

Cuadernillo de Bienvenida

CONOZCA SU NUEVO PLAN DE SALUD Y SUS BENEFICIOS



En este cuadernillo, encontrará lo siguiente:

- 1** Le damos la bienvenida a Health Net
- 2** ¡Ayúdenos a Ayudarlo!
- 3** Aspectos Generales del Plan
- 4** Cree su Cuenta de Afiliado en Línea
- 5** Elija a su Médico de Atención Primaria
- 6** Conozca a su Médico
- 7** Dónde Buscar Atención
- 8** Cómo Recibir Atención
- 9** Encuentre un Médico de la Red
- 10** Haga Su Chequeo Ahora
- 11** Una Sonrisa Sana Empieza Aquí
- 12** ¡Ocúpese de su Salud!
- 13** Pautas sobre Exámenes de Detección Preventivos de Health Net
- 14** Obtenga Ayuda y Apoyo con los Servicios de Emergencia de Health Net

1 Le damos la bienvenida a Health Net

¡APROVECHE AL MÁXIMO SU NUEVO PLAN DE SALUD!

Su plan de salud cuenta con muchísimos beneficios diseñados para ayudarlo a mantenerse lo más saludable posible. No queremos que desaproveche ninguno. Este kit de bienvenida lo ayudará a familiarizarse con su plan para que pueda empezar a cuidarse y estar más saludable.

Breve resumen de lo que contiene el kit



Cómo recibir atención

Consulte esta guía para comenzar a usar sus beneficios.



Dónde recibir atención

¿Debe utilizar los servicios de telesalud o dirigirse al consultorio del médico, a un centro de atención de urgencia o a una sala de emergencias? Conozca sus opciones y sepa cuándo le conviene elegir cada una.



Qué incluye la cobertura

Conozca mejor sus beneficios:

- atención médica;
- atención dental;
- y mucho más.
- atención de salud del comportamiento;
- servicios de telesalud;
- transporte;
- atención de la vista;



Programas para mejorar la salud

Explore los servicios y programas gratuitos que lo ayudan a establecer sus objetivos de salud y a alcanzarlos. Ya sea para llevar un embarazo saludable o para dejar un mal hábito, estamos aquí para ayudarlo.



Cómo elegir a su médico o cambiar de médico

Asegúrese de que su médico satisfaga sus necesidades. Para cambiar de médico, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.



Formulario de Información Médica

Complete este formulario para ayudarnos a conocer los servicios y el apoyo que necesita para estar más saludable.

Comuníquese con nosotros para lo siguiente:

- verificar el estado de su tarjeta de identificación;
- conocer la fecha de inicio de sus beneficios;
- programar su cita de salud;
- coordinar el servicio de transporte gratuito;
- obtener respuestas a sus preguntas.

Llame al número gratuito

1-800-675-6110 (TTY: 711)
Las 24 horas del día,
los 7 días de la semana

En línea

www.healthnet.com

¡ programe su cita inicial de salud dentro de los próximos 120 días!

Los estudios demuestran que simplemente **hacerse** una cita de salud puede ayudarlo a estar más saludable. Por eso, programar esta cita es un paso importante para empezar a mejorar su salud.

¿Por qué es tan importante la cita de salud?

1. Tal vez hace tiempo que no consulta a un médico.

Esta es una buena oportunidad para recibir servicios de atención preventiva que lo ayudan a mantenerse saludable.

2. Su salud cambia año tras año.

Una buena forma de detectar problemas de salud antes de que se compliquen es hacerse un examen físico todos los años.

3. Con la ayuda de su médico, puede controlar enfermedades graves.

Es decir, encontrar el tratamiento que le permita sentirse mejor y disfrutar más de la vida.



¿Necesita servicios de transporte? ¡Podemos brindárselos!

Coordine sus traslados de ida y vuelta para todas sus citas de atención de salud con el servicio de transporte gratuito y cumpla su plan para mejorar su salud. Esto incluye:

- Consultas atención médica.
- Consultas de atención dental.¹
- Diálisis y otros servicios de atención de salud continua.
- Entrega de equipos médicos.
- Terapeutas (incluye consultas de apoyo por abuso de sustancias).
- Consultas con especialistas.
- Altas hospitalarias.

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para programar este servicio.



¡Llame al médico hoy mismo para programar su cita de salud! El nombre y el número de teléfono de su médico se encuentran en la tarjeta de identificación de afiliado.

Cuándo puede empezar a usar sus beneficios

En su tarjeta de identificación de afiliado figura la fecha de cobertura.

¿Dónde consigo mi tarjeta de identificación de afiliado?

Si no recibe su tarjeta de identificación durante los diez días hábiles posteriores a la fecha de inscripción o a la fecha en que solicitó la tarjeta, llame al número gratuito del Departamento de Servicios al Afiliado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¹ Los servicios dentales corresponden a los residentes de Los Angeles y Sacramento.

2 ¡Ayúdenos a Ayudarlo!

COMPLETE EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Health Net cuenta con programas y servicios especiales para afiliados a Medi-Cal como usted.

Al completar el Formulario de Información Médica, comparte su historial médico e información detallada sobre cómo se siente. Esto nos ayuda a ofrecerle atención o servicios adicionales cuando los necesite.

Además, puede hablar con nosotros si se siente estresado o si necesita ayuda con, por ejemplo, sus medicamentos y necesidades especiales de salud.

Siga estos tres simples pasos

1. Complete el formulario.

Trate de responder todas las preguntas. Si necesita ayuda para completar el formulario, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

2. Coloque el formulario en el sobre adjunto.

No es necesario poner estampillas.

3. Envíe el formulario.

¡Muy bien! Enviar el formulario es el primer paso para recibir la atención de salud adecuada para usted.

¿Necesita ayuda?

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito 1-800-675-6110 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En línea
www.healthnet.com

Su información médica es confidencial

Solo usaremos la información incluida en este formulario para ayudarlo a obtener servicios de atención de salud. Encuentre más detalles sobre privacidad en la sección "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Manual del Afiliado o llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado cuando necesite lo siguiente:

- ayuda para completar el Formulario de Información Médica;
- servicios de salud mental;
- respuestas a sus preguntas sobre atención de salud.

(continuación)

No está solo. ¡Estamos para ayudarlo!

- ¿Tiene problemas en el hogar, en el trabajo, con sus amigos o su familia?
- ¿Está triste, enojado o preocupado?
- ¿Tiene problemas con las drogas o el alcohol?

Si necesita ayuda, puede hablar al instante con nuestros expertos. Si quiere, pueden ayudarlo a conseguir una cita sin costo con un terapeuta de nuestra red.

Incluso pueden coordinar transporte gratuito para la cita con su terapeuta.





Información General

Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado *Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Fecha en que se responden estas preguntas (MMDDAAAA)

Número de Teléfono Preferido del Afiliado

Dirección de Correo Electrónico del Afiliado


Salud General

En términos generales, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente
 Muy Buena
 Buena
 Regular
 Mala
 Se desconoce

¿Tiene un médico o proveedor de cuidado de la salud? Si No Se desconoce

¿Consultó a su médico o proveedor de cuidado de la salud en los últimos 12 meses? Si No Se desconoce

¿Habitualmente tiene algún problema con el transporte para ir a sus citas médicas? Si No Se desconoce

¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

Ninguna
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más
 Se desconoce

¿Cuántas veces estuvo en el Departamento de Emergencias el año pasado?

Ninguna
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces o más
 Se desconoce

¿Cuántos medicamentos recetados por su médico o proveedor de cuidado de la salud está tomando actualmente?

