

由 Health Net 為您提供



# Medi-Cal 101 – 回答您關於 Medi-Cal 的問題

了解 MEDI-CAL 提供的內容並查看您是否符合資格



[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)



# 我的 Medi-Cal 藍圖：摘要



## Medi-Cal 提供哪些福利？

Medi-Cal 福利包括：

- 個案管理
- 牙科照護
- 耐用醫療器材
- 急診服務
- 住院
- 安寧照護
- 化驗室和放射學服務 (例如 X 光)
- 精神健康服務
- 產科及新生兒照護
- 每週 7 天、每天 24 小時提供服務的護士諮詢專線
- 門診服務
- 處方藥
- 交通運輸等福利！

## 申請 Medi-Cal 並制訂健康計畫

您可以透過 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 或 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com) 線上申請 Medi-Cal。或者透過郵件、電話或親自透過當地郡政府的人類服務機構。提交申請後，您當地郡政府的人類服務機構將會決定您是否有 Medi-Cal 資格或是否需要更多資訊。

### 若您符合資格：

1. 您將會在郵件中收到 Medi-Cal 福利身分證明卡 (BIC)。
2. 選取健保計畫。
3. 選擇醫生。
4. 收到健保計畫 ID 卡。
5. 開始使用 Medi-Cal 福利！





# Medi-Cal 101 – 概述

## 什麼是 Medi-Cal ?

Medi-Cal 是州政府健康計畫，向以下 California 人士提供免費或低價的健康保險：

- 成人
- 有小孩的家庭
- 長者
- 殘障人士
- 懷孕婦女
- 接受寄養照護的兒童
- 曾接受寄養照護的青年，以 26 歲為限

## 您知道嗎？

合格人士全年皆可投保 Medi-Cal。此外，**無論移民狀態如何，所有住在 California 的合格人士都可以取得 Medi-Cal。**其完整的健康照護承保範圍包括：

**\$0 醫生看診**

**\$0 處方藥保險**

**\$0 每月計畫保費**

**\$0 健康教育課程**

**\$0 疫苗接種**

# 常見問題解答

## 為什麼應投保 Medi-Cal ？

您應該投保，因為健康照護是生活的一部分！而無論您是否支付，Medi-Cal 都會提供醫療和牙科保險。此外，維持預防性健康照護可協助您達到最佳的長期健康目標。

取用健康照護也可以提升您的社交技能以及心理和生理健康。這有助於提升您的整體生活水準。

請放心，透過 Medi-Cal 運作的健康保險提供給所有合格的加州人士。

					
<b>保持身體和 心智健康的 方式：</b>	<b>生病或受傷時 得到幫助的 方式：</b>	<b>保持微笑的 方式：</b>	<b>適合孕期和 嬰兒的計畫與 照護：</b>	<b>取得藥物的 方式：</b>	<b>取得免費的 交通工具以便 進行：</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• 健康篩檢</li><li>• 疫苗接種</li><li>• 定期健康檢查</li><li>• 行為健康</li><li>• 飲食和鍛煉計畫</li><li>• 物理治療</li><li>• 牙科和視力保健</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 主治醫師看診</li><li>• 通話醫療約診</li><li>• 緊急照護</li><li>• ER</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 牙科檢查</li><li>• 洗牙</li><li>• 急診服務</li><li>• 塗氟治療</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 計畫生育</li><li>• 驗孕</li><li>• 產前照護</li><li>• 疫苗接種和篩檢</li><li>• 兒童健康檢查和學校體檢</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 免費處方藥物</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 醫療約診</li><li>• 牙科看診</li><li>• 藥房</li><li>• 洗腎和其他持續性照護</li><li>• 治療師，包括物質濫用幫助看診</li><li>• 專科醫師約診</li><li>• 醫療器材領取</li><li>• 出院</li></ul>



## 什麼是 Medi-Cal 預防性照護篩檢？

篩檢包括：

**初期健康評估 (IHA)** - 如果您健康，您的家庭也會更健康。IHA 包括適合您年齡的歷史記錄和體檢。**為了您和家人的健康，請將健康檢查作為清單中的優先事項。**

**兒童健康檢查和疫苗接種** - 按照美國兒科學會 (AAP) 保健照護時程很重要。兒童健康檢查和疫苗接種有助於在孩子生病前確保照顧孩子的健康。

**青少年看診和疫苗接種** - 保持青少年的健康！讓青少年進行體檢很重要。針對青少年目前和持續中的健康狀況，為他們安排兒童健康看診。

**女性健康** - 乳房 X 光攝影有助於發現結塊。子宮頸癌會緩慢惡化，因此需要定期篩檢以保持健康。制訂健康計畫並嚴格執行。

**一般健康** - 包括完整的糖尿病預防和照護以及血壓控制。將預防性照護視為優先目標，並對於照顧自己感到開心。



## 什麼是聯邦貧困等級？

聯邦貧困等級 (FPL) 是一種衡量標準。U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) 使用 FPL 了解某個人是否能夠接受政府控管的計畫和服務，例如 Medi-Cal。

