

# Приветственная брошюра

ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ НОВОМ ПЛАНЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И  
СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ





# Содержание документа

---

- 1** Вас приветствует компания Health Net!
- 2** Помогите нам помочь вам!
- 3** Общая информация о плане
- 4** Создание учетной записи участника плана
- 5** Выбор врача первичного обслуживания
- 6** Знакомство с вашим врачом
- 7** Способы получения медицинского обслуживания
- 8** Как получить медицинское обслуживание
- 9** Выбор сотрудничающего с нашим планом врача
- 10** Планирование профилактического осмотра
- 11** Путь к здоровой улыбке начинается здесь
- 12** Позаботьтесь о своем здоровье!
- 13** Рекомендации Health Net по профилактическим обследованиям
- 14** Помощь и поддержка от Health Net в чрезвычайных ситуациях

# 1 Вас приветствует компания Health Net!

## ПОЛУЧИТЕ МАКСИМУМ ПОЛЬЗЫ ОТ СВОЕГО НОВОГО ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ!

Ваш план медицинского страхования включает страховое покрытие, которое поможет вам максимально укрепить свое здоровье. Мы хотим, чтобы вы смогли воспользоваться всеми возможностями своего страхового покрытия. Этот приветственный информационный пакет поможет вам узнать о компании Health Net и начать использовать доступные вам услуги для заботы о своем здоровье.

### Вот какую информацию он содержит



#### Как получать медицинское обслуживание

Следуйте инструкциям в этом руководстве, чтобы начать использовать свое страховое покрытие.



#### Где получать медицинское обслуживание

В кабинете врача, посредством телемедицины, в отделении неотложной или экстренной помощи? Узнайте о доступных вам возможностях и о том, когда использовать каждую из них.



#### Что покрывает ваш страховой план

Узнайте больше о своем страховом покрытии.

- Медицинское обслуживание
- Стоматологическое обслуживание
- Множество других услуг
- Психологическая, психиатрическая и наркологическая помощь
- Услуги телемедицины
- Транспортные услуги
- Офтальмологические услуги



#### Программы для укрепления здоровья

Узнайте о бесплатных программах и услугах, которые помогут ставить цели в отношении здоровья и достигать их. Мы будем рады предложить вам помощь в любой ситуации: от заботы о здоровье во время беременности до отказа от вредной привычки!



#### Выбор или замена врача

Мы хотим, чтобы вы были довольны выбранным врачом. Чтобы сменить врача, позвоните в отдел обслуживания участников плана.



#### Анкета о здоровье

Заполните анкету о здоровье, чтобы помочь нам понять, какие услуги и поддержка вам необходимы для достижения оптимального состояния здоровья.

Обращайтесь к нам, если вам нужно:

- проверить статус своей идентификационной карты;
- узнать дату начала действия страхового покрытия;
- записаться на прием к врачу;
- организовать бесплатный транспорт;
- получить ответы на свои вопросы.

Линия для бесплатных звонков

1-800-675-6110 (TTY: 711)

Линия работает круглосуточно и без выходных.

Веб-сайт

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

## Запланируйте первый прием у врача в течение ближайших 120 дней!

Исследования показывают, что посещение врача **само по себе** может положительно сказаться на состоянии вашего организма! Запись на прием к врачу — отличное начало пути к укреплению вашего здоровья.

### Почему так важно посетить врача?

#### 1. После вашего последнего визита к врачу могло пройти немало времени.

Это отличный шанс воспользоваться профилактическими услугами, чтобы сохранить свое здоровье.

#### 2. Состояние вашего здоровья со временем меняется.

Ежегодный осмотр — отличный способ вовремя выявить проблемы со здоровьем и не допустить их усугубления.

#### 3. Ваш врач поможет контролировать течение серьезных заболеваний.

Это подразумевает поиск лечения, которое поможет улучшить ваше самочувствие и повысить качество жизни.



### Нужен транспорт? Мы готовы помочь!

Используйте возможности плана на благо своего здоровья: заказывайте бесплатные поездки в медицинские учреждения и обратно. Заказывать поездки можно, например, в указанных ниже случаях.

- Приемы врача
- Приемы стоматолога<sup>1</sup>
- Диализ и другие регулярные услуги
- Получение медицинского оборудования
- Приемы психотерапевта (включая наркологическую помощь)
- Приемы специалистов
- Выписка из больницы

Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы заказать бесплатную поездку.



Позвоните своему врачу сегодня, чтобы записаться на прием! Имя и телефон вашего врача указаны на вашей карточке участника плана.

### Когда начинать использовать свое страховое покрытие

Дата начала действия вашего страхового покрытия указана на карточке участника плана.

### Где моя карточка участника плана?

Если вы не получили свою карточку участника плана в течение 10 рабочих дней с даты включения в план или ее запроса, позвоните в отдел обслуживания участников плана. Линия работает круглосуточно и без выходных, звонок бесплатный.

<sup>1</sup> Стоматологическое обслуживание предоставляется жителям городов Los Angeles и Sacramento.

# 2 Помогите нам помочь вам!

## ЗАПОЛНИТЕ АНКЕТУ О ЗДОРОВЬЕ.

*Health Net предлагает специальные программы и услуги именно для таких участников программы Medi-Cal, как вы.*

Заполнив анкету о здоровье, вы предоставляете свою историю болезни и детальную информацию о том, как вы себя чувствуете. Вся эта информация поможет нам при необходимости обеспечить вам дополнительное обслуживание и нужные услуги.

Мы также готовы выслушать вас, если вы испытываете стресс или вам нужна помощь в вопросах приема лекарств либо в связи с особыми потребностями.

### Выполните три простых шага.

#### 1. Заполните анкету.

Постарайтесь ответить на все вопросы. Если вам нужна помощь с заполнением, позвоните в отдел обслуживания участников плана.

#### 2. Вложите анкету в приложенный конверт.

Марки не нужны.

#### 3. Отправьте заполненную анкету по почте.

Отлично! Отправка заполненной анкеты — это первый шаг на пути к получению нужного вам медицинского обслуживания!

### Информация о вашем здоровье является конфиденциальной

Мы будем использовать указанную в бланке информацию только для того, чтобы помочь вам получить медицинское обслуживание. Вы можете узнать больше о защите конфиденциальности в разделе «Уведомление о конфиденциальности» Справочника участника плана или позвонив в отдел обслуживания участников плана.

### В отдел обслуживания участников плана можно обращаться по следующим вопросам:

- помощь с заполнением анкеты о здоровье;
- психологическая и психиатрическая помощь;
- ответы на вопросы, связанные с медицинским обслуживанием.

### Нужна помощь?

Звоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711).

Звонки бесплатные.

Линия работает круглосуточно и без выходных.

Наш сайт

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

*(продолжение на следующей странице)*

## Вы не одни — мы работаем для вас!

- Если у вас возникли проблемы дома, на работе, с друзьями или семьей
- Если вы чувствуете грусть, злость или тревогу
- Если у вас проблемы с употреблением наркотиков или алкоголя

Если вам нужна помощь, наши специалисты готовы прямо сейчас поговорить с вами. По вашему желанию они помогут вам записаться на прием к психотерапевту, сотрудничающему с нашим планом. Платить за это не нужно.

Мы даже можем организовать бесплатную транспортировку на прием к вашему психотерапевту.





**Общая информация**

Имя участника

Фамилия участника

\* Дата рождения  
(ММДДГГГГ)\* Идентификационный  
номер Medi-Cal

Дата заполнения этой формы (ММДДГГГГ)

Предпочитаемый номер телефона участника

Адрес электронной почты участника

**Общее состояние здоровья**

Как бы вы в целом оценили состояние своего здоровья?

- Отличное  Очень хорошее  Хорошее  Удовлетворительное  Плохое  Неизвестно

У вас есть врач или поставщик медицинских услуг?

- Да  Нет  Неизвестно

Обращались ли вы к своему врачу или поставщику медицинских услуг в течение последних 12 месяцев?

- Да  Нет  Неизвестно

Возникают ли у вас проблемы с поездками в медицинское учреждение?

- Да  Нет  Неизвестно

Сколько раз вы были в больнице за последние 3 месяца?

- Ни разу  Один раз  Два раза  Три раза или больше  Неизвестно

Сколько раз вы были в отделении экстренной помощи за последний год?

- Ни разу  Один раз  Два раза  Три раза или больше  Неизвестно

Сколько лекарств, назначенных вашим врачом или поставщиком медицинских услуг, вы принимаете в данный момент?

- 0  1-3  4-7  8-14  15 или больше  Неизвестно

Какой у вас рост (в футах и дюймах)?

Футы:  2  3  4  5  6  7  НеизвестноДюймы:  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  Неизвестно

Какой у вас вес (в фунтах)?

Прививались ли вы от гриппа в течение последних 12 месяцев?

- Да  Нет  Неизвестно

У вас есть проблемы с зубами или ротовой полостью, из-за которых вам трудно есть?

- Да  Нет  Неизвестно

Вы едите не менее 2 раз в день?

- Да  Нет  Неизвестно

Вы едите фрукты и овощи каждый день?