0
 1-3
 4-7
 8-14
 Cantidad superior o igual a 15
 Se desconoce

¿Cuál es su estatura? (ingrese la respuesta en pies/pulgadas)

Pies 2 3 4 5 6 7 Se desconoce

Pulgadas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Se desconoce

¿Cuál es su peso? (ingrese la respuesta en libras)

¿Recibió una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? Si No Se desconoce

¿Tiene problemas con los dientes o la boca que hacen que le resulte difícil comer? Si No Se desconoce

¿Comer al menos 2 comidas por día? Si No Se desconoce

¿Come frutas y verduras todos los días? Si No Se desconoce

¿Participa en alguna actividad física (como caminar, hacer ejercicios aeróbicos en el agua, jugar bolos, etc.) durante la semana? Si No No puedo hacer ejercicio debido a las afecciones médicas Se desconoce

¿Usa siempre el cinturón de seguridad cuando conduce o viaja en automóvil? Si No N/A Se desconoce



Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

*Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Salud Física

¿Un médico o proveedor de cuidado de la salud le han dicho alguna vez que usted padece alguna de estas afecciones? (Marque todo lo que corresponda)

- Artritis
- Asma
- Cáncer
- Enfermedad Renal Crónica
- EPOC/ Enfisema
- Retraso en el Desarrollo
- Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2
- Prediabetes
- Enfermedad Cardíaca
- Insuficiencia Cardíaca
- Hepatitis
- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- VIH
- Anemia Drepanocítica (no el rasgo)
- Derrame cerebral
- Trasplante

¿Padece alguna otra afección no enumerada más arriba? Si No

¿Está usted embarazada? Si No N/A

Salud del Comportamiento

En general, ¿en qué medida está satisfecho con su vida?

- Muy Satisfecho
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy Insatisfecho
- Se desconoce

En las últimas dos semanas, ¿le molestó alguno de los siguientes problemas?

Sentirse Solo

- En ningún momento
- Varios Días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días
- Se desconoce

Poco interés en hacer las cosas o poco placer al hacerlas

- En ningún momento
- Varios Días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días
- Se desconoce

Sentirse decaído, deprimido o desahuciado

- En ningún momento
- Varios Días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días
- Se desconoce

Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo?

- Ninguno - Nunca me siento solo
- Menos de 5 días
- Más de la mitad de los días (más de 15)
- La Mayoría de los Días - Siempre me siento solo

¿Considera que el estrés en su vida le está afectando la salud? Si No Se desconoce

¿Cuáles son sus planes para manejar el estrés? No necesito hacer cambios No tengo planeado hacer cambios

- Comencé a hacer cambios
- Tengo planeado hacer cambios el mes próximo
- Tengo planeado hacer cambios en los próximos 6 meses
- Se desconoce

Durante el último año, ¿con qué frecuencia tomó 5 bebidas alcohólicas o más en un día?

- Nunca
- Una o Dos Veces
- Mensualmente
- Semanalmente
- Todos los días o casi todos los días
- Se desconoce

Durante el último año, ¿con qué frecuencia consumió productos de tabaco?

- Nunca
- Una o Dos Veces
- Mensualmente
- Semanalmente
- Todos los días o casi todos los días
- Se desconoce

¿Le han diagnosticado un trastorno de salud del comportamiento como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?

- Si
- No
- Se desconoce



Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

*Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Salud del Comportamiento (continuación)

En los últimos 90 días, ¿le recetaron medicamentos antipsicóticos? Sí No Se desconoce

Actividades Cotidianas y Vida Independiente

Durante el último mes, ¿tuvo algún dolor que haya interferido en la realización de las tareas del hogar o su capacidad para trabajar fuera del hogar? Sí No Se desconoce

¿Tiene algún cuidador que le ayuda de manera regular? Sí No Se desconoce

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia? Sí No Se desconoce

¿Usó oxígeno en los últimos 90 días? Sí No Se desconoce

¿Recibe algún servicio de cuidado de la salud en el hogar? Sí No Se desconoce

¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades? (Marque Sí o No en cada actividad)

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Tomar un baño o una ducha | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Subir las Escaleras | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Comer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Vestirse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Preparar comidas o cocinar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Levantarse de la cama o la silla | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hacer las compras y conseguir alimentos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Usar el baño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Caminar | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Lavar los platos o la ropa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Emitir cheques o llevar un registro del dinero | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Trasladarse para ir al médico o a ver a sus amigos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hacer las tareas del hogar o trabajar en el jardín | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Salir a visitar a familiares o amigos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Usar el Teléfono | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Llevar un registro de las citas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Si la respuesta es sí, ¿recibe toda la ayuda que necesita con estas actividades? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**En los últimos dos meses, ¿residió en una vivienda estable, ya sea de su propiedad, de alquiler o en la cual permanece como parte de un hogar? Sí No Se desconoce

**Reimpreso con el permiso del titular de los derechos de autor, la American Public Health Association (Asociación Americana de Salud Pública). Montgomery AE, Fargo JD, Byrne TH, Kave V, Culhane DP. Universal screening for homelessness and risk for homelessness in the Veterans Health Administration (Investigación universal sobre personas sin hogar y el riesgo de quedarse sin hogar en la Administración de Salud de Veteranos). American Journal of Public Health (Revista Americana de Salud Pública) 2013; 103 (S2): S201-S211. Permiso obtenido.





Nombre del Afiliado

Apellido del Afiliado

*Fecha de Nacimiento
(MMDDAAAA)

*Identificación de Medi-Cal

Actividades Cotidianas y Vida Independiente (continuación)

¿Puede vivir de manera segura y moverse fácilmente Si No

en su hogar? Si la respuesta es no, ¿el lugar donde usted vive cuenta con los siguientes elementos?

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Buena iluminación | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Buena calefacción | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Buena refrigeración | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Barandas en las escaleras o rampas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Agua Caliente | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Baño en el Interior | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Puerta de exterior con cerradura | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Escaleras para entrar a su hogar o escaleras dentro de su hogar | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ascensor | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Espacio para usar una silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Caminos despejados para salir de su hogar | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | |

Quisiera preguntarle cómo le parece que está manejando sus afecciones de salud

¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos? Si No

¿Necesita ayuda para completar los formularios de salud? Si No

¿Necesita ayuda para responder las preguntas durante una consulta al médico? Si No

¿Tiene familiares u otras personas que están dispuestos y pueden ayudarle cuando lo necesita? Si No

¿Piensa que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita? Si No

¿Le teme a alguien o hay alguien que le está haciendo daño? Si No

¿Ha tenido algún cambio en la manera de pensar, recordar cosas o tomar decisiones? Si No

¿Sufrió alguna caída en el último mes? Si No

¿Teme a las caídas? Si No

¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos? ¿A veces se queda sin dinero para pagar los alimentos, el alquiler, las facturas y los medicamentos? Si No

¿Alguien está usando su dinero sin su permiso? Si No

¿Quisiera trabajar con un enfermero o trabajador social para elaborar un plan relativo a su cuidado de la salud? Si No

¿Quisiera hablar con un enfermero o trabajador social y su médico sobre un plan que satisfaga sus necesidades de cuidado de la salud? Si No



3 Aspectos Generales del Plan

Breve resumen de la cobertura

El plan Medi-Cal le brinda una vasta red de médicos y hospitales. Puede elegir un médico entre varias opciones. Además, ofrece una variedad de programas y servicios gratuitos que le ayudarán no solo a lograr un buen estado de salud sino también a mantenerlo.