政府機構每年會修訂並發佈 FPL 金額。您可以造訪 Department of Healthcare Services (DHCS) 網站 [www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/DoYouQualifyForMedi-Cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/DoYouQualifyForMedi-Cal.aspx)，查看最新的 FPL 資訊。

## 依 2025 年聯邦貧困等級判定的計畫資格

您的財務協助以及您是否有資格獲得各種 Covered California 或 Medi-Cal 計畫，取決於您的收入並根據聯邦貧困等級 (FPL) 判定。

		Federal Premium Tax Credit*										
		American Indian / Alaska Native (AIAN) Zero Cost Sharing (100%-300%)							AIAN Limited Cost Sharing ** (over 300%)			
SEE NOTE BELOW FOR INCOMES IN THIS RANGE		Silver 94 (100%-150%)		Silver 87 (>150%-200%)		Silver 73 (>200%)						
% FPL	0%	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%*	
Household Size	1	\$0	\$15,060	\$20,783	\$22,590	\$30,120	\$32,078	\$37,650	\$40,060	\$45,180	\$48,494	\$60,240
	2	\$0	\$20,440	\$28,208	\$30,660	\$40,880	\$43,538	\$51,100	\$54,371	\$61,320	\$65,817	\$81,760
	3	\$0	\$25,820	\$35,632	\$38,730	\$51,640	\$54,997	\$64,550	\$68,682	\$77,460	\$83,141	\$103,280
	4	\$0	\$31,200	\$43,056	\$46,800	\$62,400	\$66,456	\$78,000	\$82,992	\$93,600	\$100,464	\$124,800
	5	\$0	\$36,580	\$50,481	\$54,870	\$73,160	\$77,916	\$91,450	\$97,303	\$109,740	\$117,788	\$146,320
	6	\$0	\$41,960	\$57,905	\$62,940	\$83,920	\$89,375	\$104,900	\$111,614	\$125,880	\$135,112	\$167,840
	7	\$0	\$47,340	\$65,330	\$71,010	\$94,680	\$100,835	\$118,350	\$125,925	\$142,020	\$152,435	\$189,360
	8	\$0	\$52,720	\$72,754	\$79,080	\$105,440	\$112,294	\$131,800	\$140,236	\$158,160	\$169,759	\$210,880
add'l, add	\$0	\$5,380	\$7,425	\$8,070	\$10,760	\$11,460	\$13,450	\$14,311	\$16,140	\$17,324	\$21,520	



Medi-Cal for Adults

Medi-Cal for Pregnant Individuals

Medi-Cal Access Program (for Pregnant Individuals)

Medi-Cal for Kids (0-18 Yrs.)

CCHIP (San Francisco, San Mateo, and Santa Clara county residents)

**Note:** Most consumers up to 138% FPL will be eligible for Medi-Cal. If ineligible for Medi-Cal, consumers may qualify for a Covered California health plan with financial help including: federal premium tax credit, Enhanced Silver (94, 87, 73) plans and Zero Cost Sharing and Limited Cost Sharing AIAN plans.

**Enhanced Silver 94, 87 and 73 plans** have no deductibles, and lower co-pays and out-of-pocket maximum costs.

\* Consumers at 400% FPL or higher may receive a federal premium tax credit to lower their premium to a maximum of 8.5 percent of their income based on the second-lowest-cost Silver plan in their area. See the chart on page 2 for more information.

\*\* AI/AN members with household incomes above 300% FPL will be eligible for the Limited Cost Sharing and the Silver 73.

Covered California。聯邦貧困等級。Covered California，[www.coveredca.com/support/financial-help/federal-poverty-level/](http://www.coveredca.com/support/financial-help/federal-poverty-level/)。

## Medi-Cal 計畫

請參閱第 7 頁的  
Covered California 表。

The column headings shaded in orange are associated with eligibility ranges for Medi-Cal programs:

Medi-Cal uses FPL limits for the current year, [as calculated by the Department of Health Care Services](#), to determine eligibility for its programs.