- Да  Нет  Неизвестно

Занимаетесь ли вы физической активностью (ходьба, водная аэробика, боулинг и т. п.) на протяжении недели?

- Да  Нет  Заниматься спортом мне не позволяют заболевания  Неизвестно

Вы всегда используете ремень безопасности в автомобиле, будучи водителем или пассажиром?

- Да  Нет  Неприменимо  Неизвестно

Имя участника

Фамилия участника

\* Дата рождения  
(ММДДГГГГ)

\* Идентификационный номер Medi-Cal



### Физическое здоровье

Говорил ли вам когда-нибудь врач или поставщик медицинских услуг, что у вас есть какое-либо из указанных ниже заболеваний и состояний?

(Выберите все подходящие варианты.)

- |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Артрит                    | <input type="checkbox"/> Астма  | <input type="checkbox"/> Рак                           | <input type="checkbox"/> Хроническое заболевание почек | <input type="checkbox"/> ХОБЛ или эмфизема              |
| <input type="checkbox"/> Нарушение развития        | <input type="checkbox"/> Диабет 1-го типа   | <input type="checkbox"/> Диабет 2-го типа              | <input type="checkbox"/> Преддиабетическое состояние   | <input type="checkbox"/> Болезнь сердца                 |
| <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность | <input type="checkbox"/> Гепатит  | <input type="checkbox"/> Высокое артериальное давление | <input type="checkbox"/> Инсульт                       | <input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина    |
| <input type="checkbox"/> ВИЧ                       | <input type="checkbox"/> Серповидноклеточная анемия (не серповидноклеточная аномалия эритроцитов) |  |  | <input type="checkbox"/> Необходимость пересадки органа |

Есть ли у вас другие заболевания, не перечисленные выше?

Вы беременны?  Да  Нет  Неприменимо

### Психическое здоровье и отсутствие патологических зависимостей

Насколько вы довольны своей жизнью в целом?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Очень доволен/довольна     | <input type="checkbox"/> Доволен/довольна | <input type="checkbox"/> Недоволен/недовольна |
| <input type="checkbox"/> Очень недоволен/недовольна | <input type="checkbox"/> Неизвестно       |   |

Страдали ли вы от перечисленных ниже проблем в последние две недели?

Чувство одиночества

- |                                 |   |   |  |                                     |
|---------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ни дня | <input type="checkbox"/> Несколько дней | <input type="checkbox"/> Больше половины дней | <input type="checkbox"/> Почти каждый день | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|---------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|

Отсутствие интереса к какой-либо деятельности и удовольствия от ее выполнения

- |                                 |   |   |  |                                     |
|---------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ни дня | <input type="checkbox"/> Несколько дней | <input type="checkbox"/> Больше половины дней | <input type="checkbox"/> Почти каждый день | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|---------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|

Подавленность, депрессивное настроение, чувство безысходности

- |                                 |   |   |  |                                     |
|---------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ни дня | <input type="checkbox"/> Несколько дней | <input type="checkbox"/> Больше половины дней | <input type="checkbox"/> Почти каждый день | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|---------------------------------|---|---|--|-------------------------------------|

На протяжении скольких дней за последний месяц (30 дней) вы чувствовали себя одиноким/одинокой?

- |   |                                       |  |   |
|---|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ни дня: я никогда не испытываю чувство одиночества | <input type="checkbox"/> Менее 5 дней | <input type="checkbox"/> Больше половины месяца (больше 15 дней) | <input type="checkbox"/> Большинство дней: я всегда испытываю чувство одиночества |
|---|---------------------------------------|--|---|

Кажется ли вам, что стрессы в вашей жизни негативно влияют на ваше состояние здоровья?

- |                             |                              |                                     |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

Планируете ли вы справляться со стрессом?  Не нужно ничего менять  Не планирую ничего менять

- |   |  |   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Изменения уже начаты | <input type="checkbox"/> Планирую изменения в следующем месяце | <input type="checkbox"/> Планирую изменения в следующие 6 месяцев | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|---|--|---|-------------------------------------|

Как часто на протяжении прошлого года вы употребляли за один день 5 порций алкогольных напитков или больше?

- |                                  |  |                                      |                                       |   |                                     |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Никогда | <input type="checkbox"/> Один или два раза | <input type="checkbox"/> Раз в месяц | <input type="checkbox"/> Раз в неделю | <input type="checkbox"/> Каждый или почти каждый день | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|

Как часто на протяжении прошлого года вы употребляли табачные изделия?

- |                                  |  |                                      |                                       |   |                                     |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Никогда | <input type="checkbox"/> Один или два раза | <input type="checkbox"/> Раз в месяц | <input type="checkbox"/> Раз в неделю | <input type="checkbox"/> Каждый или почти каждый день | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|

Диагностировали ли у вас психическое заболевание, например тревожность, депрессию, биполярное расстройство или шизофрению?

- |                             |                              |                                     |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Неизвестно |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

Имя участника

Фамилия участника

\* Дата рождения  
(ММДДГГГГ)

\* Идентификационный номер Medi-Cal

**Психическое здоровье и отсутствие патологических зависимостей (продолжение)**

Назначали ли вам антипсихотические препараты в течение последних 90 дней?  Да  Нет  Неизвестно

**Деятельность, необходимая для независимости в повседневной жизни**

Бывало ли в прошлом месяце так, что из-за боли вы не могли заниматься домашними обязанностями или работать вне дома?  Да  Нет  Неизвестно

За вами кто-нибудь регулярно ухаживает?  Да  Нет  Неизвестно

Пользуетесь ли вы вспомогательными устройствами?  Да  Нет  Неизвестно

Давали ли вам кислород в течение последних 90 дней?  Да  Нет  Неизвестно

Получаете ли вы медицинское обслуживание на дому?  Да  Нет  Неизвестно

Нужна ли вам помощь при выполнении указанных ниже действий?

(Выберите «Да» или «Нет» для каждого действия.)

Принятие ванны или душа  Да  Нет

Подъем по лестнице  Да  Нет

Прием пищи  Да  Нет

Одевание  Да  Нет

Чистка зубов, расчесывание волос, бритье  Да  Нет

Приготовление пищи или готовка  Да  Нет

Подъем с кровати или стула  Да  Нет

Покупки, в том числе приобретение продуктов питания  Да  Нет

Посещение туалета  Да  Нет

Ходьба  Да  Нет

Мытье посуды или стирка  Да  Нет

Выписка чеков или учет расходов и доходов  Да  Нет

Поездки на прием к врачу или на встречу с друзьями  Да  Нет

Выполнение работы по дому или во дворе  Да  Нет

Посещение родственников или друзей  Да  Нет

Использование телефона  Да  Нет

Контроль назначенных встреч и приемов и выполнение этих договоренностей  Да  Нет

Если вы ответили положительно, то получаете ли вы всю необходимую помощь при выполнении указанных действий?  Да  Нет

\*\* Было ли у вас в последние два месяца постоянное место жительства, владельцем либо арендатором которого вы являетесь или где проживаете в составе семьи?  Да  Нет  Неизвестно

\*\* Воспроизведено с разрешения правообладателя — Американской ассоциации общественного здравоохранения (American Public Health Association). Montgomery AE, Fargo JD, Byrne TH, Kane V, Culhane DP. Universal screening for homelessness and risk for homelessness in the Veterans Health Administration (Общее исследование на предмет отсутствия постоянного места жительства и его риска в Администрации по здравоохранению ветеранов). American Journal of Public Health (Американский журнал общественного здоровья). 2013; 103 (S2): S201–S211. Разрешение получено.



Имя участника

Фамилия участника

\* Дата рождения  
(ММДДГГГГ)

\* Идентификационный номер Medi-Cal

**Деятельность, необходимая для независимости в повседневной жизни (продолжение)**

В безопасности ли вы у себя дома и можете ли там свободно передвигаться?  Да  Нет

Если вы ответили отрицательно, укажите, есть ли у вас дома указанные ниже удобства.

Хорошее освещение  Да  Нет      Хорошее отопление  Да  Нет

Хорошее охлаждение  Да  Нет      Перила на лестницах или пандусах  Да  Нет

Горячая вода  Да  Нет      Туалет внутри помещения  Да  Нет

Наружная дверь с замком  Да  Нет      Лестница, ведущая к вам в дом, или лестница внутри вашего дома  Да  Нет

Лифт  Да  Нет      Пространство для использования инвалидной коляски  Да  Нет

Свободный выход из дома  Да  Нет

Расскажите о том, как, по вашему мнению, у вас получается следить за своим здоровьем.

