



PRODUCTION VIEW

Member Name
Member ID
Job ID
Design Name

Processed Date
Expected Mail Date
Actual Mail Date

Card Front

Card Back



X493234900001



Health Plan
of San Joaquin

ID#:
Plan: **MEDI-CAL**
Network/Group: HPSJ

Office \$0
ER/Urgent \$0/\$0
Hospital \$0
Rx \$0/\$0

24/7 Nurse Line #: 1-800-655-8294

PCP: CONTACT CUSTOMER SERVICE
PCP Phone #: (888) 936-7526

This card is for identification only and does not guarantee eligibility or payment for services. Providers: Verify member's PCP assignment and eligibility.

X493234900001



Members:

Some of your care may need approval. Please look in your Evidence of Coverage or call us.
If you have a medical emergency, call 911 or go to the nearest hospital.
You do not need to get an approval ahead of time for your emergency care.

Customer Service: 1-888-936-PLAN (7526)

Mental Health Services and Inquiries: 1-888-581-PLAN (7526)
Routine Vision Care: 1-888-321-7526
TDD/TTY Users: 711

Providers:

Authorization, Benefits and Eligibility: (209) 942-6320

Mail Claims To:

Health Plan of San Joaquin
P.O. Box 211395
Eagan, MN 55121-2195

Pharmacy Administrator: **ProCare Rx**

Submit prescription claims to ProCare's online system for immediate adjudication.
1-855-828-1486 RxBin: 017043



Have a smart phone?
Scan this image
to search for a doctor!

www.hpsj.com

Health Plan of San Joaquin
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231



1493234900001



Welcome!

We look forward to providing you with access to excellent health care!

Customer Service Department
1•888•936• 7526 or TDD/TTY: 711
Monday - Friday: 8:00 am - 6:00 pm

Health Plan 
of San Joaquin
www.hpsj.com

Here is your NEW ID Card.
Your passport to
good **health!**
3 easy steps:



1 Choose a doctor. You can look online at www.hpsj.com, in the provider directory, or call our Customer Service Department.

2 Make an appointment to see the doctor right away for a wellness exam.

3 Always show your HPSJ ID Card. Keep it with you at all times and present it to your health care providers.

If your new ID card has "Health Plan of San Joaquin" in the area where your primary care physician's name would normally appear, you are covered under both Medicare and Medi-Cal. Please continue to see your Medicare provider.



Don't wait until you are sick to see the doctor. Call and schedule your first visit. Get to know your doctor right away!

Health Plan of San Joaquin complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Call 1-888-936-7526 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-936-7526 (TTY: 711)。



¡Bienvenido!

Aquí tiene su nueva tarjeta de identificación.
¡Esperamos brindarle acceso a un excelente
cuidado médico!

Departamento de Servicio al Cliente
1•888•936• 7526 o TDD/TTY 711
lunes - viernes: de 8:00 am - 6:00 pm

Aquí está su Nueva tarjeta de identificación.

¡Su pasaporte para
la buena **salud!**
3 pasos sencillos:

- 1** Elija un médico. Puede buscar en línea en www.hpsj.com, en el directorio de proveedores o llame a servicio al cliente.
- 2** Haga una cita para ver al médico de inmediato para que le realice un examen de buena salud.
- 3** Siempre muestre su tarjeta de identificación HPSJ. Manténgala siempre con usted y preséntela a sus proveedores de atención médica y en la farmacia.

Si su nueva tarjeta de identificación tiene el nombre Health Plan of San Joaquin en la zona donde normalmente aparecería el nombre de su médico de atención primario, usted está cubierto por Medicare y Medi-Cal. Por favor, continúe viendo a su proveedor de Medicare.

Health Plan 
of San Joaquin
www.hpsj.com

¡No espere enfermarse para
buscar un médico. Llame y haga
su primera visita. Conozca con
su doctor inmediatamente!

Health Plan of San Joaquin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-936-7526 (TTY: 711).

Health Information Form

You are receiving this form because you have enrolled in Health Plan of San Joaquin. Your new plan will use this form to make sure you get needed care.

Please mark the circle for the answers that apply to you. Complete one form for each person in your family who is enrolling in Health Plan of San Joaquin.

If you have any questions, please call Health Plan of San Joaquin at 888.936.7526. Monday through Friday between 8:00 a.m. and 6:00 p.m. TDD/TTY users should dial 711.