Medi-Cal for Adults	up to 138% FPL
Medi-Cal for Children	up to 266% FPL
Medi-Cal for Pregnant Individuals	up to 213% FPL
MCAP (for Pregnant Individuals)	over 213%–322% FPL
CCHIP (for Children in San Mateo, San Francisco, and Santa Clara counties)	over 266%–322% FPL



### 如何得知我是否能夠減免付款費用和分攤費用？

若要取得 Medi-Cal，您必須符合特定收入、家庭規模和年齡標準。若要取得 Medi-Cal，年收入必須低於 FPL 的 138%。對於單身人士，該金額為每月 \$1,732（或每年 \$20,783）。對於四人家庭，該金額為每月 \$3,588（或每年 43,056）。

### 如果我無法取得 Medi-Cal，該怎麼辦？

對於財務協助（例如聯邦稅額抵減或 California 州補助），無法取得 Medi-Cal 的單身人士或家庭可能有資格獲得 **Covered California 健保計畫**。計畫包括：

- Enhanced Silver 計畫
- American Indian/Alaska Native (AIAN) 計畫

若要了解您是否能夠取得 Medi-Cal，請造訪 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 或 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com) 並更新您的 Covered California 帳戶或 BenefitsCal 帳戶。



## Covered California 計畫

請參閱第 7 頁的  
Covered California 表。

**The unshaded column headings are associated with eligibility ranges for Covered California programs and financial help:**

Covered California uses FPL limits from the previous year to determine eligibility for its programs.

Federal Premium Tax Credit	100%–400%+ FPL
Silver 94	100%–150% FPL
Silver 87	over 150%–200% FPL
Silver 73	over 200% FPL
AIAN Zero Cost Sharing	100%–300% FPL
AIAN Limited Cost Sharing**	over 300% FPL

*\*\*AI/AN members with household incomes above 300% FPL will be eligible for the Limited Cost Sharing and the Silver 73*



## 失業保險 (UI) 是否計入所得？

是。您透過 Covered California 申請健康保險時，**必須呈報**您預期的 UI 給付。填寫申請時，您需要盡可能準確預測該保險年份的收入。這將有助於 Covered California 進行評估。



## 健保計畫是否提供任何投保協助？

是。如果不是所有計畫都提供協助，至少大部分的計畫都會協助。您可以聯絡所選擇的 Medi-Cal 健保計畫，了解更多資訊。請致電 Health Net 投保部門免付費電話 **1-800-327-0502**，服務時間為週一至週五上午 7:30 - 下午 6 點（太平洋時間）。

## 如何申請？

前往：[www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx) 以了解如何申請 Medi-Cal。

您也可以申請 Medi-Cal：

- 透過 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 或 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com) 線上進行。
- 透過郵件。將填妥且簽名的申請表寄至當地郡政府的社會服務辦公室。
- 透過電話。致電您當地的郡政府社會服務辦公室。
- 當面。若要查找您當地的郡政府社會服務辦公室，請前往：  
[www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx)

## 申請後，會發生什麼事？

提交申請後，將會傳送至當地郡政府的人類服務機構。他們將會決定您是否符合資格。

如果在審查您的申請後，需要更多資訊，郡政府將會聯絡您。如果您能夠接受 Medi-Cal，您將會在郵件中取得 Medi-Cal 福利身分識別卡 (BIC)。

您將會在**取得 BIC 的 45 天**內於郵件中收到資訊包。資訊包中說明郡政府提供的 Medi-Cal 健保計畫選項以及投保方式。

然後您將有 **30 天**的時間選擇健保計畫。如果您沒有選擇計畫，**Medi-Cal 會為您選擇一個計畫**。提供的健保計畫取決於您居住在哪個郡政府。

請造訪 [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov) 挑選健保計畫。

如果您已投保 Medi-Cal 並且需要挑選健保計畫，您可以在醫療保健選項網站 [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov) 進行。

- 如果只有列出一個健保計畫，表示**郡政府已為您選擇此計畫**。請等待郵件中的健保計畫資訊。
- 如果列出多個健保計畫，請探索每個計畫，並選擇適合您和您家人需求的一項。別忘了，如果您在取得健保計畫資訊郵件後 30 天內沒有選擇計畫，Medi-Cal 將會為您選擇計畫。

如需更多資訊，請造訪 DHCS 網站

[www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/Steps-to-Medi-Cal.aspx)

# 有更多問題

**繼續閱讀：**

**我的收入因失業或時數減少而改變。我現在是否能申請健康保險？**

是。您可以隨時申請 **Medi-Cal**。您不必等待開放投保或您的 COBRA 結束才能申請 Medi-Cal。造訪：[www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 或 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)。或撥打 Covered California 免費電話：1-800-300-1506（聽障專線：711），服務時間為星期一到星期五，上午 8 點至下午 6 點（太平洋時間）。或者透過郵件、電話或親自透過當地郡政府的人類服務機構。

**如果我休留職假、無薪假或家庭事務假，我的選項會是什麼？**

Medi-Cal 可提供**暫時保險選項**，直到您返回工作為止。若要了解更多，請造訪：[www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com) 或 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)。或撥打 Covered California 免費電話：1-800-300-1506（聽障專線：711），服務時間為星期一到星期五，上午 8 點至下午 6 點（太平洋時間）。或者透過郵件、電話或親自透過當地郡政府的人類服務機構。務必在您的狀態變更時（例如，如果您返回工作）**更新 Covered California 帳戶**。

