التي يمكن الوصول إليها والمستندات المطبوعة الكبيرة. تتوفر هذه الخدمات بدون تكلفة بالنسبة لك.

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

Cambodian: ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងជួយ ត្រូវការសេវាផ្នែកភាសា សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-675-6110 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកដែលពិការ ដូចជាទម្រង់ PDF សម្រាប់អ្នកពិការ និងឯកសារព្រឹត្តិការណ៍ខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ សេវាកម្មទាំងនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។

Chinese: 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，例如无障碍 PDF 和大字版文档。这些服务免费为您提供。

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 چاپ درشت و PDF دسترس پذیر 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 सेवाएँ, जैसे सुलभ PDF और बड़े प्रिंट वाले 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 PDF 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、アクセシブルなPDFや大きな文字で書かれたドキュメントなどの補助・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: 액세스 가능한 PDF 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 ເອກະສານ PDF ທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ສະດວກ ແລະ ເອກະສານພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໂດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

Mien: Da'faanh Meih, Fai Heuc Meih Haih Tengx, Oix Janx-kaeqv waac gong, Heuc 1-800-675-6110 (TTY: 711). JomcCaux gong Bun Yangh mienh Caux mv fungc, Oix dongh eix PDF Caux Bunh Fiev dimc, Haih yaac kungx nyei. Deix gong Haih buac Yietc liuz maiv jaax-zinh Bieqc Meih.

FLY061959EP00 (06/23)

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। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪਹੁੰਚਯੋਗ PDF ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, 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 в специальном формате PDF или напечатанные 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 letra grande y en archivos PDF accesibles. 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 naa-access na PDF at mga dokumentong malaking print. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น PDF ที่เข้าถึงได้และเอกสารที่พิมพ์ขนาดใหญ่ บริการเหล่านี้ 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 в спеціальному форматі PDF 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 dạng bản in khổ lớn và PDF có thể tiếp cận được. Quý vị được nhận các dịch vụ này miễn phí.



欲知詳情，請聯絡：

Health Net

21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

會員服務部

請撥打免費電話 1-800-675-6110（聽障專線：711），每週 7 天、
每天 24 小時均提供服務

投保服務

請撥打免費電話 1-800-327-0502（聽障專線：711），服務時間為
星期一到星期五，上午 7:30 到下午 6:00（太平洋標準時間）

www.healthnet.com

歡迎加入
Health Net
Medi-Cal
計畫！

Health Net Community Solutions, Inc. 為 Health Net, LLC 和 Centene Corporation 的子公司。Health Net 是 Health Net, LLC 的註冊服務商標。版權所有。

DGK065943CK00 (2/25)