

Health Spotlight

El arte de la atención médica:

Conozca al muralista de Riverside Juan Navarro
(página 3)

ADEMÁS



Citas médicas preventivas:
retome la buena salud



Reciba la vacuna,
evite la gripe



¡Planes de salud
para TODOS!



IEHP fue nombrada una de las 100 Companies That Care® por la revista PEOPLE, y ocupa el puesto n.º 87 de la lista nacional. La lista anual de PEOPLE destaca a las empresas que van más allá para "honrar a sus empleados, impulsar a sus comunidades y hacer del mundo un lugar mejor". La lista incluye empresas como Comcast, NBC Universal, Target Corporation y CarMax.

Lista de Medicamentos Cubiertos de IEHP DualChoice: LO QUE NECESITA SABER

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos menciona los medicamentos que cubre IEHP DualChoice (HMO D-SNP). Ayuda a garantizar que le ofrezcamos medicamentos seguros que funcionen correctamente.

Puede acceder a la Lista de Medicamentos Cubiertos actualizada (y el Registro de Cambios a la Lista de Medicamentos Cubiertos) en cualquier momento en nuestro sitio web. Para obtener un enlace directo, visite bit.ly/3mjOyTP.

¿Qué sucede si su medicamento no está cubierto?

Llame a su consultorio médico. Su médico puede:

- Cambiar su medicamento a uno cubierto.
- Decidir que su medicamento es "medicamento necesario" y llenar un formulario de Autorización Previa (*Prior Authorization, PA*).
- Si una PA es necesaria, su médico enviará los formularios a su farmacia.

Para obtener más información, consulte su Manual para Miembros. También se puede comunicar con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice. El número de teléfono se encuentra al reverso de su tarjeta de miembro.

Nota: La Lista de Medicamentos puede cambiar durante todo el año.



Momentos de nuestra misión

IEHP se asocia con el muralista de Riverside Juan Navarro

En IEHP DualChoice, curamos e inspiramos al espíritu humano. El muralista residente en Riverside Juan Navarro espera hacer lo mismo con su arte. Navarro, que recientemente visitó la Casa Blanca para recibir la Medalla Nacional, es el artista residente del Museo de Arte de Riverside. Inspirado por sus raíces mexicano-estadounidenses, Navarro deja su huella en comunidades y organizaciones que atienden a poblaciones diversas con cada pincelada. Tiene más de 15 obras públicas expuestas en comunidades como Riverside, y es propietario y operador de Eastside Arthouse. Por eso nos entusiasmó tanto la oportunidad de trabajar con él para crear varios murales a escala real en nuestra

sede de Rancho Cucamonga; murales que celebrarían la complejidad que hace tan especial a Inland Empire. El primer mural ya está terminado en una parte central de nuestra sede, conocida como el atrio, donde cientos de personas nos visitan diariamente.

"Pasamos por muchas versiones diferentes de temas", dijo Navarro, "pero este (el homenaje a una calle arbolada de Riverside) era el que mejor encajaba en este espacio, y decidimos centrarnos en las regiones a las que IEHP DualChoice presta servicio en los condados de Riverside y San Bernardino".

Para obtener más información sobre este joven y talentoso artista, visite www.juannavarro.art/about.



OBTENGA MÁS INFORMACIÓN



Consultas de bienestar anuales:

VUELVA A GOZAR DE BUENA SALUD



Asegurarse de ir con su médico para las consultas de bienestar anuales es una gran manera de mantenerse saludable y prevenir problemas de salud. Esto se debe a que la consulta de bienestar es algo más que un simple examen físico. Incluye una evaluación sobre riesgos de salud, un plan de prevención personalizado y probablemente incluirá:

- Mediciones rutinarias (como estatura, peso y presión arterial)
- Una revisión de antecedentes médicos y familiares
- Una revisión de los medicamentos actuales
- Consejos de salud personalizados
- Plan de Cuidados Avanzados
- Una evaluación cognitiva y funcional

No espere a ponerse enfermo. Llame hoy mismo a su médico y programe una consulta de bienestar.

¿Sabía que...?