Estas son algunas características del plan:

Atención médica

- Consultas médicas y atención hospitalaria.
- Servicios de bienestar.
- Atención durante el embarazo y para recién nacidos.
- Pruebas de laboratorio y rayos X.
- Línea de Consultas con Enfermeras.
- Servicios de telesalud.

Atención de afecciones de salud mental, como depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y autismo, que se brinda por los siguientes medios

- Terapia ambulatoria.
- Control de medicación psiquiátrica.
- Servicios de salud del comportamiento para niños y jóvenes con trastornos del espectro autista y afecciones relacionadas.

Atención dental¹

- Chequeos regulares.
- Limpiezas y rayos X.
- Tratamiento con fluoruro para prevenir caries.
- Empastes, coronas, selladores y mucho más.

Cuidado de la vista

- Exámenes de la vista.
- Anteojos.

¡Una vida más saludable lo está esperando! Llame a su médico y programe una cita. El número de teléfono se encuentra en su tarjeta de identificación.

¹Los servicios dentales corresponden a los residentes de Los Angeles y Sacramento.

Programas y servicios especiales

- **Programas para el control de enfermedades y la administración de la atención**
Reciba ayuda especial si su vida está afectada por una enfermedad compleja, como diabetes, VIH o sida, EPOC, anemia falciforme u otra afección.
- **Servicios de coordinación de la atención** Sepa cómo ponerse en contacto con los recursos y servicios de su comunidad.
- **Servicios de transporte gratuito**
Programe un traslado sin costo al consultorio de su médico, dentista¹ o especialista.

- **Consultas médicas por videollamada**
¡Hable con su médico sin salir de casa! Puede realizar consultas con el médico en el mismo día por teléfono o videollamada, a través de los servicios de telesalud.
- **Servicios de interpretación para personas que se comunican con lenguaje de señas o que no hablan inglés**
Solicite un intérprete para que lo acompañe durante sus citas médicas y de atención dental¹.

- **Programas de educación para la salud**
Obtenga ayuda y apoyo para alimentarse mejor, controlar su peso, ponerse en forma, dejar de fumar y mucho más. También tenemos programas para madres primerizas, niños y adolescentes.
- **Continuidad de la atención**
Si recibía atención de un médico que no forma parte de nuestra red, quizás pueda seguir haciéndolo. En algunos casos, puede seguir recibiendo atención del médico durante un máximo de 12 meses.



¿Quiere obtener más detalles sobre su cobertura?

- Busque información en el Manual del Afiliado. En él se incluyen sus derechos y responsabilidades.
- Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, de manera gratuita, al 1-800-675-6110 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Visítenos en línea: www.healthnet.com.

4 Cree su Cuenta de Afiliado en Línea

Conozca mejor sus beneficios

En www.healthnet.com, puede acceder de manera rápida y fácil a una amplia variedad de información, herramientas y recursos en línea. Una vez que haya creado su cuenta en línea, podrá hacer lo siguiente:

- descargar su tarjeta de identificación en el teléfono o imprimirla;
- buscar un médico, un centro de atención de urgencia o un hospital en su red;
- revisar los beneficios del plan de salud;
- acceder a programas para controlar el peso o dejar de fumar;
- actualizar su información.

Siga estos pasos para crear su cuenta

1. Busque su número de Seguro Social o su número de identificación de afiliado, que se encuentra en su tarjeta de identificación.
2. Ingrese en www.healthnet.com.
3. Haga clic en “Log In/Register” (Iniciar sesión/Registrarse).
4. Siga las instrucciones que se muestran en la pantalla.

5 Elija a su Médico de Atención Primaria

El médico de atención primaria es su médico. Nuestros médicos pueden brindarle lo siguiente:

- horarios de atención convenientes;
- atención para usted y toda su familia;
- comprensión de sus necesidades culturales únicas;
- comunicación en su propio idioma.

El médico es su socio para la salud. Puede contar con él para que lo escuche, lo aconseje y lo ayude. Elegir el médico adecuado puede traer grandes beneficios a su salud.

Si necesita elegir otro médico, estos son algunos aspectos que debe tener en cuenta:

¿El médico forma parte de la red y acepta nuevos pacientes?

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para averiguarlo. También puede ingresar en nuestro sitio web, www.healthnet.com, y hacer clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor).

Nota: Si se estaba atendiendo con un médico antes de afiliarse a Health Net, y ese médico no está en nuestra red, podrá seguir visitándolo por un tiempo limitado. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para hablar sobre su situación en particular.

¿Es fácil programar una cita?

Asegúrese de que los horarios de atención disponibles para citas se adapten a su agenda. Por ejemplo, es posible que necesite consultar al médico antes o después del trabajo, o los fines de semana.

Tenga en cuenta la ubicación del consultorio del médico.

- ¿Cuánto tardará en llegar allí desde su casa o desde el trabajo?
- ¿Es sencillo encontrar un lugar para estacionar su automóvil?
- ¿Puede ir en autobús o en tren?



¿Necesita servicios de transporte gratuito? Si tiene problemas para llegar a sus citas con el médico o el dentista¹, podemos ayudarlo con nuestro servicio de transporte gratuito. Para coordinarlo, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

¹ Los servicios dentales corresponden a los residentes de Los Angeles y Sacramento.

¿Este médico ofrece herramientas en línea y consultas por teléfono o videollamada?

Las aplicaciones y los portales para pacientes facilitan lo siguiente:

- enviar correos electrónicos a su médico;
- controlar resultados de laboratorio;
- programar citas en línea;
- volver a surtir una receta médica.

A través de las consultas por teléfono o videollamada, puede hablar con un médico desde la comodidad de su hogar.

¿Este médico satisface sus necesidades particulares?

Piense en las características que debería tener su médico:

- ¿Le gustaría tener un médico que entienda su cultura y hable su idioma?
- ¿Quiere que su médico pueda atenderlos a usted y a su familia en el mismo lugar?
- ¿Necesita consultar con un especialista o recibir atención por problemas especiales de salud?

Contar con el médico adecuado puede ayudarlos a usted y a su familia a estar más saludables. Por eso, antes de elegir un nuevo médico, busque las respuestas a sus preguntas.

Por teléfono

Llame al número gratuito 1-800-675-6110 (TTY: 711).

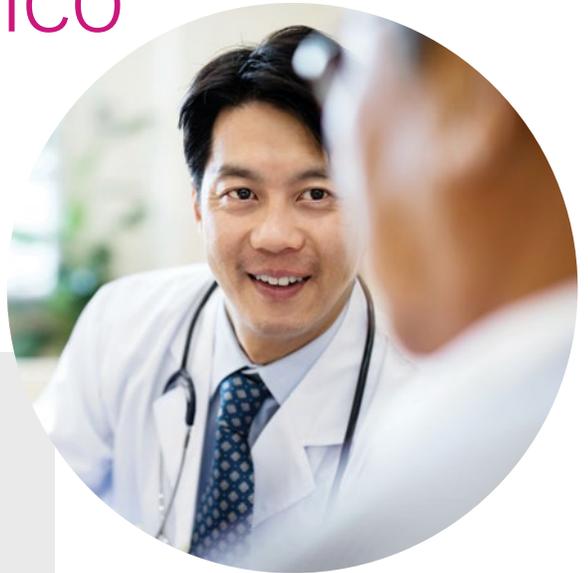
En línea

Ingrese en www.healthnet.com y haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor).



6 Conozca a su Médico

El médico es su aliado. Es importante programar la primera consulta para que puedan conocerse. Eso permitirá que se sienta más cómodo para hablar sobre su salud.



Qué hará su médico



Le brindará atención de rutina, que incluye lo siguiente:

- Chequeos regulares.
- Vacunas.
- Tratamientos.
- Recetas médicas.
- Asesoramiento médico.
- Exámenes de detección de cáncer.
- Control del asma y de la diabetes.