Нужна ли вам помощь с приемом лекарств?  Да  Нет

Нужна ли вам помощь с заполнением форм о состоянии здоровья?  Да  Нет

Нужна ли вам помощь с ответами на вопросы во время приема у врача?  Да  Нет

Есть ли у вас родственники или другие лица, которые желают и могут помочь вам при необходимости?  Да  Нет

Кажется ли вам, что лицу, ухаживающему за вами, непросто предоставлять вам всю необходимую помощь?  Да  Нет

Боятесь ли вы кого-то? Кто-то вас обижает?  Да  Нет

Наблюдались ли у вас изменения в мышлении, способности к запоминанию и принятию решений?  Да  Нет

Падали ли вы в течение последнего месяца?  Да  Нет

Боятесь ли вы упасть?  Да  Нет

Заканчиваются ли у вас иногда деньги на еду, оплату аренды, счетов и лекарств?  Да  Нет

Тратит ли кто-нибудь ваши деньги без вашего разрешения?  Да  Нет

Хотели бы вы составить план вашего медицинского обслуживания вместе с медсестрой или социальным работником?  Да  Нет

Хотели бы вы обсудить план оказания вам необходимых медицинских услуг с медсестрой или социальным работником и вашим врачом?  Да  Нет



# 3 Общая информация о плане

## Краткий обзор вашего страхового покрытия

Ваш план Medi-Cal предлагает услуги большой сети врачей и больниц. Это значит, что вы можете выбирать среди множества врачей. Ваш план также предлагает ряд бесплатных программ и услуг, которые помогут вам в лечении и сохранении здоровья.



Более здоровая жизнь ждет вас! Позвоните своему врачу и запишитесь на прием. Его номер телефона указан на вашей карточке участника плана.

## Вот некоторые услуги, предусмотренные вашим планом.

### Медицинское обслуживание

- Приемы врача и лечение в больнице
- Профилактические услуги
- Ведение беременности и уход за новорожденными
- Анализы и рентгенографические обследования
- Линия сестринской помощи
- Услуги телемедицины

### Указанные ниже формы медицинского обслуживания при таких расстройствах психического здоровья, как депрессия, тревожность, СДВГ и аутизм

- Амбулаторное лечение
- Организация медикаментозной психиатрической помощи
- Услуги поведенческой терапии для детей и молодежи с расстройствами аутистического спектра и связанными состояниями

### Стоматологическое обслуживание<sup>1</sup>

- Регулярные обследования
- Чистка и рентгенографические обследования
- Фторирование зубов для профилактики кариеса
- Пломбирование зубов, установка коронок, профилактическое покрытие зубных фиссур и т. д.

### Офтальмологические услуги

- Обследование глаз
- Очки

<sup>1</sup> Стоматологическое обслуживание предоставляется жителям городов Los Angeles и Sacramento.

## Специальные услуги и программы

- **Программы по уходу и контролю заболеваний.**

Для пациентов со сложными заболеваниями, например диабетом, ХОБЛ, серповидноклеточной анемией, ВИЧ/СПИД и т. д., предлагается специализированная помощь.

- **Координация медицинского обслуживания.**

Вы можете получить доступ к ресурсам и услугам по месту жительства.

- **Бесплатные транспортные услуги.**

Запланируйте бесплатную поездку к своему врачу, стоматологу<sup>1</sup> или специалисту.

- **Видеоконсультации врача.**

Разговаривайте с врачом, не покидая дома! С помощью услуг телемедицины вы можете получить консультацию врача по телефону или в видеоформате в тот же день, когда записались на нее.

- **Услуги устного переводчика для лиц, которые используют язык жестов или не говорят на английском.**

Обращайтесь за помощью переводчика во время приема у врача или стоматолога<sup>1</sup>.

- **Программы медицинского просвещения.**

Мы предлагаем помощь и поддержку в вопросах здорового питания, контроля веса, улучшения физической формы, прекращения курения и других аспектах здорового образа жизни. Кроме того, у нас есть программы для женщин, недавно родивших ребенка, а также для детей и подростков.

- **Непрерывность обслуживания.**

Если вы наблюдались у врача, который не сотрудничает с нашим планом, возможно, вы сможете продолжать наблюдаться у него. В некоторых случаях вы можете продолжать пользоваться его услугами до 12 месяцев.



### Хотите узнать больше о вашем покрытии?

- Ознакомьтесь со своим Справочником участника плана. В нем приведены сведения о ваших правах и обязанностях.
- Позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.
- Посетите наш сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

# 4 Создание учетной записи участника плана

## Используйте все свои возможности

Доступ к разнообразной информации, инструментам и материалам можно быстро и легко получить на сайте [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com). Создав учетную запись на сайте, вы сможете:

- загрузить свою карточку участника плана на телефон или распечатать ее;
- найти врачей, центры неотложной медицинской помощи и больницы, сотрудничающие с планом;
- получить подробную информацию о покрытии вашего плана медицинского страхования;
- получить доступ к программам, которые помогут вам контролировать свой вес или бросить курить;
- обновить информацию о себе.

## Чтобы создать учетную запись, выполните указанные ниже действия.

1. Найдите свой идентификационный номер участника плана или номер социального страхования. Ваш идентификационный номер участника плана указан на карточке участника плана.
2. Перейдите на сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).
3. Нажмите Log In/Register (Войти/зарегистрироваться).
4. Следуйте инструкциям на экране.

# 5 Выбор врача первичного обслуживания

Врач первичного обслуживания (РСП) — это ваш основной лечащий врач.

У нас вы можете выбрать врачей, которые:

- работают по удобному для вас графику;
- могут обслуживать только вас или вас и всю вашу семью;
- понимают ваши особые культурные потребности;
- разговаривают на предпочитаемом вами языке.

Ваш врач — ваш партнер в сохранении здоровья. Он всегда готов выслушать вас, дать совет и оказать помощь. Правильный выбор врача имеет большое значение для вашего здоровья.

**Если вам необходимо выбрать нового врача, примите во внимание указанное ниже.**

**Сотрудничает ли этот врач с планом и принимает ли новых пациентов?**

Позвоните в наш отдел обслуживания участников плана, чтобы узнать ответ на этот вопрос. Кроме того, вы можете посетить наш сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) и воспользоваться ссылкой Find a Provider (Найти поставщика услуг).

**Примечание.** Если до того, как стать участником плана Health Net, вы наблюдались у определенного врача, который не сотрудничает с планом, возможно, вы сможете продолжать обращаться к нему в течение ограниченного периода времени. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы обсудить свою ситуацию.

**Насколько легко записаться к врачу на прием?**

Убедитесь, что врач предлагает удобный для вас график приема. Например, если вам необходимо посещать врача до или после работы либо на выходных.

Подумайте о расположении кабинета врача.

- Сколько займет дорога к нему из дома или с работы?
- Легко ли найти место для парковки?
- Можно ли приехать на автобусе или поезде?



Нужна бесплатная поездка? Если вам сложно добираться на прием к врачу или стоматологу<sup>1</sup>, воспользуйтесь нашей услугой бесплатных поездок. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы заказать бесплатную поездку.

<sup>1</sup> Стоматологическое обслуживание предоставляется жителям городов Los Angeles и Sacramento.

## Предлагает ли этот врач онлайн-инструменты и консультации по телефону или посредством видеосвязи?

Порталы и приложения для пациентов обеспечивают описанные ниже возможности.

- Переписка с врачом по электронной почте
- Запись к врачу онлайн
- Получение результатов анализов
- Повторное получение лекарств по рецепту

Консультации по телефону или посредством видеосвязи дают возможность пообщаться с врачом в комфортных условиях из дома.

## Этот врач соответствует вашим особым потребностям?

Подумайте о том, что в работе врача для вас важно.

- Вы хотели бы наблюдаться у врача, который понимает вашу культуру и разговаривает на вашем родном языке?
- Вы хотите, чтобы врачи обслуживали вас и вашу семью в одном учреждении?
- Вам необходимы услуги специалиста или специализированное обслуживание в связи с особыми проблемами со здоровьем?

Правильный выбор врача поможет вам и вашей семье улучшить свое здоровье. Поэтому, прежде чем выбирать нового врача, найдите ответы на эти вопросы.

По телефону  
(звонки бесплатные)  
1-800-675-6110 (TTY: 711)

Через Интернет  
Перейдите на сайт  
[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).  
Нажмите Find a Provider (Найти поставщика услуг).



# 6 Знакомство с вашим врачом

*Ваш врач — ваш партнер в сохранении здоровья. Важно организовать первый прием, чтобы вы могли познакомиться. Это поможет вам чувствовать себе более комфортно во время разговора о здоровье.*

## Что будет делать ваш врач



Обеспечивать стандартное медицинское обслуживание, в том числе перечисленное ниже.

- Ежегодные профилактические обследования
- Вакцинация (прививки)
- Лечение
- Рецепты
- Медицинские рекомендации
- Обследования на наличие онкологических заболеваний
- Контроль диабета и астмы



Вести вашу медицинскую карту.



При необходимости направлять вас к специалистам.



Заказывать необходимые вам рентгенографические обследования, маммограммы или лабораторные анализы.

## Ежегодный профилактический осмотр

Ежегодное обследование у вашего врача помогает оставаться в курсе состояния своего здоровья. Вы можете рассказать о замеченных изменениях и любых проблемах со здоровьем. Ваш врач поможет разработать план лечения, который даст вам возможность сохранить здоровье. Также это идеальное время, чтобы задать вопросы о своем здоровье и лекарствах. Позвоните врачу, чтобы назначить первый прием и профилактический осмотр.