Puede recibir asesoría médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP. Nuestros enfermeros capacitados pueden ofrecerle asesoría médica directamente por teléfono. También pueden darle orientación para que reciba la atención que necesita, ya sea en un centro de cuidado de urgencia cercano a usted o mediante otra llamada con un médico por video o teléfono.

Llame al 1-888-244-IEHP (4347). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Preguntas para el
DOCTOR

P ¿Los antibióticos ayudan con la gripe?

R No. Los antibióticos solamente tratan las infecciones causadas por bacterias. La gripe es una infección causada por un virus. Esto significa que un antibiótico no servirá contra la gripe.

Envíe sus preguntas por correo a: Ask the Doctor -
IEHP DualChoice, P.O. Box 1800,
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Digale Sí a La Vacuna **NO A LA GRIPE**

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan la vacuna contra la gripe cada año a todas las personas a partir de los seis meses de edad, con pocas excepciones. Para las personas con mayor riesgo de complicaciones, la vacuna contra la gripe es vital. Esto incluye a las personas embarazadas, mayores de 65 años y residentes en Centros de Cuidados para Adultos Mayores y centros médicos de atención a largo plazo.

Todos los miembros de IEHP DualChoice pueden vacunarse GRATIS contra la gripe con su médico. Los miembros adultos también pueden vacunarse gratuitamente contra la gripe en ciertas farmacias de la red, como CVS, Rite Aid y Walgreens. Solo asegúrese de llamar primero para programar su visita. Además, si se vacuna contra la gripe en el trabajo o en una clínica fuera de nuestra red, asegúrese de decírselo a su médico, para que sus registros puedan ser actualizados.

Si le da gripe y no puede comunicarse con su médico, llame a cualquier hora a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP al 1-888-244-IEHP (4347). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



DERECHOS DE

Salud Mental



Usted tiene derechos como paciente cuando se trata de recibir servicios de salud mental, como los siguientes:

- Ser tratado con respeto y dignidad
- Mantener protegida su privacidad
- Comprender las opciones y alternativas de tratamiento
- Recibir servicios adecuados para su edad y cultura
- Recibir una atención que no discrimine por edad, género, raza, religión, orientación sexual o tipo de enfermedad



Escanee el código QR en su Manual para Miembros para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades en materia de salud mental.



Recursos comunitarios al alcance de su mano

¿Qué es?

Connect IE es un sitio web integral GRATUITO donde puede encontrar recursos comunitarios a bajo costo o sin costo que podría necesitar, como:

- Despensas de alimentos
- Asistencia para renta
- Transporte
- Recursos educativos
- Capacitación para el trabajo
- Atención médica
- ¡Y mucho más!

¿Cómo funciona?

1. Visite www.ConnectIE.org.
2. Introduzca su código postal en la barra de búsqueda.
3. Haga clic en “Search” (Buscar).

¡Eso es todo! Empiece a buscar recursos gratuitos o a bajo costo en su área.

¡PLANES DE SALUD PARA TODOS!

Si alguna vez pierde su cobertura de salud, no se preocupe.



IEHP
Inland Empire Health Plan

Cobertura médica sin costo alguno para los residentes de Inland Empire (IE) con Medi-Cal que califiquen:

- ✓ Atención de más de 8,000 proveedores y especialistas.
- ✓ Coordinación de Atención Médica.
- ✓ Beneficios de la vista, dentales y de transporte.
- ✓ El estatus migratorio no importa.

IEHP

DualChoice

Plan integrado sin costo alguno para quienes tienen Medi-Cal y Medicare:

- ✓ El plan de cobertura total incluye médicos, hospitales, farmacias, servicios y apoyos a largo plazo, salud del comportamiento y más.
- ✓ Coordinación de Atención Médica.
- ✓ Equipos para Coordinar su Atención Médica personalizados.

IEHP

Covered

Cobertura médica privada de bajo costo para quienes no reúnen todos los requisitos para Medi-Cal:

- ✓ El plan Silver de más bajo costo de la región (a partir de \$10 al mes)
- ✓ Atención de más de 5,000 proveedores y especialistas

¿Qué plan es el adecuado para usted?

