State of California-Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services
P.O. Box 989009, West Sacramento, CA 95798-9850

殘障人士和老年人須知

加入一項保健計劃前，您是否在看一位Medi-Cal 醫生？

在您屬於該計劃期間，只要這位醫生同意與該計劃合作，您或許可以依然去看這位醫生的時間可長達12個月。如果您依然想去看這位醫生，請採取下列步驟:

- 致電您的新保健計劃--參閱下頁，找到您保健計劃的電話號碼
- 告訴您的保健計劃--您依然想去看您的Medi-Cal醫生
- 告訴您的保健計劃您Medi-Cal醫生的姓名
- 您的保健計劃必須為了您跟您的醫生聯繫，然後告訴您是否可以繼續去看這位醫生
- 如果保健計劃說不行，問他們如何提出申訴

您的保健計劃能幫您得到：

- 找到往返醫生辦公室交通的有關協助
- 其他格式撰寫的書面資料，包括Braille、有聲和大字體的資料
- 用您的語言回答您疑難的有關協助，包括American Sign Language

您能選擇滿足您無障礙需要的醫生。

致電您的保健計劃，瞭解滿足您無障礙需要的醫生的情況，包括：

- 無障礙停車位
- 路邊斜道及其他斜道
- 門是否夠寬，是否可供輪椅或電單車自由出入
- 無障礙體檢室
- 無障礙體檢台和體重計

您保健計劃的提供者目錄也可能有相關的標誌，更易於您選擇提供上述無障礙設施的提供者。查閱您的保健計劃提供者目錄，瞭解相關標誌以及標誌的意思。

聯絡您的計劃，請撥打下列號碼：

計劃名稱	電話	TDD/TTY
Health Plan Name	(XXX) XXX-XXXX	(XXX) XXX-XXXX

如果您依然需要額外的幫助，請在週一到週五、早上8:00點到下午5:00期間致電Medi-Cal專員辦公室：(888) 452-8609。

如果您的計劃拒絕、減少或終止一項服務，您可以向您的計劃提出申訴。如果事情得不到解決，您有權得到State Hearing。您可以在週一到週五、早上8:00點到下午5:00期間致電(800) 952-5253或TDD/TTY (800) 952-8349，提出State Hearing要求。