Mantendrá sus registros de salud.



Lo remitirá (enviará) a especialistas si es necesario.



Indicará rayos X, mamografías o pruebas de laboratorio si los necesita.

Contáctenos:

Por teléfono

Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al número gratuito 1-800-675-6110 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En línea

Ingresa en www.healthnet.com y haga clic en "Find a Provider" (Buscar un proveedor).

Su examen de bienestar anual

Un chequeo anual con el médico le permite mantenerse informado sobre su salud. Puede contarle sobre algún cambio que haya notado y consultarle sobre cualquier problema de salud. El médico puede desarrollar un plan de atención para ayudarlo a mantenerse saludable. Además, es una oportunidad ideal para hacer preguntas sobre su salud o sus medicamentos. Llame para programar la primera consulta y su examen de bienestar.

Cambie de médico

Si no eligió un médico cuando se inscribió, nosotros lo hicimos por usted. En caso de que quiera cambiarlo, llámenos.

7 Dónde Buscar Atención

CON SU PLAN, PUEDE RECIBIR LA ATENCIÓN QUE NECESITA, CUANDO LA NECESITA, DE DIFERENTES MANERAS.



En el consultorio del médico

Su médico

Visite a su médico para recibir atención preventiva y de rutina. Esto incluye exámenes anuales de bienestar, consultas por enfermedad, vacunas y atención médica general.

Otros proveedores dentro de la red

Obtenga atención de otros médicos, especialistas o proveedores (como atención de urgencia o en hospitales) dentro de la red. Para encontrar un médico en la red, ingrese en www.healthnet.com y haga clic en el enlace “Find a Provider” (Buscar un proveedor).

Servicios de salud mental

Su plan incluye cobertura para lo siguiente:

- asesoramiento;
- servicios psiquiátricos.

No necesita una remisión de su médico.

Encuentre un terapeuta o un psiquiatra en www.healthnet.com y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor). También puede llamar a Servicios al Afiliado y seleccionar “Salud del comportamiento”.



En su hogar

Consultas por videollamada en cualquier momento

¿No puede encontrarse con su médico o necesita ayuda cuando el consultorio está cerrado? Utilice los servicios de telesalud para las consultas en línea por videollamada con un médico certificado por la Junta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los servicios de telesalud son una opción sencilla para obtener atención que no es de emergencia. Los médicos de los servicios de telesalud pueden recetar medicamentos cuando sea necesario. La información de contacto de los servicios de telesalud se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.

Consultas por teléfono en cualquier momento

Si quiere obtener servicios de salud mental o para trastorno por abuso de sustancias a través de una consulta por teléfono o videollamada, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado y seleccione “Salud del Comportamiento”.

Línea de Consultas con Enfermeras.

Si quiere obtener ayuda en tiempo real para entender sus síntomas y determinar el nivel de atención que necesita, llame a nuestra Línea de Consultas con Enfermeras y hable con un médico clínico las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono se encuentra más abajo y al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.



En una clínica

Centros de atención de urgencia

Reciba atención en el día por lesiones o enfermedades que no sean de emergencia ni pongan en riesgo la vida. Actualmente, en muchos centros de atención de urgencia se realizan rayos X y pruebas de laboratorio.

Ingrese en www.healthnet.com y haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor) para encontrar un centro de atención de urgencia cerca de su hogar.

Nota: Acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911 si tiene una emergencia.

La atención de emergencia es para afecciones médicas que ponen en riesgo la vida o para lesiones graves causadas por accidente.

Para recibir ayuda, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado, de manera gratuita, al 1-800-675-6110 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

8 Cómo Recibir Atención

APRENDA A USAR SUS BENEFICIOS

Queremos asegurarnos de que tiene todo lo que necesita para comenzar a usar sus beneficios ahora mismo. Le quedan algunas cosas por hacer, así que comencemos.

1

Verifique la fecha de inicio de la cobertura

En su tarjeta de identificación de afiliado figura la fecha de cobertura. Si no recibió la tarjeta por correo, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado o busque la fecha de cobertura en línea.

2

Confirme su médico

Tómese un minuto para ver si el médico que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado es el correcto. Puede elegir otro médico, si necesita o si quiere hacerlo. ¡Siempre puede elegir!

Si opta por un médico distinto del que figura en su tarjeta, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado.

3

Programe una cita con el médico

Una vez que comienza la cobertura, debe consultar a su médico dentro de los primeros 120 días. Para programar una cita, llame al consultorio, al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de afiliado.

Si tiene problemas para llegar a su cita, podemos ayudarle con nuestro servicio de transporte gratuito. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado para programar este servicio.

4

Haga preguntas y obtenga respuestas

Durante la primera cita, el médico hará una evaluación de salud que lo ayudará a comprender su historial médico y cualquier problema de salud que pueda tener. Este es el momento ideal para hacer preguntas.

Comuníquese con nosotros para lo siguiente:

- confirmar su médico;
- programar una cita;
- coordinar el servicio de transporte gratuito;
- obtener respuestas a sus preguntas.

Por teléfono

Llame al número gratuito 1-800-675-6110 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

En línea

www.healthnet.com

9 Encuentre un Médico de la Red

OBTENGA UN DIRECTORIO DE PROVEEDORES DE TRES MANERAS



En línea

Acceda a la lista de proveedores más actualizada.¹ Use el enlace “Find a Provider” (Buscar un proveedor) en nuestro sitio web, en healthnet.com, luego siga estos pasos:

1. Haga clic en “Find a Provider” (Buscar un proveedor).
2. Ingrese su ubicación.
3. Restrinja la búsqueda según el tipo de plan o red.
4. En la lista desplegable elija “Medi-Cal”.
5. Seleccione un tipo de proveedor.
6. Para descargar un *Directorio de Proveedores* de la página “Provider Search” (Búsqueda de proveedores), ingrese en el enlace “Provider Directory” (Directorio de Proveedores) en la parte inferior de la página.

Para descargar un *Directorio de Proveedores* de la página “Provider Search” (Búsqueda de proveedores), haga clic en el enlace “Provider Directory” (Directorio de Proveedores) en la parte inferior de la página. Esta es nuestra lista de proveedores más actualizada. La disponibilidad de los proveedores está sujeta a cambios.

Obtenga su *Manual del Afiliado*

También puede obtener una copia del *Manual del Afiliado de Health Net Medi-Cal*. Descargue su copia en nuestro sitio web healthnet.com/shp. Haga clic en “Health Net Medi-Cal Member Handbook” (Manual del Afiliado de Health Net Medi-Cal). Se descargará el *Manual del Afiliado* en formato PDF.



Por teléfono

Llame a Servicios al Afiliado, al **1-800-675-6110 (TTY: 711)**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Por correo (opcional)

Complete el formulario que aparece a continuación y le enviaremos una copia del *Manual del Afiliado* y del *Directorio de Proveedores*.

Nota: Use el sobre adjunto para enviar el formulario completo.

Escriba en letra de imprenta y complete toda la información con tinta azul o negra.

- Marque el condado del **Directorio de Proveedores** que desea: Amador Calaveras Inyo Los Angeles Mono Sacramento San Joaquin Stanislaus Tulare Tuolumne
- Si es necesario, seleccione un **formato alternativo**: Braille Letra grande Audio
- Para un **Manual del Afiliado**, marque la casilla de su idioma de preferencia: Inglés Español Árabe Armenio Camboyano Chino Farsi Hmong Coreano Ruso Tagalo Vietnamita

Nombre del afiliado: _____ N.º de identificación del afiliado: _____

Dirección: _____ N.º de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

¹ La disponibilidad de los proveedores está sujeta a cambios.