## Смена врача

Если вы не выбрали врача, когда стали участником плана, его подберем для вас мы. Если вы хотите сменить врача, позвоните нам.



## Как связаться с нами

По телефону (звонки бесплатные). Позвоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.

В Интернете  
Перейдите на наш сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).  
Нажмите Find a Provider (Найти поставщика услуг).

# 7 Способы получения медицинского обслуживания

ВАШ ПЛАН ПРЕДЛАГАЕТ РАЗЛИЧНЫЕ СПОСОБЫ СВОЕВРЕМЕННОГО ПОЛУЧЕНИЯ НЕОБХОДИМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.



## В кабинете врача

### Ваш врач

Обращайтесь к своему врачу для получения обычного и профилактического медицинского обслуживания. К этим видам обслуживания относятся ежегодные профилактические осмотры, лечение заболеваний, вакцинация и общая медицинская помощь.

### Другие сотрудничающие с планом поставщики услуг

Обращайтесь за медицинской помощью к другим сотрудничающим с планом врачам, специалистам или поставщикам услуг (таким как отделения неотложной медицинской помощи или больницы). Чтобы найти сотрудничающего с планом врача, посетите сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) и перейдите по ссылке в раздел Find a Provider (Найти поставщика услуг).

### Психологическая и психиатрическая помощь

Ваш план покрывает следующее:

- консультации психотерапевта;
- психиатрическая помощь.

Направление от вашего врача не требуется.

Вы можете выбрать психотерапевта или психиатра на сайте [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com), нажав Find a Provider (Найти поставщика услуг). Кроме того, вы можете позвонить в отдел обслуживания участников плана и обратиться к специалисту по оказанию психологической, психиатрической или наркологической помощи.



## Дома

### Прием посредством видеосвязи в любое время

Не можете посетить врача? Или нужна помощь, когда приема нет? Воспользуйтесь услугами телемедицины, чтобы получить видеоконсультацию сертифицированного врача в режиме онлайн в любое время и без выходных. Услуги телемедицины — это простой способ получать неотложную помощь. При необходимости врачи, предлагающие услуги телемедицины, могут выписывать рецепты на лекарства. Контактная информация для использования услуг телемедицины приведена на обороте вашей идентификационной карточки участника плана.

### Прием по телефону в любое время

Если вы хотите получить помощь в связи с психическим здоровьем или расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, посредством видеосвязи или по телефону, позвоните в отдел обслуживания участников плана и обратитесь к специалисту, оказывающему психологическую, психиатрическую или наркологическую помощь.

### Линия сестринской помощи

Для получения оперативной консультации квалифицированного медика, который поможет вам выявить симптомы и определить уровень необходимой медицинской помощи, звоните на нашу линию сестринской помощи. Линия работает круглосуточно и без выходных. Номер телефона указан ниже и на обратной стороне вашей карточки участника плана.



## В клинике

### Центры неотложной медицинской помощи

Получайте срочную медицинскую помощь в неотложных случаях при опасных для жизни заболеваниях и травмах в тот же день. Сейчас многие центры неотложной медицинской помощи предлагают рентгенографические обследования и анализы.

Посетите сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) и воспользуйтесь разделом Find a Provider (Найти поставщика услуг), чтобы найти ближайший центр неотложной медицинской помощи.

**Примечание.** В экстренных случаях обращайтесь в ближайшее отделение экстренной помощи или звоните по телефону 911.

Экстренная медицинская помощь — это помощь при заболеваниях и состояниях, опасных для жизни, или при серьезных травмах, полученных в результате несчастного случая.

Если вам нужна помощь, звоните в отдел обслуживания участников плана по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Звонки бесплатные. Линия работает круглосуточно и без выходных.

# 8 Как получить медицинское обслуживание

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВОЕГО СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

*Мы хотим убедиться, что вы готовы незамедлительно начать использование своего страхового покрытия. Вам необходимо выполнить еще несколько действий, поэтому давайте начнем!*

1

### Проверьте дату начала действия вашего страхового покрытия

Даты действия вашего страхового покрытия указаны на карточке участника плана. Если вы не получили карточку участника плана по почте, свяжитесь с отделом обслуживания участников плана или узнайте дату начала действия страхового покрытия на сайте.

2

### Проверьте данные о своем враче

Потратьте пару минут, чтобы убедиться, что на вашей карточке участника плана указан правильный врач. В случае необходимости или при желании можно выбрать другого врача. У вас всегда есть выбор!

Если вы не хотите наблюдаться у врача, указанного на вашей карточке, свяжитесь с отделом обслуживания участников плана.

3

### Запишитесь на прием к своему врачу

Вам необходимо посетить своего врача в течение 120 дней с даты начала действия страхового покрытия. Для записи на прием позвоните своему врачу по номеру, указанному на вашей карточке участника плана.

Если вам сложно добираться на прием к врачу, воспользуйтесь нашей услугой бесплатных поездок. Позвоните в отдел обслуживания участников плана, чтобы запланировать бесплатную поездку.

4

### Задавайте вопросы и получайте ответы

В ходе первого приема врач выполнит оценку состояния вашего здоровья, чтобы лучше понять вашу историю болезни и узнать обо всех ваших проблемах со здоровьем. Это также отличное время, чтобы задать интересующие вас вопросы.

Обращайтесь к нам, если вам нужно:

- уточнить данные своего врача;
- записаться на прием;
- организовать бесплатный транспорт;
- получить ответы на свои вопросы.

По телефону (звонки бесплатные)  
1-800-675-6110 (TTY: 711)  
Линия работает круглосуточно и без выходных.

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

# 9 Выбор сотрудничающего с нашим планом врача

ПОЛУЧИТЕ УКАЗАТЕЛЬ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ОДНИМ ИЗ ТРЕХ СПОСОБОВ



## Через сайт

Получите наш самый актуальный список поставщиков услуг<sup>1</sup>. Перейдите по ссылке *Find a Provider (Найти поставщика услуг)* на нашем сайте **healthnet.com**.

1. Перейдите по ссылке *Find a Provider (Найти поставщика услуг)*.
2. Укажите свое местонахождение.
3. Воспользуйтесь фильтром по типу плана/сети.
4. В раскрывающемся списке выберите пункт Medi-Cal.
5. Выберите тип поставщика услуг.
6. Скачайте Указатель поставщиков услуг со страницы Provider Search (Поиск поставщика услуг), перейдя по ссылке Provider Directory (Указатель поставщиков услуг) внизу страницы.

Скачайте Указатель поставщиков услуг со страницы Provider Search (Поиск поставщика услуг), перейдя по ссылке Provider Directory (Указатель поставщиков услуг) внизу страницы. Это самый актуальный список наших поставщиков услуг. Поставщик услуг может не принимать новых пациентов.



## По телефону

Звоните в отдел обслуживания участников плана по телефону **1-800-675-6110 (TTY: 711)**. Линия работает круглосуточно и без выходных.



## По почте (необязательно)

Вы можете заполнить форму ниже. Мы отправим вам Справочник участника плана и Указатель поставщиков услуг по почте.

Получите свой Справочник участника плана

Вы также можете получить экземпляр *Справочника участника плана Health Net Medi-Cal*. Скачайте его с нашего сайта по адресу [healthnet.com/shp](http://healthnet.com/shp). Нажмите элемент *Health Net Medi-Cal Member Handbook (Справочник участника плана Health Net Medi-Cal)*. Справочник участника плана загрузится в формате PDF.

<sup>1</sup> Поставщик услуг может не принимать новых пациентов.



Примечание. Заполненную анкету необходимо вложить в прилагаемый конверт и отправить нам.

Вносите всю информацию печатными буквами синими или черными чернилами.

Отметьте округ, для которого вы хотите получить **Указатель поставщиков услуг:**

- Amador  Calaveras  Inyo  Los Angeles  Mono  Sacramento  San Joaquin  Stanislaus  
 Tulare  Tuolumne

Выберите **альтернативный формат**, если он вам нужен:

- шрифт Брайля  крупный шрифт  аудиоформат

Выберите язык, на котором вы хотите получить **Справочник участника плана:**

- английский  испанский  арабский  армянский  кхмерский  китайский  фарси  хмонг  
 корейский  русский  тагальский  вьетнамский

Имя и фамилия участника: \_\_\_\_\_ Идентификатор участника плана: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

# 10 Планирование профилактического осмотра

**ВСЕМ НОВЫМ УЧАСТНИКАМ ПЛАНА HEALTH NET НЕОБХОДИМО ПРОЙТИ ОСМОТР В ТЕЧЕНИЕ 120 ДНЕЙ С МОМЕНТА ВКЛЮЧЕНИЯ В ПЛАН.**

## Почему первый осмотр там важен?



Вы познакомитесь со своим врачом до того, как заболите.



Врач поможет вам разобраться, как пользоваться услугами, включенными в план медицинского страхования.



Врач расскажет вам, куда можно обращаться за медицинской помощью, когда его кабинет закрыт.



Вашим детям сделают необходимые для школы прививки.



Вы получите сведения о важных медицинских обследованиях, которые помогут вам и вашим детям оставаться здоровыми.