Visite nuestro nuevo sitio web www.iehp.org para consultar nuestros planes.



NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. IEHP DualChoice (HMO D-SNP) follows State and Federal civil rights laws. IEHP DualChoice does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

IEHP DualChoice provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, contact IEHP DualChoice Member Services between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. If you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347. Upon request, this document can be made available to you in braille, large print, audiocassette, or electronic form. To obtain a copy in one of these alternative formats, please call or write to:

IEHP DualChoice
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
Tel. 1-877-273-4347
TTY: 1-800-718-4347
711 (Telecommunications Relay Service)

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that IEHP DualChoice has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with IEHP DualChoice's Civil Rights

Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact IEHP DualChoice's Civil Rights Coordinator between 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays by calling 1-877-273-4347. Or, if you cannot hear or speak well, please call 1-800-718-4347.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
IEHP DualChoice, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- In person: Visit your doctor's office or IEHP DualChoice and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit IEHP DualChoice's website at www.iehp.org.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- By phone: Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**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**

Complaint forms are available at
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electronically: Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in

writing, or electronically:

- By phone: Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- In writing: Fill out a complaint form or send a letter to:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electronically: Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. IEHP DualChoice (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles estatales y federales. IEHP DualChoice no discrimina ilegalmente ni excluye a las personas o las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

IEHP DualChoice proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos para las personas con discapacidad con el propósito de ayudarles a comunicarse mejor, como:
 - ✓ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ✓ Información por escrito en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)

- Servicios de idiomas sin costo a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-4347, de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame al número 1-800-718-4347. Si usted lo solicita, este documento puede estar a su disposición en braille, impreso en letra grande, cinta de audio o formato electrónico. Para obtener una copia en alguno de estos formatos alternos, llame o escriba a:

IEHP DualChoice
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
Teléfono: 1-877-273-4347
TTY: 1-800-718-4347
711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si considera que IEHP DualChoice no le ha proporcionado estos servicios o que lo ha discriminado ilegalmente de alguna otra forma por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el coordinador de derechos civiles de IEHP DualChoice. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o en línea:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el coordinador de derechos civiles de IEHP DualChoice al 1-877-273-4347, de 8am-8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. O, si no puede escuchar o hablar bien, llame al 1-800-718-4347.
- **Por escrito:** Conteste un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:
IEHP DualChoice, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
- **En persona:** Vaya al consultorio de su doctor o a IEHP DualChoice y mencione que quiere presentar una queja.
- **En línea:** Visite el sitio web de IEHP DualChoice en www.iehp.org.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES — DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Conteste un formulario de quejas o envíe una carta a:

**Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de quejas están disponibles en:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- En línea: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES — DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU.

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito, o en línea:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a la línea **TTY/TDD** al **1-800-537-7697**.
- Por escrito: Conteste un formulario de quejas o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- En línea: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ອັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия TTY: 1-800-718-4347). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-877-273-4347 (линия TTY: 1-800-718-4347). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Libre ang mga serbisyo ng ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher

erreichen Sie unter 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). بمساعدتك. هذه خدمة مجانية سيقوم شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには **1-877-273-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。



DualChoice

P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

PRST STD
U.S. POSTAGE

PAID
IEHP

¿Tiene alguna pregunta?

Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al
1-877-273-IEHP (4347)
1-800-718-IEHP (4347) para usuarios de TTY
De 8am a 8pm (Hora del Pacífico) | Los 7 días de
la semana, incluidos los días festivos

Visítenos en www.iehp.org







Manténgase conectado. ¡Síguenos!

Mantenga su IEHP



Renueve hoy mismo su cobertura de Medi-Cal de una de estas maneras:

-  Visite www.BenefitsCal.com.
-  Envíe por correo el paquete completado a la oficina de su condado.
-  Vaya en persona a su oficina de Medi-Cal.
-  Llame a la oficina local de Medi-Cal de su condado.



¿Necesita ayuda con la renovación?
Llámenos al **1-888-860-1296** o visite
KeepMyIEHP.com.

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.