10 Haga Su Chequeo Ahora

TODOS LOS AFILIADOS DE HEALTH NET DEBEN HACERSE UN CHEQUEO DENTRO DE LOS 120 DÍAS DE AFILIARSE A HEALTH NET.

Estos son los motivos por los que el primer chequeo es muy importante:



Conocerá a su médico antes de tener una enfermedad.



El médico puede explicarle cómo usar los servicios de su plan de salud.



Su médico también le informará a quién llamar y a dónde acudir si necesita tratamiento médico cuando el consultorio esté cerrado.



Sus hijos recibirán las vacunas que necesitan para la escuela.



Recibirá información sobre los exámenes de salud que deben hacerse usted y sus hijos para mantenerse saludables.



Línea de Consultas con Enfermeras de Health Net

¿Se siente mal y necesita asesoramiento? Llame a su médico y pida ayuda, o llame a la Línea de Consultas con Enfermeras de Health Net al **1-800-675-6110 (TTY: 711)** para recibir asesoramiento de manera rápida y gratuita. Las enfermeras están disponibles **las 24 horas, los 7 días de la semana**. Pueden hablar con usted en su idioma de preferencia y guiarlo para satisfacer sus necesidades de atención de salud.

(continuación)



A través de la Línea de Consultas con Enfermeras de Health Net, podrá hacer lo siguiente:

- **Obtener información** para decidir si debe acudir a la sala de emergencias.
- **Saber** si puede esperar para consultar a su médico.
- **Hablar** sobre sus problemas de salud y las opciones de tratamiento.
- **Recibir consejos** para sentirse mejor cuando está enfermo en su casa.
- **Obtener información** sobre sus medicamentos y sus necesidades de salud.

Para obtener más información,
visite www.healthnet.com.



Llame al médico que figura
en su tarjeta de identificación
de afiliado para programar un
chequeo hoy mismo.

Esta información no debe reemplazar la atención médica profesional. Siga siempre las instrucciones de su proveedor de atención de salud.

Los programas y servicios están sujetos a cambios. Los materiales de educación para la salud están disponibles en varios idiomas y formatos alternativos cuando lo solicite.

FLY061475SP00 (2/23)

11 Una Sonrisa Sana Empieza Aquí

Tener sanos los dientes ayuda a mantener saludable el resto del cuerpo. Por eso, ofrecemos los beneficios dentales de Medi-Cal a nuestros afiliados a Medi-Cal.

Los beneficios dentales de Medi-Cal incluyen los siguientes:

Atención con regularidad para mantener sanos los dientes

- exámenes y rayos X;
- limpiezas;
- tratamiento con fluoruro para prevenir caries.

Atención para solucionar problemas dentales

- empastes;
- endodoncia en los dientes anteriores;
- coronas prefabricadas;
- dentaduras postizas completas;
- otros servicios dentales necesarios.

Con el plan dental de Medi-Cal de Health Net, usted y su familia pueden disfrutar de lo siguiente:

- Una red de dentistas comprometidos y expertos que hablan su idioma y comprenden sus necesidades personales.
- Acceso fácil a las clínicas cerca de usted.
- Administradores de casos para ayudarlo con la atención dental.
- Programas de bienestar y de educación para la salud.

Encuentre más información sobre el plan dental de Medi-Cal

Si vive en los condados de Los Angeles o Sacramento, comuníquese con Health Net:

Por teléfono
Llame al número gratuito 1-800-213-6991 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 6:00 p. m.

En línea
www.hndental.com

Si no vive en los condados de Los Angeles o Sacramento, comuníquese con el plan dental de Medi-Cal:

Por teléfono
Llame al número gratuito 1-800-322-6384 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m.

En línea:
<https://dental.dhcs.ca.gov/Beneficiaries/Denti-Cal/>

12 ¡Ocúpese de su Salud!

SERVICIOS Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Todos queremos una salud mejor. Con ayuda y apoyo, es posible lograrlo. Tenemos una gran variedad de programas, herramientas y servicios gratuitos para ayudarles a usted y a su familia a tomar medidas para mejorar la salud.

Programas para todos



Siéntase bien con su peso

Para tener un peso saludable, no alcanza con contar las calorías. Familias Sanas Viven Mejor y los Programas para Controlar el Peso de Hábitos Saludables para Personas Saludables pueden ayudarle a alcanzar sus objetivos de peso. Tal vez quiera que la ropa le quede mejor o necesita estar en forma para seguirles el ritmo a sus nietos. No importa cuál sea el motivo, le brindamos las herramientas y el apoyo que necesita.



Deje de fumar para siempre

Una de las mejores cosas que puede hacer por su salud es dejar de fumar y de vapear. Además, es una buena forma de ahorrar dinero. ¡Los fumadores gastan alrededor de \$180 por mes en cigarrillos!

Sabemos que dejar de fumar no es fácil, pero no tiene que hacerlo solo. Estamos aquí para ayudarle con apoyo telefónico, información sobre cómo dejar de fumar y medicamentos para controlar la ansiedad.

Llame a Kick It California al **800-300-8086 (TTY: 711)**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

(continuación)



Programas para la familia y los hijos



Un comienzo saludable para su bebé

Durante el embarazo, surgen muchas dudas. ¿Cómo se está desarrollando mi bebé? ¿Cómo puedo hacer para cuidarme mejor? ¿Esto es normal? Nuestro programa para un embarazo saludable le ofrece las respuestas, los consejos y el apoyo que necesita. Consulte a su médico en cuanto sepa que está embarazada.



La salud mental importa

Su forma de pensar y sentir puede repercutir en su salud general. Nuestros recursos sobre salud mental pueden ayudarle a aprender más, sentirse mejor y vivir bien.

Encuentre más información sobre otros programas y servicios



Corazones Saludables, Vidas Saludables: un programa a su propio ritmo

Reciba un kit de herramientas, incluido un cuaderno de ejercicios, para tener un corazón sano.



Programa para la prevención de la diabetes

Este programa le brinda el apoyo y las herramientas que necesita para perder peso y reducir el riesgo de tener diabetes de tipo 2 y enfermedades cardíacas.



Aprenda Más en Clases de Educación para la Salud

Asista a clases sobre diferentes temas para mantenerse saludable.

Para comunicarse con nosotros, llame a los siguientes números gratuitos:

Línea de Información sobre Educación para la Salud

800-804-6074 (TTY: 711)

de lunes a viernes,
de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Servicios al Afiliado

800-675-6110 (TTY: 711)

las 24 horas del día,
los 7 días de la semana.

En línea

www.healthnet.com

Inicie sesión en su cuenta en el sitio web y visite nuestra biblioteca de materiales de educación para la salud. Encontrará artículos relacionados con los siguientes temas:

diabetes;

asma;

presión arterial alta;

vacunas;

exámenes de detección;

y mucho más.

Esta información no debe reemplazar la atención médica profesional. Siga siempre las instrucciones de su proveedor de atención de salud. Los programas y los servicios están sujetos a cambios.

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FLY063122SPO0 (8/23)

13 Pautas sobre Exámenes de Detección Preventivos de Health Net

PAUTAS PARA NIÑOS Y ADULTOS





Esta guía sirve para recordarle programar las visitas de atención preventiva con su médico de familia. Siempre recurra a su médico para obtener atención y siga sus consejos, ya que estas pautas se actualizan regularmente y pueden cambiar.