## Линия сестринских консультаций Health Net

**Вы заболели и вам нужен совет?** Вы можете обратиться за помощью к своему врачу или быстро получить бесплатные рекомендации на линии сестринских консультаций Health Net по телефону **1-800-675-6110 (TTY: 711)**. Линия работает **круглосуточно и без выходных**. Вы сможете получить совет по поводу необходимого вам медицинского обслуживания на предпочитаемом вами языке.

*(продолжение на следующей странице)*



## Позвонив на линию сестринских консультаций Health Net, вы можете:

- **получить информацию**, которая поможет решить, нужно ли вам обращаться в отделение экстренной помощи;
- **выяснить**, нужно ли вам посетить врача немедленно или можно подождать;
- **обсудить** ваши проблемы со здоровьем и варианты лечения;
- **получить советы** о том, как улучшить самочувствие, когда вы болеете дома;
- **узнать**, какие медицинские услуги и лекарства вам нужны.

Дополнительную информацию можно найти на сайте [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).



Позвоните врачу, имя которого указано на вашей идентификационной карте участника, чтобы запланировать осмотр сегодня.

Эти сведения не заменяют профессиональную медицинскую помощь. Всегда следуйте указаниям своего поставщика медицинских услуг.

Программы и услуги могут меняться. Материалы для медицинского просвещения доступны на разных языках и в альтернативных форматах.

FLY061475RPO0 (2/23)

# 11 Путь к здоровой улыбке начинается здесь

*Здоровье зубов очень важно для общего здоровья организма. Именно поэтому мы предлагаем страховое покрытие Medi-Cal Dental участникам нашего плана в рамках программы Medi-Cal.*

**Страховое покрытие Medi-Cal Dental включает указанные ниже услуги**

## **Стандартный уход для поддержания здоровья зубов**

- Осмотры и рентгенографические обследования
- Чистка
- Фторирование зубов для профилактики кариеса

## **Устранение проблем с зубами**

- Пломбирование зубов
- Лечение корней передних зубов
- Готовые коронки
- Полные зубные протезы
- Другие необходимые стоматологические услуги

**План Medi-Cal Dental от Health Net предлагает множество возможностей для вас и вашей семьи**

- Сеть профессиональных стоматологов, владеющих вашим языком и понимающих ваши уникальные потребности
- Простой доступ к клиникам рядом с вами
- Координаторы обслуживания, готовые помочь вам получить нужные стоматологические услуги
- Программы медицинского просвещения и оздоровления

Узнайте больше о Medi-Cal Dental

Если вы живете в округе Los Angeles или Sacramento, свяжитесь с Health Net.

Бесплатная телефонная линия  
1-800-213-6991 (TTY: 711)  
С понедельника по пятницу  
с 8:00 до 18:00

Сайт  
[www.hndental.com](http://www.hndental.com)

Если вы живете не в округе Los Angeles или Sacramento, свяжитесь с программой Medi-Cal Dental.

Бесплатная телефонная линия  
1-800-322-6384 (TTY: 711)  
С понедельника по пятницу  
с 8:00 до 17:00

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

# 12 Позаботьтесь о своем здоровье!

## ПРОГРАММЫ И УСЛУГИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРОСВЕЩЕНИЮ

*Каждый из нас хочет укрепить свое здоровье. С нашей помощью и поддержкой вы сможете достичь своих целей в отношении здоровья. Мы предлагаем широкий выбор бесплатных программ, услуг и инструментов, которые помогут вам и вашим близким позаботиться о своем здоровье.*

### Программы для каждого



#### **Будьте довольны своим весом**

Достижение здоровых показателей веса не ограничивается подсчетом калорий. Программы контроля веса «Семья в отличной форме» (Fit Families for Life) и «Здоровые привычки для здоровых людей» (Healthy Habits for Healthy People) помогут вам достичь своих целей в отношении веса. Возможно, вам хочется, чтобы одежда лучше сидела. Возможно, вы хотите быть в лучшей форме, чтобы справляться с нагрузкой, когда присматриваете за внуками. Каковы бы ни были причины, у нас найдутся нужные инструменты и способы вам помочь.



#### **Попрощайтесь с табаком**

Отказ от обычных и электронных сигарет — один из лучших подарков, которые можно сделать своему организму. Кроме того, это позволит серьезно сэкономить. Курильщики тратят на сигареты около \$180 в месяц!

Мы знаем, отказаться от курения непросто, но вам не придется делать это в одиночку. Мы будем рады оказать вам поддержку по телефону, поделиться фактами об отказе от курения и предоставить лекарства для борьбы с этой вредной привычкой.

Звоните в программу Kick It California по бесплатному номеру **800-300-8086 (TTY: 711)**. Линия работает с 7:00 до 21:00 с понедельника по пятницу и с 9:00 до 17:00 по субботам.



*(продолжение на следующей странице)*

## Программы для семьи и детей



### Помогите своему ребенку начать жизнь здоровым

Во время беременности у вас возникает множество вопросов. Как растет мой ребенок? Как мне позаботиться о себе? Все ли в порядке? Наша программа здоровой беременности позволит вам получить советы, поддержку и ответы на свои вопросы. Обратитесь к своему врачу, как только узнаете о беременности.



### Вопросы, связанные с психическим здоровьем

Ваши мысли и чувства могут влиять на общее состояние здоровья. Наши ресурсы для психического здоровья могут помочь вам узнать больше, улучшить свое самочувствие и повысить качество жизни.

## Узнайте больше о других программах и услугах



### Программа для самостоятельной работы «Здоровые сердца — здоровые люди» (Healthy Hearts, Healthy Lives)

Получайте полезные советы и материалы, в том числе руководство, которое поможет сохранить здоровое сердце.



### Программа профилактики диабета

С помощью этой программы вы получите поддержку, средства и советы, которые помогут сбросить вес и уменьшить риск развития диабета 2-го типа и болезней сердца.



### Узнайте больше на занятиях по медицинскому просвещению

Посещайте занятия на различные темы, которые помогут вам сохранить здоровье.

Бесплатные линии для связи с нами

### Информационная линия медицинского просвещения

800-804-6074 (TTY: 711)  
с понедельника по пятницу  
с 9:00 до 17:00

### Услуги устного перевода

Мы предлагаем услуги устного перевода бесплатно.

800-675-6110 (TTY: 711)  
круглосуточно  
без выходных

### Наш сайт

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

Войдите в свою учетную запись на сайте и посетите нашу библиотеку образовательных материалов о здоровье. У нас есть статьи на разные темы.

Диабет

Астма

Высокое артериальное давление

Вакцинация (прививки)

Профилактические обследования

Многие другие вопросы

Эти сведения не заменяют профессиональную медицинскую помощь. Всегда следуйте указаниям своего поставщика медицинских услуг. Программы и услуги могут меняться.



# 13 Рекомендации Health Net по профилактическим обследованиям

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ





*Используйте это руководство, чтобы не забывать вовремя планировать профилактические осмотры у своего семейного врача. Всегда обращайтесь за медицинской помощью к своему врачу и следуйте его советам, так как рекомендации регулярно обновляются и могут меняться.*

*Данная информация не является медицинской консультацией и не подразумевает страхового покрытия определенных услуг. Ознакомьтесь с описанием страхового покрытия своего плана, чтобы узнать, что именно он покрывает и какие ограничения и исключения применяются.*

## **Мы поможем вам сохранить здоровье**

Для получения дополнительной информации или подробных инструкций посетите сайт [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com) или позвоните по одному из указанных ниже номеров.

## **Информация для участников планов Health Net, имеющих покрытие по программе Medi-Cal**

- **Информационная линия медицинского просвещения: 800-804-6074 (TTY: 711).**  
Звоните с понедельника по пятницу с 9:00 до 17:00, чтобы получить бесплатные материалы и ресурсы для медицинского просвещения. Вы можете получить информацию о наших программах по прекращению курения, поддержанию правильного веса и многих других. Материалы для медицинского просвещения доступны на разных языках и в альтернативных форматах.
- **Вопросы о страховом покрытии в рамках Medi-Cal: 800-675-6110 (TTY: 711).**  
Линия работает круглосуточно и без выходных.



