

# The Pulse

## 醫療保 健藝術：

認識 Riverside 壁畫家  
Juan Navarro (第 3 頁)

加上



注射流感疫苗，  
不得流感



新生兒醫  
療保健



所有人的健  
保計劃！

IEHP 《處方集》：

# 會員 須知



本計劃《處方集》是一份承保藥物名單，可助確保提供療效好的安全藥物。雖然許多藥物都由 Medi-Cal Rx 承保，但有些藥物仍可能由 IEHP 承保。醫師開方可用 Medi-Cal Rx 合同《藥物名單》上的藥物。

欲查明藥物是否列出或獲得一份合同《藥物名單》，請聯絡 Medi-Cal Rx：

- 電話：1-800-977-2273。  
聽障專線按 7。
- 網站：[www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/](http://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/)

註：《藥物名單》全年可變。

## 藥物不承保時

請聯絡醫師求助，或可：

- 換用承保藥物。
- 確定藥物是否「醫療必需」，填寫事先授權申請表。
- 需要事先授權時將正確的表格送交藥房。

請見《會員手冊》了解詳情，也可聯絡會員服務部，電話：1-800-440-IEHP (4347)，服務時間：週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點，週六至周日，上午 8 點下午 5 點，聽障專線：1-800-718-IEHP (4347)。

2023  
**People  
COMPANIES  
THAT  
CARE**

IEHP 被《人物》雜誌評為「100 家關愛企業 (100 Companies That Care®)」之一，在全國榜單中排名第 87 位。《人物》雜誌年度榜單重點關注在「尊重員工、提升社區、讓世界變得更美好」方面不遺餘力的企業，包括 Comcast、NBC Universal、Target Corporation 和 CarMax 等公司。

# 本計劃的使命時刻

## 本計劃與 Riverside 壁畫家 Juan Navarro 合作

本計劃不但治病，還激發人類精神。

Riverside 壁畫家 Juan Navarro 希望自己的藝術也能做到這一點。作為國家勳章獲得者，他最近去了白宮，還是 Riverside 藝術博物館的駐場藝術家。在自己墨西哥裔美國人血統的啟發下，每次揮動畫筆時，他都在為服務不同人群的社區和組織中留下了自己的印記。他在 Riverside 等社區公開展出了至少 15 件作品，還擁有和經營 Eastside Arthouse。為此，本計劃非常高興

有機會與他合作，在 Rancho Cucamonga 總部創作幾幅全尺寸壁畫，頌揚使 Inland Empire 如此特別的多元化。第一幅壁畫現已在本計劃總部的中央部分（中庭）完成，每天都有數百人參觀。

他說：「我們討論了很多不同主題，但是，這幅【描述 Riverside 綠樹成蔭街道】的壁畫最適合這個空間，因此決定注重 IEHP 服務的 Riverside 縣和 San Bernardino 縣。」

欲詳細了解這位才華橫溢的年輕藝術家，請造訪 [www.juannavarro.art/about](http://www.juannavarro.art/about)。



詳細了解



# 注射疫苗 不得流感



Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 建議，所有年滿 6 個月者每年都應注射流感疫苗，有少數例外，對併發症高危者更是如此，包括孕婦、年滿 65 歲者及護養院和長照機構住民。

本計劃所有會員都可讓醫師免費注射流感疫苗，成人會員還可去某些網路內藥房免費注射，例如，CVS、Rite Aid 和 Walgreens，應先致電安排。此外，如在工作單位或網路外診所接種了流感疫苗，務請告訴醫師更新記錄。

如得流感但找不到醫師，請隨時撥打本計劃 24 小時護士諮詢熱線：  
1-888-244-IEHP (4347)，聽障專線：711。

## 心理健康權利

會員有以下心理健康服務權利：

- 受到有尊重和尊嚴的對待
- 保護隱私
- 了解治療方案和替代方案
- 獲得適合年齡和文化的服務
- 獲得醫護時不因年齡、性別、種族、宗教、性取向或疾病類別而受歧視

掃描右側二維碼，在《會員手冊》中詳細了解心理健康權利和責任。



詳細了解

# 使用免費 醫護和 健康福利



本計劃承保福利包括免費的醫護和健康計劃和課程，當面或線上上課，幫助改善身體、心理和社交福祉。

## 課程內容

- 長者健康
- 產前護理
- 健康生活
- 管理慢性病（哮喘、糖尿病和高血壓）
- 幼兒期和健康嬰兒
- 管理體重

## 上課步驟：

第 1 步：掃描二維碼查看活動日曆。

第 2 步：查找想上課程，點擊註冊連結。

第 3 步：填表註冊，會收到線上課程確認電子郵件和當面課程郵寄信件。

## 其他註冊方法

使用我的因恩健保帳戶（My IEHP Health Account，或建立一個新帳戶）線上註冊：  
[bit.ly/IEHP\\_login](https://bit.ly/IEHP_login)。如果無法上網，請聯絡會員服務部。