**我有透過 Covered California 獲得保險，但我因為失去收入，所以在支付計畫時有困難。我是否能取得額外的財務協助？**

您可能可以取得 Medi-Cal，或者您可能可以在支付 Covered California 計畫方面取得協助。其中包括：

- 聯邦抵減稅額
- 加州補助
- Enhanced Silver 計畫
- American Indian/Alaska Native (AIAN) 計畫

若要了解您是否能夠取得額外協助，請造訪 [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) 並更新您的 Covered California 帳戶。或撥打 Covered California 免費電話：1-800-300-1506（聽障專線：711），服務時間為星期一到星期五，上午 8 點至下午 6 點（太平洋時間）。



## 我懷孕了。Medi-Cal 有什麼懷孕服務？

Medi-Cal 承保產前照護、生產和產後照護。若要了解更多，請造訪：  
[www.coveredca.com](http://www.coveredca.com) 或 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)。或撥打 Covered California  
免費電話：1-800-300-1506（聽障專線：711），服務時間為星期一到  
星期五，上午 8 點至下午 6 點（太平洋時間）。或者透過郵件、  
電話或親自透過當地郡政府的人類服務機構。



## 移民狀態是否會影響我是否能取得 Medi-Cal ？

否。每個家庭成員都可能可以取得 Medi-Cal 保險。這表示，符合資格的每個人都能有健康照護！我們可以透過 Medi-Cal 為您承保。您可以取得免費 Medi-Cal，這會承保：

- 醫生看診
- 醫院照護
- 化驗
- 視力
- 牙科<sup>1</sup>
- 交通運輸
- 懷孕/新生兒照護
- 通話醫療
- 精神健康等



**注意：**兒童的 Medi-Cal 規則與成人的規則不同。兒童可以取得 Medi-Cal，而其家長則有不同的計畫。

無論移民狀態如何，合格的 Medi-Cal 家庭成員都可以取得完整的健康照護。如需更多資訊，請造訪：[www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/immigrants](http://www.coveredca.com/individuals-and-families/getting-covered/immigrants)

根據平價醫療法案，大部分的移民都可以取得健康保險。其中包括：

- 合法永久居民或「綠卡持有者」。
- 合法暫時居民。
- 逃離迫害的人士。這包括難民和尋求庇護者。
- 其他移民。這包括獲得暫時受保護狀態的人士。
- 非移民狀態持有者（例如工作簽證和學生簽證）

申請 Medi-Cal 不會變更您或家人的移民或公民狀態。Health Net 不會收集或報告移民狀態資訊。<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 牙科保險適用於 Los Angeles 和 Sacramento 郡。

<sup>2</sup> 政府不會將您在社區接受的定期 Medi-Cal 服務視為公共負擔決定的一部分。公共負擔定義為可能變成主要依賴政府支援的非公民。



## 母親是否能為她的新生兒投保 Medi-Cal ？

是！如果您是生產時享有 Medi-Cal 福利的母親，請致電郡政府 Medi-Cal 辦公室。若住在 **California**，**新生兒將能夠在至少一歲前取得 Medi-Cal**。若新生兒尚未投保 Medi-Cal，則在前兩個月期間，保險將屬於你的 Medi-Cal 號碼。

## 如果我再也無法取得 Medi-Cal，會發生什麼事？

如果您取得 Medi-Cal 行動通知，告知您無法再接受 Medi-Cal，您可以透過 Covered California 投保計畫。

若要了解更多，請造訪 [www.CoveredCA.com](http://www.CoveredCA.com)。或者，致電 Covered California 免付費電話 1-800-300-1506（聽障專線：711）。週一到週五早上 8 點至晚上 6 點週六和週日休息。

自 Medi-Cal 行動通知列出的日期起，您將有 **60 天**可在特殊投保下投保 Covered California。







**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](mailto: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](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](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](mailto: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, գանգախարհք 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 និងឯកសារត្រឹមត្រូវជាអក្សរខ្នាតធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។ 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 دسترس‌پذیر نیز برای معلولان قابل عرضه است. این خدمات هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

**Hindi:** यदि आपको, या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उसे, भाषा सेवाएँ चाहिए, तो कॉल करें 1-800-675-6110 (TTY: 711)। विकलांग लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे 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। ਅਪਹਜ 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.

申請

確認 # : \_\_\_\_\_

Medi-Cal 福利

身分識別 # : \_\_\_\_\_

健保計畫 ID # : \_\_\_\_\_

如需更多資訊，請聯絡

Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

### 會員服務

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

免費電話 1-800-327-0502（聽障專線：711）  
星期一到星期五，上午 7:30 到下午 6:00

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

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。

BKT1410702CH01w (2/24)