## Рекомендации по вакцинации (прививкам)

График для детей в возрасте от 0 до 6 лет<sup>1, 2</sup>

| Прививка                                     | При рождении | Возраст (в месяцах) |   |   |                       |   |    |    |                         |   |     |   | Возраст (в годах)                                       |                       |  |  |  |
|--|--------------|---------------------|---|---|-----------------------|---|----|----|-------------------------|---|-----|---|---|-----------------------|--|--|--|
|  |              | 1                   | 2   | 4 | 6                     | 9   | 12 | 15 | 18                      | 19–23   | 2–3 | 4 | 5   | 6                     |  |  |  |
| Гепатит В (НерВ)                             | ✓            | ✓                   | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |   |                       |   | ✓  |    |                         |   |     |   | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |                       |  |  |  |
| Ротавирус (RV)                               |              | ✓                   | ✓   | ✓ | ✓                     |   |    |    |                         |   |     |   |   |                       |  |  |  |
| Дифтерия, столбняк, коклюш (DTaP)            |              | ✓                   | ✓   | ✓ | ✓                     | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |    |    | ✓                       | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |     |   |   | ✓                     |  |  |  |
| Гемофильная палочка, тип В (Hib)             |              | ✓                   | ✓   | ✓ | ✓                     | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |    |    | ✓                       | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |     |   |   | Группы высокого риска |  |  |  |
| Пневмококковая вакцина                       |              | ✓                   | ✓   | ✓ | ✓                     | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |    |    | ✓                       | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |     |   |   | Группы высокого риска |  |  |  |
| Инактивированная полиовирусная вакцина (IPV) |              | ✓                   | ✓   |   |                       | ✓   |    |    |                         | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |     |   |   | ✓                     |  |  |  |
| Грипп  |              |                     |   |   |                       |   |    |    | ✓ Ежегодно              |   |     |   |   |                       |  |  |  |
| COVID-19                                     |              |                     |   |   |                       |   |    |    | ✓ По рекомендации врача |   |     |   |   |                       |  |  |  |
| Корь, свинка, краснуха (MMR)                 |              |                     |   |   | Группы высокого риска |   |    |    | ✓                       | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |     |   |   | ✓                     |  |  |  |
| Ветряная оспа (VAR)                          |              |                     |   |   |                       |   |    |    | ✓                       | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |     |   |   | ✓                     |  |  |  |
| Гепатит А (НерА)                             |              |                     |   |   |                       |   |    |    | ✓ 2 прививки            |   |     |   | ✓ По рекомендации врача, для групп риска                |                       |  |  |  |
| Менингококковая вакцина                      |              |                     | ✓ Группы высокого риска                                 |   |                       |   |    |    |                         |   |     |   |   |                       |  |  |  |

**Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости).** Если вы не сделали какую-либо прививку вовремя, вы можете обсудить с врачом возможность сделать ее в этот период.

**Группы высокого риска.** Уточняйте необходимость вакцинации у своего врача.



## Рекомендации по вакцинации (прививкам)

График для детей в возрасте от 7 до 18 лет<sup>1, 2</sup>

| Прививка                                     | Возраст (в годах)                                       |                         |  |
|--|---|-------------------------|--|
|  | 7–10  | 11–12                   | 13–18  |
| Столбняк, дифтерия, коклюш (Tdap)            | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) | ✓ 1 прививка            | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости)                                |
| Вирус папилломы человека (ВПЧ)               | Группы высокого риска                                   | ✓ По рекомендации врача | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости)                                |
| Грипп  | ✓ Ежегодно  |                         |  |
| COVID-19                                     | ✓ По рекомендации врача                                 |                         |  |
| Пневмококковая вакцина                       | Группы высокого риска                                   |                         |  |
| Гепатит А (HepA)                             | По рекомендации врача, для групп высокого риска         |                         |  |
| Гепатит В (HepB)                             | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |                         |  |
| Инактивированная полиовирусная вакцина (IPV) | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |                         |  |
| Корь, свинка, краснуха (MMR)                 | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |                         |  |
| Ветряная оспа (VAR)                          | Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости) |                         |  |
| Гемофильная палочка, тип В (Hib)             | Группы высокого риска                                   |                         |  |
| Менингококковая вакцина                      | Группы высокого риска                                   | ✓ 1 прививка            | ✓ Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости), повторная прививка в 16 лет |
| Менингококковая вакцина, группа В            | Группы высокого риска, 10–18 лет                        |                         |  |

**Прививки, не сделанные своевременно (при необходимости).** Если вы не сделали какую-либо прививку вовремя, вы можете обсудить с врачом возможность сделать ее в этот период.

**Группы высокого риска.** Уточняйте необходимость вакцинации у своего врача.





## Рекомендуемые профилактические обследования (анализы)

График для детей в возрасте от 0 до 18 лет<sup>1, 2, 3</sup>

| Услуга  | Возраст (в месяцах)  |   |  |    |    |   | Возраст (в годах) |       |       |
|---|--|---|--|----|----|---|-------------------|-------|-------|
|   | 0–6  | 9 | 12   | 15 | 18 | 19–36   | 3–10              | 11–12 | 13–18 |
| Стандартная проверка состояния здоровья                       | При рождении, в возрасте 3–5 дней и 1, 2, 4, 6 месяцев   |   | Каждые 3 месяца  |    |    | Каждые 6 месяцев  | Ежегодно          |       |       |
| Анализ на отравление свинцом                                  | Начиная с 6 месяцев анализ сдают во время стандартной проверки состояния здоровья. В возрасте 12 и 24 месяцев или по рекомендации врача. |   |  |    |    |   |                   |       |       |
| Стоматологическое обследование                                | Каждые 6–12 месяцев или по рекомендации стоматолога  |   |  |    |    |   |                   |       |       |
| Нанесение на зубы фторлака или прием пищевых добавок с фтором | Начиная с 6 месяцев по рекомендации врача или стоматолога  |   |  |    |    |   |                   |       |       |
| Анализ крови  | Один раз в возрасте от 0 до 2 месяцев  |   | Анализ сдают в 4 месяца и затем в 12 месяцев, а также во время стандартной проверки состояния здоровья, если ребенок в группе высокого риска или так рекомендует врач. |    |    |   |                   |       |       |
| Индекс массы тела (ИМТ)                                       |  |   |  |    |    | Начиная с 2 лет индекс массы тела проверяют во время стандартной проверки состояния здоровья. |                   |       |       |



## Рекомендации по вакцинации (прививкам)

График для взрослых<sup>1, 2</sup>

| Прививка                                    | Возраст (в годах)   |   |  |       |              |
|---|---|---|--|-------|--------------|
|   | 19–26   | 27–49   | 50–59  | 60–64 | 65 и старше  |
| COVID-19                                    | ✓ По рекомендации врача   |   |  |       |              |
| Столбняк, дифтерия, коклюш (Td/Tdap)        | ✓ 1 прививка вакциной Tdap, затем каждые 10 лет повторная иммунизация вакциной Td |   |  |       |              |
| Вирус папилломы человека (ВПЧ)              | ✓ По рекомендации врача   | Для группы высокого риска или по рекомендации врача |  |       |              |
| Ветряная оспа (VAR)                         | ✓ 2 прививки  |   |  |       |              |
| Опоясывающий лишай                          |   |   | ✓ 2 прививки вакциной RZV после 50 лет или 1 прививка ZVL после 60 лет |       |              |
| Корь, свинка, краснуха (MMR)                | ✓ 1 или 2 прививки либо по рекомендации врача                                     |   |  |       |              |
| Грипп                                       | ✓ Ежегодно  |   |  |       |              |
| Пневмококковая вакцина (PPSV 23 или PCV 13) | Для группы высокого риска или по рекомендации врача                               |   |  |       | ✓ 1 прививка |
| Гепатит А (НерА)                            | 2 или 3 прививки для группы высокого риска или по рекомендации врача              |   |  |       |              |
| Гепатит В (НерВ)                            | 3 прививки для группы высокого риска или по рекомендации врача                    |   |  |       |              |
| Гемофильная палочка, тип В (Hib)            | 1 или 3 прививки для группы высокого риска или по рекомендации врача              |   |  |       |              |
| Менингококковая вакцина                     | 1 или несколько прививок для группы высокого риска или по рекомендации врача      |   |  |       |              |
| Менингококковая вакцина, группа В           | 2 или 3 прививки для группы высокого риска или по рекомендации врача              |   |  |       |              |

Группы высокого риска. Уточняйте необходимость вакцинации у своего врача.



## Рекомендуемые профилактические обследования (анализы)

График для взрослых<sup>1, 2, 4</sup>

| Услуга   | Возраст (в годах)  |   |                       |
|--|--|---|-----------------------|
|  | 19–39  | 40–64   | 65 и старше           |
| Стандартная проверка состояния здоровья                                      | Ежегодно   |   |                       |
| Профилактическая проверка слуха для выявления его потери                     |  | По рекомендации врача   |                       |
| Профилактическая проверка зрения для выявления проблем                       | Каждые 5–10 лет  | Каждые 2–4 года в возрасте 40–54 лет; каждые 1–3 года в возрасте 55–64 лет  | Каждые 1–2 года       |
| Прием аспирина для предотвращения болезней сердца                            |  | Обсудите с врачом во время стандартной проверки состояния здоровья.   |                       |
| Артериальное давление (проверка на высокое кровяное давление)                | Каждые 1–2 года  |   |                       |
| Индекс массы тела (ИМТ) (проверка на ожирение)                               | Во время стандартной проверки состояния здоровья                         |   |                       |
| Профилактическая проверка уровня холестерина (проверка уровня жиров в крови) | По рекомендации врача  | Для лиц из группы повышенного риска — каждые 5 лет (с 35 лет для мужчин, с 45 лет для женщин)                         |                       |
| Профилактическое обследование на наличие рака прямой и толстой кишок         |  | В возрасте 40–44 лет — по рекомендации врача. После 45 лет уточняйте у врача виды и частоту необходимых обследований. |                       |
| Профилактическая проверка уровня глюкозы (проверка уровня сахара в крови)    | Если в группе высокого риска   | Каждые 3 года или по рекомендации врача   |                       |
| Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)  | Однократно; повторное профилактическое обследование, если в группе риска |   | По рекомендации врача |
| Стоматологическое обследование   | Каждые 6 месяцев   |   |                       |
| Гепатит С и гепатит В  | Для группы высокого риска или по рекомендации врача                      |   |                       |