## 為寶寶買醫保。

寶寶出生當月和之後一個月僅在媽媽名下享有醫保，切勿等待。讓寶寶立即有自己的醫保。

### 第 1 步：讓寶寶參保 Medi-Cal

致電當地 Medi-Cal 辦公室。適用時將寶寶加到媽媽名下：

- **Riverside 縣**：1-877-410-8827  
查找當地辦事處：<https://bit.ly/47o6TRQ>
- **San Bernardino 縣**：1-877-410-8829  
查找當地辦事處：<https://bit.ly/3MB1qS5>  
還可線上建立帳戶：[www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)。

### 第 2 步：讓寶寶參保本計劃

請聯絡本計劃參保服務部，電話：1-866-294-4347，服務時間：週一至週五，上午 8 點到下午 5 點，聽障專線：1-800-720-4347。也可聯絡 Health Care Options，電話：1-800-430-4263，聽障專線：1-800-430-7077，或造訪：[www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)。

### 第 3 步：為寶寶選用醫師

寶寶參保後，請上網使用「查找醫師 (Find a Doctor)」搜尋：[IEHP.org](http://IEHP.org)。

## 兒童和青少年的人類乳突病毒疫苗。

人類乳突病毒 (HPV) 是一組常見病毒，可讓任何人感染，每年都感染約 1,300 萬人，某些感染可致癌症。

最早從 9 歲即可開始接種人類乳突病毒疫苗，預防感染可致的癌症。如果 11 至 12 歲的孩子尚未接種疫苗，請立即就醫安排。

# 他們的健康 從您開始

## 孩子是否在因醫療需求缺課？ 本計劃可以幫助。

本計劃知道您工作有多努力，為孩子犧牲了多少。因此，孩子因病缺課時，不僅影響學習，能還會曠工，甚至可能失業。為此，本計劃健康導航員計劃與 San Bernardino 縣和 Riverside 縣的一些公立學校合作，以助當地家庭獲得所需醫療保健和資源。

## 您不必獨做。

健康導航員會密切合作，為學校教職員工和家庭提供支持，幫助了解健康福利，還幫助孩子免費獲得優質醫護、行為健康、健康服務等。

健康導航員還可充當醫療保健倡導者，為學生及其家人提供幫助，即代為致電提供者，甚至陪同就醫。

下載健康導航員轉介表：<https://bit.ly/3FQyUWs>。



## 懷孕和寶寶相 關問題

免費的 Baby-N-Me 應用程式可在整個孕期和寶寶頭兩年提供指導，請掃描二維碼或發簡訊「baby」至 1-844-649-3799 獲取下載連結。



# 所有人的健保計劃！

如已失去醫保，也不用擔心。



**IE HP**  
Inland Empire Health Plan

Inland Empire 合格居民可通過加州醫療補助計劃獲得免費醫保：

- ✓ 從 8,000 多位提供者和專科醫師接受醫護
- ✓ 醫護協調
- ✓ 視力、牙科和運送福利
- ✓ 無論是什麼移民身份

**IE HP**

DualChoice

Medi-Cal 和 Medicare 雙重受益人的免費綜合計劃：

- ✓ 全保計劃包括醫師、醫院、藥房、長期服務與援助、行為健康等
- ✓ 醫護協調
- ✓ 個人醫護團隊

**IE HP**

Covered

為 Medi-Cal 不合格者提供的最低價私人醫保：

- ✓ 當地最低價的白銀計劃（每月低至 10 美元）
- ✓ 從 5,000 多位提供者和專科醫師接受醫護

哪個計劃適合您？

請造訪新網站流覽各種計劃：[www.iehp.org](http://www.iehp.org)。





## NONDISCRIMINATION NOTICE

Discrimination is against the law. Inland Empire Health Plan (IEHP) follows State and Federal civil rights laws. IEHP 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 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 Member Services at **1-800-440-IEHP (4347)**, Monday–Friday, 7am–7pm, and Saturday–Sunday, 8am–5pm, including holidays. 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:

Inland Empire Health Plan  
10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA  
91730-5987  
**1-800-440-4347** (TTY: **1-800-718-4347**/California Relay 711)

### HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that IEHP 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's Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- By phone: Contact IEHP's Civil Rights Coordinator between 8am-5pm, by calling **1-800-440-4347**. Or, if you cannot hear or speak well, please call TTY: **1-800-718-4347**/California Relay 711.
- In writing: Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
  - IEHP's Civil Rights Coordinator
  - 10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA
  - 91730-5987
- In person: Visit your doctor's office or IEHP and say you want to file a grievance.
- Electronically: Visit IEHP's website at [www.iehp.org](http://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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Electronically:** Send an email to [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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>



## 反歧視通知

歧視屬於違法行為。Inland Empire Health Plan (IEHP) 遵守州及聯邦民權法。IEHP 不會因性、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族群認同、年齡、精神問題、殘障、疾病、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而非法歧視、排斥或區別對待任何人。