Esta información no constituye asesoramiento médico ni una cobertura de beneficios en particular. Consulte el texto de los beneficios de su plan para saber cuál es la cobertura y cuáles son las limitaciones y las exclusiones.

Le ayudamos a mantenerse saludable

Para obtener más información o detalles de las pautas, visite www.healthnet.com o llame a alguno de los números que figuran a continuación.

Afiliados de Health Net Medi-Cal:

- **Línea de Información sobre Educación para la Salud: Llame al 800-804-6074 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. para obtener materiales y recursos de educación para la salud gratuitos. Puede obtener información sobre el programa para dejar de fumar, los programas para el control de peso y mucho más. Los materiales de educación para la salud están disponibles en varios idiomas y formatos alternativos cuando lo solicite.
- **Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medi-Cal: Llame al 800-675-6110 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Vacunas recomendadas

Calendario para personas de 0 a 6 años^{1,2}

Vacuna	En el nacimiento	Edad (en meses)									Edad (en años)			
		1	2	4	6	9	12	15	18	De 19 a 23	De 2 a 3	4	5	6
Hepatitis B (HepB)	✓	✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.			✓			Póngase al día con las vacunas si es necesario.					
Rotavirus (RV)		✓	✓	✓										
Difteria, tétanos y tosferina (DTaP)		✓	✓	✓	✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		✓			
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)		✓	✓	✓	✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.			Grupos de alto riesgo.		
Antineumocócica		✓	✓	✓	✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.			Grupos de alto riesgo.		
Antipoliomielítica inactivada (IPV)		✓	✓	✓			Póngase al día con las vacunas si es necesario.			✓				
Influenza (gripe)						✓ Una vez al año.								
COVID-19						✓ Según lo sugiera su médico.								
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)					Grupos de alto riesgo.		✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.			✓			
Varicela (VAR)							✓	Póngase al día con las vacunas si es necesario.			✓			
Hepatitis A (HepA)							✓ 2 dosis.		✓ Según lo sugiera su médico, grupos de alto riesgo.					
Antimeningocócica			✓ Grupos de alto riesgo.											

Póngase al día con las vacunas si es necesario: Si le faltan vacunas, puede hablar con su médico para vacunarse en este momento.

Grupos de alto riesgo: Consulte a su médico para saber si debe aplicarse esta vacuna.



Vacunas recomendadas

Calendario para personas de 7 a 18 años^{1,2}

Vacuna	Edad (en años)		
	De 7 a 10	De 11 a 12	De 13 a 18
Tétanos, difteria y tosferina (Tdap)	Póngase al día con las vacunas si es necesario.	✓ 1 dosis.	Póngase al día con las vacunas si es necesario.
Virus del papiloma humano (VPH)	Grupos de alto riesgo.	✓ Según lo sugiera su médico.	Póngase al día con las vacunas si es necesario.
Influenza (gripe)	✓ Una vez al año.		
COVID-19	✓ Según lo sugiera su médico.		
Antineumocócica	Grupos de alto riesgo.		
Hepatitis A (HepA)	Según lo sugiera su médico, grupos de alto riesgo.		
Hepatitis B (HepB)	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		
Antipoliomielítica inactivada (IPV)	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		
Varicela (VAR)	Póngase al día con las vacunas si es necesario.		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Grupos de alto riesgo.		
Antimeningocócica	Grupos de alto riesgo.	✓ 1 dosis.	✓ Póngase al día con las vacunas si es necesario; refuerzo a los 16 años.
Antimeningocócica tipo B	Grupos de alto riesgo, de 10 a 18 años.		

Póngase al día con las vacunas si es necesario: Si le faltan vacunas, puede hablar con su médico para vacunarse en este momento.

Grupos de alto riesgo: Consulte a su médico para saber si debe aplicarse esta vacuna.





Exámenes de detección recomendados (pruebas)

Calendario para personas de 0 a 18 años^{1,2,3}

Servicio	Edad (en meses)						Edad (en años)		
	Del nacimiento a los 6	9	12	15	18	De 19 a 36	De 3 a 10	De 11 a 12	De 13 a 18
Examen de salud de rutina	En el nacimiento, de los 3 a 5 días de vida, y al cumplir 1, 2, 4 y 6 meses.	Cada 3 meses.			Cada 6 meses.		Todos los años.		
Prueba de detección de plomo	A partir de los 6 meses, control durante los exámenes de salud de rutina. Prueba a los 12 y 24 meses, o según lo sugiera su médico.								
Consulta dental	Cada 6 a 12 meses, o según lo sugiera su dentista.								
Barniz o suplementos de fluoruro	A partir de los 6 meses, según lo sugiera su médico o dentista.								
Análisis de sangre	Una vez antes de los 2 meses.	Control a los 4 y 12 meses, y durante el examen de salud de rutina si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.							
Índice de masa corporal (IMC)						A partir de los 2 años, control del IMC durante el examen de salud de rutina.			



Vacunas recomendadas

Calendario para adultos^{1,2}

Vacuna	Edad (en años)				
	De 19 a 26	De 27 a 49	De 50 a 59	De 60 a 64	A partir de los 65
COVID-19	✓ Según lo sugiera su médico.				
Tétanos, difteria, y tosferina (Td o Tdap)	✓ 1 dosis de Tdap y luego refuerzos de Td cada 10 años.				
Virus del papiloma humano (VPH)	✓ Según lo sugiera su médico.	Si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.			
Varicela (VAR)	✓ 2 dosis.				
Herpes zóster			✓ 2 dosis de la vacuna recombinante contra el herpes zóster a partir de los 50 años o 1 dosis de la vacuna viva contra el herpes zóster a partir de los 60 años.		
Sarampión, paperas y rubéola (MMR)	✓ 1 o 2 dosis o según lo sugiera su médico.				
Influenza (gripe)	✓ Todos los años.				
Antineumocócica (PPSV 23 o PCV 13)	Si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.				✓ 1 dosis.
Hepatitis A (HepA)	2 o 3 dosis si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.				
Hepatitis B (HepB)	3 dosis si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.				
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	1 o 3 dosis si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.				
Antimeningocócica	1 o más dosis si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.				
Antimeningocócica tipo B	2 o 3 dosis si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.				

Grupos de alto riesgo: Consulte a su médico para saber si debe aplicarse esta vacuna.



Evaluaciones de salud recomendadas (pruebas)

Calendario para adultos^{1,2,4}

Servicio	Edad (en años)		
	De 19 a 39	De 40 a 64	A partir de los 65
Examen de salud de rutina	Todos los años.		
Examen de detección de pérdida auditiva	Según lo sugiera su médico.		
Examen para detectar problemas en la vista	Cada 5 a 10 años.	Cada 2 a 4 años entre los 40 y los 54 años de edad; cada 1 a 3 años entre los 55 y los 64 años de edad.	Cada 1 a 2 años.
Tratamiento con aspirina para prevenir enfermedades cardíacas	Hable con su médico en el examen de salud de rutina.		
Control de la presión arterial para detectar hipertensión	Cada 1 a 2 años.		
Índice de masa corporal (IMC) para detectar obesidad	Control durante los exámenes de salud de rutina.		
Examen de colesterol para detectar niveles de grasas en sangre	Según lo sugiera su médico.	Si está en un grupo de mayor riesgo, controles cada 5 años a partir de los 35 años en hombres y de los 45 años en mujeres.	
Examen de detección de cáncer colorrectal	Entre los 40 y los 44 años, según lo sugiera su médico. A partir de los 45 años, hable con su médico para saber qué examen debe hacerse y con qué frecuencia.		
Examen de glucosa para detectar los niveles de azúcar en sangre	Control si está en un grupo de alto riesgo.	Cada 3 años o según lo sugiera su médico.	
Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Se realiza un único examen de detección; se repite si está en un grupo de alto riesgo.		Según lo sugiera su médico.
Atención dental	Cada 6 meses.		
Hepatitis C y B	Se realizan pruebas de detección si está en un grupo de alto riesgo o según lo sugiera su médico.		