## Рекомендуемые профилактические обследования (анализы)

### График для женщин<sup>1, 2</sup>

| Услуга  | Возраст (в годах)   |   |                       |
|---|---|---|-----------------------|
|   | 19–39   | 40–64                                     | 65 и старше           |
| Гинекологический осмотр и мазок по Папаниколау (проверка на рак шейки матки)        | Ведущие активную половую жизнь небеременные женщины: с 21 года — каждые 3 года, с 30 лет — каждые 3–5 лет или по рекомендации врача |   | По рекомендации врача |
| Маммография (проверка на рак груди)   | Каждый год после 35 лет, если в группе высокого риска   | Каждые 1–2 года или по рекомендации врача |                       |
| Осмотр груди врачом   | Каждые 1–3 года   | Ежегодно                                  |                       |
| Самостоятельное обследование груди (на предмет изменений в молочных железах)        | Ежемесячно  |   |                       |
| Профилактическое обследование на хламидии (заболевание, передающееся половым путем) | Ведущие активную половую жизнь небеременные женщины — ежегодно до 24 лет, в группе высокого риска — ежегодно после 24 лет           |   |                       |
| Плотность костной ткани (для диагностики остеопороза)                               |   | В зависимости от риска                    | Каждые 2 года         |



## Рекомендуемые профилактические обследования (анализы)

### График для мужчин<sup>1, 2</sup>

| Услуга   | Возраст (в годах)     |                       |  |
|--|-----------------------|-----------------------|--|
|  | 19–39                 | 40–64                 | 65 и старше  |
| Простатспецифический антиген (PSA/DRE) (проверка на рак предстательной железы)   |                       | По рекомендации врача |  |
| Ультразвуковое обследование органов брюшной полости (проверка на аневризму брюшной аорты, т. е. на расширение крупного сосуда в брюшной полости) |                       |                       | Один раз для лиц в возрасте 65–75 лет, которые когда-либо курили или входят в группу риска |
| Самостоятельное обследование яичек   | По рекомендации врача |                       |  |

<sup>1</sup> Эти рекомендации могут меняться. Обсудите их со своим врачом.

<sup>2</sup> Врач должен соблюдать график и действующие рекомендации Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Рабочей группы по профилактическим мероприятиям США (USPSTF) и Американской академии педиатрии (AAP).

<sup>3</sup> Стандартные проверки состояния здоровья, консультации и медицинское просвещение для детей и подростков должны включать измерение роста, веса и артериального давления, а также определение индекса массы тела (ИМТ), проверку зрения и слуха. Консультации и медицинское просвещение, помимо прочего, могут касаться следующих вопросов:

- контрацепция и планирование семьи;
- критический врожденный порок сердца и другие заболевания сердца;
- здоровье зубов;
- оценка развития и поведения;
- предотвращение травм и насилия;
- психическое здоровье (например, депрессия или расстройства пищевого поведения);
- питание и физические упражнения;
- профилактическое обследование на ВИЧ и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП);
- злоупотребление психоактивными веществами (например, профилактика злоупотребления алкоголем и наркотиками);
- прекращение употребления табака и курения;
- профилактическое обследование на туберкулез;
- контроль веса.

<sup>4</sup> Стандартные проверки здоровья, консультации и медицинское просвещение для взрослых включают измерение роста, веса и артериального давления, определение индекса массы тела (ИМТ), проверку зрения и слуха, а также профилактическое обследование на предмет депрессии и злоупотребления алкоголем или наркотиками. Рекомендации могут различаться в зависимости от предшествующих заболеваний и факторов риска. Консультации и медицинское просвещение могут касаться следующих вопросов:

- профилактические обследования на наличие онкологических заболеваний и факторов риска, например обследование на наличие рака легких и анализ на мутации генов BRCA;
- контрацепция и подготовка к беременности;
- здоровье зубов;
- профилактика или прекращение злоупотребления наркотиками;
- планирование семьи;
- профилактическое обследование на заболевания сердца и электрокардиограмма (ЭКГ);
- предотвращение травм и насилия;
- планирование беременности;
- менопауза;
- психическое здоровье (например, депрессия или расстройства пищевого поведения);
- питание и физические упражнения;
- секс, профилактическое обследование на ВИЧ и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП);
- злоупотребление психоактивными веществами (например, профилактика злоупотребления алкоголем и наркотиками);
- прекращение употребления табака и курения;
- профилактическое обследование на туберкулез;
- контроль веса.

Эти сведения не заменяют профессиональную медицинскую помощь. Всегда следуйте рекомендациям своего поставщика медицинских услуг. Программы и услуги могут меняться.

Health Net of California, Inc. и Health Net Community Solutions, Inc. являются дочерними компаниями Health Net, LLC. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.

# 14 Помощь и поддержка от Health Net в чрезвычайных ситуациях

Компания Health Net всегда готова прийти на помощь участникам своих планов и сообществ в час нужды. Если вы окажетесь в чрезвычайной ситуации, мы можем предложить множество различных видов поддержки. Расскажем о некоторых из них.



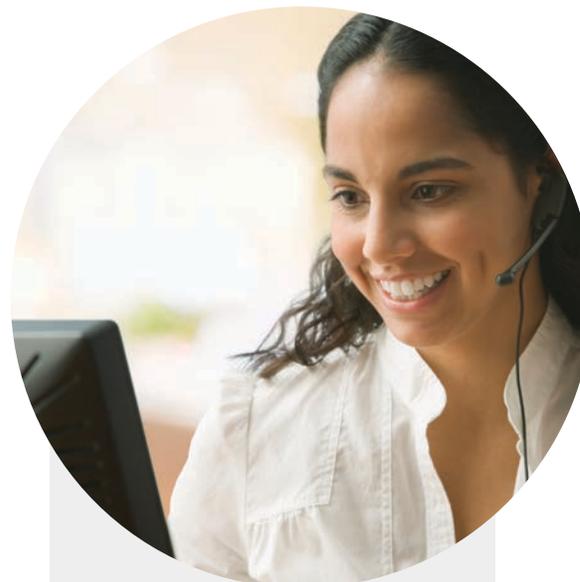
## Поддержка по телефону

- Мы убедимся, что вы и ваша семья в безопасности. Мы уточним всю информацию, связанную с безопасностью в чрезвычайных ситуациях (включая пожары, наводнения и землетрясения).
- Мы поможем найти:
  - местные центры эвакуации;
  - ресурсы;
  - транспорт.
- Мы оценим вашу потребность в лекарствах и медицинской помощи. Кроме того, мы поможем найти другого поставщика услуг и аптеку, если у вас не будет доступа к:
  - основному поставщику услуг;
  - специалисту;
  - местной аптеке.
- Мы найдем альтернативные варианты пройти вакцинацию от COVID-19, если вы не сможете посетить запланированный прием.



## Поддержка на месте

- Мы предоставляем участникам поддержку на месте и в местных окружных центрах эвакуации.
- Мы помогаем получить медицинское обслуживание. Кроме того, мы поможем вам воспользоваться множеством ресурсов и услуг, доступных рядом с вами.
- Мы поможем:
  - записаться на прием;
  - найти аптеку или получить лекарства;
  - заказать транспорт для поездки в медицинское учреждение или аптеку и обратно.



## Номера телефонов Health Net для чрезвычайных ситуаций

### Отдел обслуживания участников плана:

1-800-675-6110  
(круглосуточно и без выходных)

### Информация о получении лекарств по рецепту в чрезвычайных ситуациях:

1-800-400-8987  
с 8:00 до 18:00  
с понедельника по пятницу

### Горячая линия психологической и психиатрической помощи:

1-800-227-1060  
(круглосуточно и без выходных)

### Информация для поставщиков медицинских услуг:

1-800-641-7761  
с 8:00 до 18:00  
с понедельника по пятницу





### ФОРМА ВЫБОРА ПЛАНА MEDI-CAL

Используйте эту форму для присоединения к планам медобслуживания/стоматологическим планам или для смены их. Если вам нужна помощь при заполнении этой формы, позвоните по номеру 1-800-430-7007.

Отправьте заполненную анкету по почте по адресу: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.

ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ИСПОЛЬЗУЯ ТОЛЬКО СИНИЕ ИЛИ ЧЕРНЫЕ ЧЕРНИЛА. ПОЛНОСТЬЮ ЗАПОЛНЯЙТЕ ОВАЛЫ, ЧТОБЫ ПОКАЗАТЬ ВАШ ВЫБОР.