Please return completed form in self-addressed stamp envelope to: **Health Plan of San Joaquin**
ATTN: CARE MANAGEMENT DEPARTMENT
7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

Filling out this form is voluntary. You will not be denied care based on your confidential answers.

Member ID#: _____ **Phone number:** _____

Member Name: _____ **DOB:** _____

1. Do you need to see a doctor within the next 60 days? ☐ Yes ☐ No
2. Do you take 3 or more prescription medicines each day? ☐ Yes ☐ No
3. Do you see a doctor regularly for a mental health condition such as depression, bipolar disorder, or schizophrenia? ☐ Yes ☐ No
4. Have you been to the emergency room two or more times in the last 12 months? ☐ Yes ☐ No
5. Have you been admitted to the hospital in the last 12 months? ☐ Yes ☐ No
6. Have you needed help with personal care, such as bathing, getting dressed or changing bandages in the last 6 months? ☐ Yes ☐ No
7. Are you using medical supplies, such as a hospital bed, wheelchair, walker, oxygen, or ostomy bags? ☐ Yes ☐ No
8. Do you have a condition that limits your activities or what you can do? ☐ Yes ☐ No
9. Are you pregnant? ☐ Yes ☐ No
- If yes, are you currently seeing a doctor for this pregnancy? ☐ Yes ☐ No
10. Do you see a doctor regularly for a chronic medical condition? ☐ Yes ☐ No

If yes, fill in all that apply:

<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> Cancer	<input type="radio"/> Cystic Fibrosis	<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Heart Problems	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> High Blood Pressure	<input type="radio"/> HIV or AIDS
<input type="radio"/> Kidney Disease	<input type="radio"/> Seizures	<input type="radio"/> Sickle Cell Anemia	<input type="radio"/> Tuberculosis

If you think you need to see a doctor before HPSJ contacts you, you should go to the doctor or hospital.

Signature: _____

Date: _____

Health Plan of San Joaquin complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。 **ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Call 888.936.7526 (TDD/TTY: 711).** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888.936.7526 (TDD/TTY: 711)



Formulario de Información de Salud

Usted recibe este formulario porque se inscribió en Health Plan of San Joaquin. Su nuevo plan utilizará este formulario para asegurarse de que reciba la atención necesaria.

Por favor, marque el círculo para las respuestas que aplican a usted. Complete un formulario para cada persona de su familia que se esté inscribiendo en Health Plan of San Joaquin.

Si tiene alguna pregunta, llame al Health Plan de San Joaquin al 888.936.7526 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TDD/TTY deben marcar el 711.

Devuelva este formulario completado en el sobre prepagado a: **Health Plan of San Joaquin**
ATTN: CARE MANAGEMENT DEPARTMENT
7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

Completar este formulario es voluntario. No se le negará la atención basada en sus respuestas confidenciales.

N.º de identificación de miembro: _____ Número de teléfono: _____
Nombre de miembro: _____ Fecha de nac.: _____

1. ¿Debe ver a un doctor dentro de los siguientes 60 días? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Toma 3 o más medicamentos recetados al día? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Visita regularmente a un doctor para una condición de salud mental, como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Ha acudido a la sala de emergencias dos veces o más en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Ha sido admitido en el hospital en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como bañarse, Vestirse o cambiarse el vendaje en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Utiliza suministros médicos, como una cama de hospital, silla de ruedas, andador, oxígeno o bolsas de ostomía? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Padece de alguna condición que limite sus actividades o lo que puede hacer? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿actualmente, visita a un doctor para este embarazo? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Visita regularmente a un doctor para una condición médica crónica? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, complete todos los que correspondan:

<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Fibrosis quística	<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Problemas cardíacos	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Presión arterial alta (hipertensión)	<input type="radio"/> VIH o SIDA
<input type="radio"/> Enfermedad renal	<input type="radio"/> Convulsiones	<input type="radio"/> Anemia de las células falciformes	<input type="radio"/> Tuberculosis

Si considera que debe ver a un doctor antes de que HPSJ se comunique con usted, debe ir al doctor u hospital.

Firma: _____ Fecha: _____

Health Plan of San Joaquin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al 888.936.(PLAN) 7526 (TDD/TTY: 711).