Evaluaciones de salud recomendadas (pruebas)

Calendario para mujeres^{1,2}

Servicio	Edad (en años)		
	De 19 a 39	De 40 a 64	A partir de los 65
Examen pélvico con examen de Papanicolaou para detectar cáncer de cuello uterino	En mujeres sexualmente activas que no están embarazadas, el examen se realiza a partir de los 21 años, cada 3 años. A partir de los 30 años, se realiza cada 3 a 5 años o según lo sugiera su médico.		Según lo sugiera su médico.
Mamografía para detectar cáncer de seno	Controles anuales a partir de los 35 años si está en un grupo de alto riesgo.	Cada 1 o 2 años, o según lo sugiera su médico.	
Examen de senos realizado por un médico	Cada 1 a 3 años.	Todos los años.	
Autoexamen o reconocimiento de senos para detectar cambios	Todos los meses.		
Examen de detección de clamidia, una enfermedad de transmisión sexual	Todos los años hasta los 24 años en mujeres sexualmente activas que no están embarazadas. Todos los años a partir de los 24 años si está en un grupo de alto riesgo.		
Prueba de densidad ósea para detectar pérdida ósea		La evaluación se realiza según el riesgo.	Cada 2 años.



Evaluaciones de salud recomendadas (pruebas)

Calendario para hombres^{1,2}

Servicio	Edad (en años)		
	De 19 a 39	De 40 a 64	A partir de los 65
Prueba de antígeno prostático específico y examen de tacto rectal para detectar cáncer de próstata		Según lo sugiera su médico.	
Ecografía abdominal para detectar aneurisma aórtico abdominal (inflamación de vasos sanguíneos grandes en el área del estómago)			Una vez para personas de entre 65 y 75 años que hayan fumado alguna vez o que tengan factores de riesgo.
Autoexamen testicular	Según lo sugiera su médico.		

¹ Estas pautas pueden cambiar. Hable con su médico.

² El médico debe seguir las series adecuadas y las pautas actuales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Grupo Especial de Servicios Preventivos de los EE. UU. y la Academia Americana de Pediatría.

³ Los exámenes de salud de rutina, la orientación y la educación para niños y adolescentes deben incluir la medición del peso, la altura y la presión arterial del paciente. También deben incluir la medición del índice de masa corporal y exámenes de la vista y de la audición. Entre otros aspectos, la educación y la orientación pueden incluir:

- Métodos anticonceptivos o planificación familiar
- Defectos cardíacos congénitos graves y salud del corazón
- Salud dental
- Evaluaciones del desarrollo o del comportamiento
- Prevención de lesiones o de violencia
- Salud mental, por ejemplo, depresión o trastornos alimenticios
- Nutrición o actividad física
- Infecciones de transmisión sexual y prueba de detección de VIH
- Abuso de sustancias, por ejemplo, prevención del abuso de drogas y alcohol
- Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco
- Prueba de tuberculosis
- Control de peso

⁴ Los exámenes de salud de rutina, la orientación y la educación para adultos deben incluir la medición del peso, la altura, la presión arterial y el índice de masa corporal del paciente; exámenes de la vista y la audición; exámenes de detección de depresión; y pruebas para detectar el consumo de drogas o alcohol. Las recomendaciones varían según el historial médico y los factores de riesgo. La educación y la orientación pueden incluir:

- Exámenes de detección de cáncer, por ejemplo, del cáncer de pulmón, y evaluación de riesgo de mutación de los genes BRCA
- Métodos anticonceptivos o atención previa al embarazo
- Salud dental
- Prevención de abuso de drogas o ayuda para dejar de consumirlas
- Planificación familiar
- Salud del corazón, evaluación con electrocardiograma
- Prevención de lesiones o de violencia
- Planificación de la maternidad
- Menopausia
- Salud mental, por ejemplo, depresión o trastornos alimenticios
- Nutrición o actividad física
- Prácticas sexuales, infecciones de transmisión sexual y prueba de detección de VIH
- Abuso de sustancias, por ejemplo, prevención del abuso de drogas y alcohol
- Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco
- Prueba de tuberculosis
- Control de peso

Esta información no debe reemplazar la atención médica profesional. Siga siempre las instrucciones del proveedor de atención de salud. Los programas y los servicios están sujetos a cambios.

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

14 Obtenga Ayuda y Apoyo con los Servicios de Emergencia de Health Net

Health Net está para brindarle apoyo a nuestros afiliados y comunidades en los momentos de necesidad. Tenemos muchas formas de brindarle ayuda ante situaciones de emergencia. Por ejemplo:



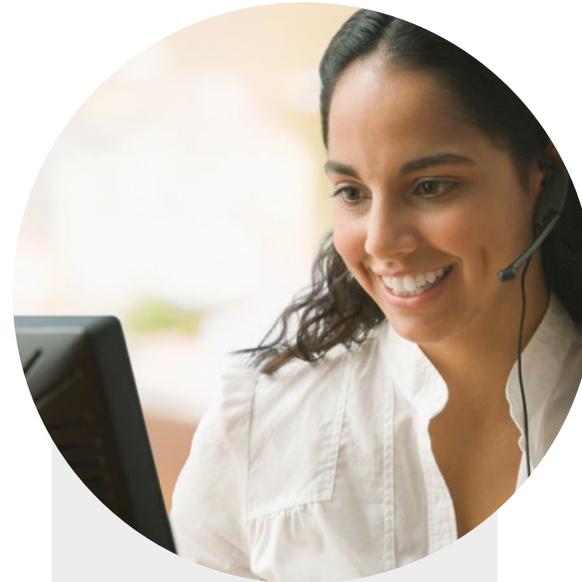
Línea telefónica de apoyo

- Para garantizar su seguridad y la de su familia. Revisaremos toda la información de seguridad para emergencias (incendios, inundaciones, terremotos, etc.).
- Para establecer los contactos que necesite:
 - Centros de evacuación locales.
 - Recursos.
 - Transporte.
- Para evaluar si necesita ayuda médica y medicamentos. Además, le pondremos en contacto con otras opciones de proveedor y farmacia si no obtiene acceso:
 - Al proveedor habitual.
 - Al especialista.
 - A la farmacia local.
- Para encontrar alternativas de vacunación contra la COVID-19 si no puede asistir a una cita programada.



Apoyo en el lugar

- Brindamos apoyo directo a los afiliados en el lugar y los centros de evacuación del condado local.
- Proporcionamos ayuda de atención de salud y le brindamos asistencia, además, con los múltiples recursos y servicios disponibles para usted en la comunidad cercana.
- Le ayudamos con lo siguiente:
 - Programar citas.
 - Encontrar una farmacia o ayuda con los medicamentos.
 - Reservar traslados de ida y vuelta a citas médicas y visitas a la farmacia.



Números de emergencia de Health Net

Servicios al Afiliado:

1-800-675-6110

(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Información para Suministro de Emergencia de Recetas Médicas:

1-800-400-8987

De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Línea Directa de Salud Mental:

1-800-227-1060

(disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana)

Información para Proveedores de Atención de Salud:

1-800-641-7761

De lunes a viernes,
de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.



FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL

Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan de salud/ dental, Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-430-3003.

Envíe por correo este formulario completo a: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.

SÍRVASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA USANDO SÓLO TINTA AZUL O NEGRA. LLENE COMPLETAMENTE LOS ÓVALOS ● PARA INDICAR SU ELECCIÓN. VEA EL EJEMPLO EN LA PARTE POSTERIOR.

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="radio"/> F	<input type="text"/>	
1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)		2) Sexo	3) Número de Teléfono	
<input type="text"/>				
4) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal)				

Sírvase escoger un Plan de Salud y un Plan Dental de la lista para cada miembro mencionado. Los Códigos del Doctor/ Clínica se pueden encontrar en el Directorio de Proveedores del Plan.

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="radio"/> F	<input type="text"/>	
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)		6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
PLANES DE SALUD	<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>		<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>	
	<input type="radio"/> 170 KP Cal, LLC	<input type="radio"/> 015 Aetna Better Health of CA	<input type="radio"/> 421 Access Dental Plan	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)
	<input type="radio"/> 150 Health Net Comm Solutions	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)	<input type="radio"/> 425 Liberty Dental Plan of CA	
	<input type="radio"/> 190 Anthem Blue Cross Partnrshp	Código del Doctor / Clínica	<input type="radio"/> 427 HealthNet of California	Código del Dentista / Clínica
	<input type="radio"/> 130 Molina Healthcare Partner	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>		Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>		

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="radio"/> F	<input type="text"/>	
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)		6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
PLANES DE SALUD	<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>		<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>	
	<input type="radio"/> 170 KP Cal, LLC	<input type="radio"/> 015 Aetna Better Health of CA	<input type="radio"/> 421 Access Dental Plan	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)
	<input type="radio"/> 150 Health Net Comm Solutions	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)	<input type="radio"/> 425 Liberty Dental Plan of CA	
	<input type="radio"/> 190 Anthem Blue Cross Partnrshp	Código del Doctor / Clínica	<input type="radio"/> 427 HealthNet of California	Código del Dentista / Clínica
	<input type="radio"/> 130 Molina Healthcare Partner	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>		Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>		

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="radio"/> F	<input type="text"/>	
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)		6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
PLANES DE SALUD	<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>		<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>	
	<input type="radio"/> 170 KP Cal, LLC	<input type="radio"/> 015 Aetna Better Health of CA	<input type="radio"/> 421 Access Dental Plan	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)
	<input type="radio"/> 150 Health Net Comm Solutions	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)	<input type="radio"/> 425 Liberty Dental Plan of CA	
	<input type="radio"/> 190 Anthem Blue Cross Partnrshp	Código del Doctor / Clínica	<input type="radio"/> 427 HealthNet of California	Código del Dentista / Clínica
	<input type="radio"/> 130 Molina Healthcare Partner	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>		Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>		

***CÓDIGOS DE LAS RAZONES DEL CAMBIO DE PLAN:**

Código 1: No pude escoger al doctor o dentista que deseaba	Código 4: Está muy lejos de mi casa	Código 7: Exoneración del Programa de Salud Indio (Indian Health Program Exemption)
Código 2: El plan de salud/ dental no satisfacía mis necesidades	Código 5: Yo no escogí este plan	Código 8: Exoneración Médica/ Dental
Código 3: Mi doctor/ dentista no satisfacía mis necesidades	Código 6: Se muda del co	Código 9: Otro

NOTIFICACIÓN: He leído la descripción del plan. Entiendo que Kaiser requiere el uso del arbitraje neutro obligatorio para resolver ciertas disputas. Esto incluye disputas acerca de si se proporcionó el tratamiento médico correcto (llamado negligencia médica) y otras disputas relacionadas a los beneficios o la prestación de servicios. Si escojo Kaiser, renuncio a mi derecho a un jurado o proceso judicial para esas ciertas disputas. Asimismo, estoy de acuerdo en que se utilice el arbitraje neutro obligatorio para resolver esas ciertas disputas. No renuncio a mi derecho de pedir una audiencia en el Estado relacionada con cualquier tema, que esté comprendida en el proceso de audiencia en el Estado.

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN: Yo/ nosotros he/ hemos hecho la elección por escrito para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de los planes de salud/ dentales, tal como lo he/hemos indicado en este formulario. Yo/ nosotros he/ hemos leído y entendido las condiciones de este contrato. Yo/ nosotros entendemos que para cambiar mi/ nuestro plan de salud/ dental Medi-Cal actual, yo/ nosotros debemos completar este formulario.

Firma del Jefe de la Familia	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha
------------------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	-------

7254061943

Highly Confidential



SA_OMM3495_SPA_1117

Use el sobre identificado como “**Health Information Form**” para enviarnos dicho formulario.

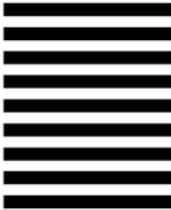
BRE064013E000 (10/23)
Health Information Form

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



Use el sobre identificado como “**Provider Directory Request**” para enviarnos el comprobante de dicha solicitud.

BRE064014E000 (10/23)
Provider Directory Request

SAMPLE ONLY

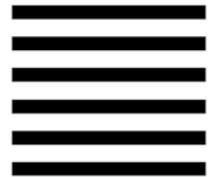


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

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



Aviso de No Discriminación

Health Net cumple con las leyes estatales y federales sobre derechos civiles y no discrimina, no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identidad de origen étnico, edad, discapacidad mental o física, enfermedad, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Health Net brinda:

- Herramientas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para facilitarles la comunicación con nosotros, como intérpretes del lenguaje de señas calificados e información por escrito en varios formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros).
- Servicios de idioma gratuitos a personas cuya lengua principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita esos servicios o quiere solicitar este documento en un formato alternativo, llame al Centro de Comunicación con el Cliente de Health Net, al 1-800-675-6110 (TTY: 711), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Si cree que Health Net no brindó estos servicios o que se discriminó de alguna otra manera ilícita, puede presentar una queja formal a Health Net por teléfono, por escrito, en persona o en línea.

- Por teléfono: Comuníquese con el coordinador de derechos civiles de Health Net, 1-866-458-2208 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a Health Net Civil Rights Coordinator, P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409 9103.
- En persona: Visite el consultorio de su médico o vaya a Health Net e informe que quiere presentar una queja formal.
- En línea: Visite el sitio web de Health Net, www.healthnet.com.

También puede presentar una queja sobre los derechos civiles por teléfono, por escrito o en línea a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California.

- Por teléfono: Comuníquese al 916-440-7370. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o escriba una carta y envíela a 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.
Los formularios de quejas están disponibles en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- En línea: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Si cree que fue víctima de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre los derechos civiles por teléfono, por escrito o en línea a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- Por teléfono: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)
- Por escrito: Complete el formulario de quejas o envíe una carta a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- En línea: Visite el portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

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 និងឯកសារព្រីនជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ 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)。还可提供面向残疾人士的帮助和服务，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. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນມີໄວ້ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃດຍບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃດໆ.

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 serbisyonang ito.

Thai: หากคุณหรือคนที่คุณช่วยเหลือ ต้องการบริการด้านภาษา โทร 1-800-675-6110 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมี ความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ 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.



Comuníquese con nosotros para obtener más información

Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367

Departamento de Servicios al Afiliado

Número de teléfono gratuito 1-800-675-6110 (TTY: 711),
las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios de Inscripción

Número de teléfono gratuito 1-800-327-0502 (TTY: 711)
de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6:00 p. m.

www.healthnet.com

¡Le damos la
bienvenida a su
plan Medi-Cal
de Health Net!

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. son subsidiarias de Health Net, LLC.
Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.
DGK063506SK00 (10/23)