ПРИМЕР ПРИВЕДЕН НА ОБОРОТНОЙ СТОРОНЕ ФОРМЫ

M  
 F

1) Имя главы семейства (имя и фамилия) \_\_\_\_\_

2) Пол \_\_\_\_\_ 3) Номер телефона \_\_\_\_\_

4) Домашний адрес (номер дома, улица, номер квартиры, город и почтовый индекс) \_\_\_\_\_

Пожалуйста, выберите План медобслуживания и Стоматологический план из списка для каждого из перечисленных членов. Коды врача/клиники можно найти в перечне провайдеров плана.

M  
 F

5) Имя соискателя (Имя и фамилия) \_\_\_\_\_

6) Пол \_\_\_\_\_ 6a) Ожидаемая дата (для беременных) \_\_\_\_\_ 6b) Номер социального страхования \_\_\_\_\_

Я хочу ПРИСОЕДИНИТЬСЯ или сменить мой план на:  
 170 KP Cal, LLC       000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 150 Health Net Comm Solutions  
 190 Anthem Blue Cross Partnrshp  
 130 Molina Healthcare Partner      Код врача/клиники \_\_\_\_\_

Я хочу ПРИСОЕДИНИТЬСЯ или сменить мой план на:  
 421 Access Dental Plan       000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 425 Liberty Dental Plan of CA  
 427 HealthNet of California      Код дантиста/клиники \_\_\_\_\_

Введите код причины смены плана\*       Sau lus zauv cim rau qhov seb yog vim li cas ho Hloov\*

M  
 F

5) Имя соискателя (Имя и фамилия) \_\_\_\_\_

6) Пол \_\_\_\_\_ 6a) Ожидаемая дата (для беременных) \_\_\_\_\_ 6b) Номер социального страхования \_\_\_\_\_

Я хочу ПРИСОЕДИНИТЬСЯ или сменить мой план на:  
 170 KP Cal, LLC       000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 150 Health Net Comm Solutions  
 190 Anthem Blue Cross Partnrshp  
 130 Molina Healthcare Partner      Код врача/клиники \_\_\_\_\_

Я хочу ПРИСОЕДИНИТЬСЯ или сменить мой план на:  
 421 Access Dental Plan       000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 425 Liberty Dental Plan of CA  
 427 HealthNet of California      Код дантиста/клиники \_\_\_\_\_

Введите код причины смены плана\*       Sau lus zauv cim rau qhov seb yog vim li cas ho Hloov\*

M  
 F

5) Имя соискателя (Имя и фамилия) \_\_\_\_\_

6) Пол \_\_\_\_\_ 6a) Ожидаемая дата (для беременных) \_\_\_\_\_ 6b) Номер социального страхования \_\_\_\_\_

Я хочу ПРИСОЕДИНИТЬСЯ или сменить мой план на:  
 170 KP Cal, LLC       000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 150 Health Net Comm Solutions  
 190 Anthem Blue Cross Partnrshp  
 130 Molina Healthcare Partner      Код врача/клиники \_\_\_\_\_

Я хочу ПРИСОЕДИНИТЬСЯ или сменить мой план на:  
 421 Access Dental Plan       000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 425 Liberty Dental Plan of CA  
 427 HealthNet of California      Код дантиста/клиники \_\_\_\_\_

Введите код причины смены плана\*       Sau lus zauv cim rau qhov seb yog vim li cas ho Hloov\*

INTERNAL USE ONLY      P L N 1 5 0

**\* КОДЫ ПРИЧИНЫ СМЕНЫ ПЛАНА:**

Код 1: Мне не удается подобрать желаемого врача или дантиста  
Код 2: План здравоохранения / Стоматологический план меня не устраивает  
Код 3: Меня не устраивает мой врач/дантист

Код 4: Слишком далеко ездить  
Код 5: Я не выбирал этот План  
Код 6: Отъезд из округа

Код 7: Indian Health Program Exemption  
Код 8: Медицинское/Стоматологическое освобождение  
Код 9: Прочие

**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:** Я прочитал описание Плана. Я понимаю, что Kaiser требует наличия обязательного нейтрального арбитража для разрешения некоторых разногласий. Сюда относятся споры насчет правильности предоставленного лечения (так называемая преступная небрежность врача при лечении больного) и прочие споры относительно льгот или предоставления услуг. Если я выбираю Kaiser, я передаю свои права в суд присяжных или для разбирательства в суде по поводу этих некоторых споров. Я согласен также на использовать ование обязательного нейтрального арбитража для разрешения этих некоторых споров. Я не отказываюсь от моего права на федеральное расследование по любому предмету, который подлежит процессу федерального расследования.

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВЫБОРА:** Я/мы письменно подтверждаем выбор на получение льгот по Плану медобслуживания/стоматологическому плану Medi-Cal, как я/мы указываем в этой анкете. Я/мы прочли и понимаем условия этого соглашения. Я/мы понимаем, что для отчисления из моего/нашего текущего Плана медобслуживания/стоматологического плана Medi-Cal, я/мы должны завершить заполнение этой анкеты.

Подпись главы семейства \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подписи других взрослых \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подписи других взрослых \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

7254061943

Highly Confidential





Воспользуйтесь конвертом с пометкой «**Health Information Form**», чтобы отправить нам свою анкету о состоянии здоровья.



Воспользуйтесь конвертом с пометкой «**Provider Directory Request**», чтобы отправить нам форму запроса на получение Указателя поставщиков услуг.

BRE064014E000 (10/23)  
**Provider Directory Request**

**SAMPLE ONLY**

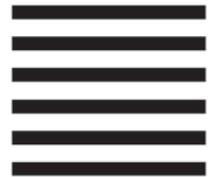


NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

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





## Уведомление о недопущении дискриминации

Health Net соблюдает требования федерального законодательства и законов штатов, касающихся гражданских прав, и не допускает дискриминации, не отказывает в обслуживании и не относится к одним людям иначе, чем к другим, на основании их пола, расы, цвета кожи, религии, исторических корней, страны происхождения, принадлежности к этнической группе, возраста, ограниченных психических и физических возможностей, заболеваний, генетической информации, семейного положения, гендера, гендерной самоидентификации или сексуальной ориентации.

Health Net обеспечивает указанные ниже услуги.

- Бесплатная помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями для более эффективной коммуникации с нами, в том числе услуги квалифицированных сурдопереводчиков и печатные материалы в других форматах (крупный шрифт, специальный электронный формат, аудиозапись и т. д.).
- Бесплатные услуги перевода для людей, чей родной язык — не английский, в том числе услуги квалифицированных устных переводчиков и печатные материалы на других языках.

Если вам нужны эти услуги или вы хотите запросить данный документ в альтернативном формате, свяжитесь с контактными центром для клиентов Health Net по телефону 1-800-675-6110 (TTY: 711). Линия работает круглосуточно и без выходных.

Если вы считаете, что компания Health Net не предоставила вам такие услуги или иным образом незаконно дискриминировала вас, вы можете подать жалобу в Health Net по телефону, лично, в письменном или в электронном виде.

- По телефону. Позвоните координатору по вопросам гражданских прав Health Net по номеру 1-866-458-2208 (TTY: 711) с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по следующему адресу: Health Net Civil Rights Coordinator, P.O. Box 9103, Van Nuys, CA 91409-9103.
- Лично. Придите в офис своего врача или Health Net и сообщите, что хотите подать претензию.
- В электронной форме. Посетите сайт Health Net [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

Кроме того, вы можете подать жалобу на нарушение своих гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав Департамента здравоохранения штата California по телефону, в письменной или электронной форме.

- По телефону. Позвоните по номеру 916-440-7370. Если у вас есть трудности с речью или слухом, позвоните по номеру 711.
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по следующему адресу: 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.  
Бланки жалоб есть на сайте [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- В электронной форме. Отправьте электронное письмо на адрес [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

Если вы считаете, что в отношении вас была допущена дискриминация на основании расы, цвета кожи, страны происхождения, возраста, ограниченных возможностей или пола, вы можете подать жалобу на нарушение ваших гражданских прав в Управление по вопросам гражданских прав при Департаменте здравоохранения и социальных служб США по телефону, в письменной или электронной форме.

- По телефону. Позвоните по номеру 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).
- В письменной форме. Заполните бланк жалобы или напишите письмо и отправьте его по следующему адресу: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.  
Бланки жалоб есть на сайте <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- В электронной форме. Посетите портал для подачи жалоб Управления по вопросам гражданских прав <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, գանգառաք 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. 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.



Для получения дополнительной информации обращайтесь по адресу:

Health Net  
21281 Burbank Blvd.  
Woodland Hills, CA 91367

**Отдел обслуживания участников плана**  
1-800-675-6110 (TTY: 711) (звонки бесплатные)  
Круглосуточно и без выходных

**Отдел регистрации в плане**  
1-800-327-0502 (TTY: 711) (звонки бесплатные)  
С понедельника по пятницу с 7:30 до 18:00

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

Вас приветствует план  
Health Net Medi-Cal!

Компания Health Net Community Solutions, Inc. является дочерней компанией Health Net, LLC. Health Net — это зарегистрированный знак обслуживания компании Health Net, LLC. Все права защищены.  
DGK063506RKO0 (10/23)