IEHP 提供：

- 面向殘障人士的免費援助及服務，以幫助他們更好地進行溝通，例如：
  - ✓ 具備資質的手語口譯員
  - ✓ 其他格式的書面資訊（大字版、語音版及無障礙電子格式等）
- 面向主要語言不是英語的人士的免費語言服務，例如：
  - ✓ 具備資質的口譯員
  - ✓ 其他語言版本的書面資訊

如果您需要此類服務，致電 **1-800-440-IEHP (4347)** 聯絡 IEHP 會員服務處，週一至週五，上午 7 時至下午 7 時，週六至週日，上午 8 時至下午 5 時，包括節假日。如果您有聽力或說話障礙，請致電 **1-800-718-4347**。可以按您的申請為您提供此文件的盲文版、大字版、錄音帶或電子表格。如要獲取上述替代格式的副本，請致電或寄函至：

Inland Empire Health Plan  
10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA  
91730-5987  
**1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347/California Relay 711)**

### 如何提出申訴

如果您認為 IEHP 沒有為您提供此類服務或 IEHP 因性、種族、膚色、宗教、血統、國籍、族群認同、年齡、精神問題、殘障、疾病、遺傳資訊、婚姻狀況、性別、性別認同或性取向而以其他方式非法歧視您，您可以向 IEHP 的民權協調員提出申訴。您可以透過致電、寄函、現場或線上方式提出申訴：

- **致電**：在上午 8 點至下午 5 點（太平洋標準時間）之間致電 **1-800-440-4347** 聯絡 IEHP 的民權協調員。或如果您有聽力或說話障礙，請致電 TTY: **1-800-718-4347**/加州轉接 711。
- **寄函**：填寫申訴表或寄函至：

IEHP's Civil Rights Coordinator  
10801 6<sup>th</sup> St., Rancho Cucamonga, CA  
91730-5987
- **現場**：造訪您醫生的診所或 IEHP，並表示您想提出申訴。
- **在線**：造訪 IEHP 的網站：[www.iehp.org](http://www.iehp.org)。

### 民權辦公室 – 加州醫療保健服務部

您也可以透過致電、寄函或在線方式向加州醫療保健服務部民權辦公室提出民權申訴：

- **電話**：致電 **(916) 440-7370**。如果您有說話或聽力障礙，請致電 711（電訊轉接服務）。
- **寄函**：填寫申訴表或寄函至：

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

可在[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)網站獲得申訴表。

•在線：傳送電子郵件至[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)。

### **民權辦公室 – 美國衛生與公共服務部**

如果您認為您在種族、膚色、國籍、年齡、殘障狀況或性方面遭到了歧視，您也可以透過致電、寄函或線上方式向美國衛生與公共服務部民權辦公室提交民權申訴。

•電話：致電 **1-800-368-1019**。如果您有說話或聽力障礙，請致電 TTY/TDD **1-800-537-7697**。

•寄函：填寫申訴表或寄函至：

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

可在<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>網站獲得申訴表。

•在線：造訪民權辦公室申訴門戶網站：<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ : បើអ្នក រក្សា ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក ស្រ ទូរស័ព្ទ ទៅលេខ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារស រេសរជាអកសរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសេរសរជាអកសរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទ មេកលេខ **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان

### **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** पर कॉल करें अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं जैसे बरेल और बड़े पिरंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** पर कॉल करें सेवानिः शुल्क हैं।

### **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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。 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕຮ່ວມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (линия TTY: 1-800-718-4347)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ ไปที่หมายเลข **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์ และเอกสารที่พิมพ์ ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ ไปที่หมายเลข **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (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 **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



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

PRST STD  
U.S. POSTAGE

**PAID**  
IEHP



# 保留 IE♥HP

馬上完成 Medi-Cal 保險續保：

- 請造訪 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)。
- 將填好資料包寄給所在縣辦公室。
- 親至 Medi-Cal 辦公室。
- 致電所在縣 Medi-Cal 辦公室。



需要續保幫助嗎？

請致電 1-888-860-1296 或造訪  
[KeepMyIEHP.com](http://KeepMyIEHP.com)。

## 有疑問嗎？

請聯絡會員服務部

1-800-440-IEHP (4347)

1-800-718-IEHP (4347) (聽障專線)

服務時間：週一至週五，上午 7 點至晚上 7 點，週六至周日，上午 8 點至下午 5 點

請造訪：[www.iehp.org](http://www.iehp.org)



保持聯絡。關注我們！

## California Department of Health Care Services (DHCS) 監察員辦公室

如需 Medi-Cal 幫助，可聯絡 California Department of Health Care Services (DHCS) 監察員辦公室，電話：1-888-452-8609，服務時間：週一至週五，上午 8 點到下午 5 點（節假日除外），可助 Medi-Cal 受益人了解其權利和責任。