

Health Spotlight

醫療保健藝術：

認識 Riverside 壁畫家
Juan Navarro (第 3 頁)

加上



健康檢查：
恢復健康



注射流感疫苗，
不得流感



所有人的健
保計劃！

IE  HP

DualChoice





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》雜誌的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。

IEHP DualChoice 《處方集》： 會員須知

本計劃《處方集》是 IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 計劃承保的藥物名單，可助確保提供療效好的安全藥物。

可隨時在本計劃網站上獲得最新的《處方集》及其變更日誌。請造訪 bit.ly/3mjOyTP 查看直接連結。

藥物不承保時

致電醫師診所，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。
- 需要事先授權時將表格送交藥房。

請見《會員手冊》了解詳情，也可聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部，電話號碼在會員卡背面。

註：《藥物名單》全年可變。



本計劃的使命時刻

本計劃與 Riverside 壁畫家 Juan Navarro 合作

IEHP DualChoice 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 DualChoice 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



詳細了解



年度健康檢查：

恢復健康



每年都應做年度健康檢查，保持健康，預防健康問題。健康檢查不僅僅是體檢，還包括健康風險評估、個性化預防計劃，並可能包括：

- 常規測量（例如，身高、體重和血壓）
- 審核病史和家族史
- 審核現用藥物
- 個性化健康建議
- 預先醫護規劃
- 認知和功能評估

不要等到生病，立即致電醫師安排檢查。

您是否知道？

可隨時獲得醫療建議，每週 7 天、每天 24 小時。撥打本計劃 24 小時護士諮詢熱線，受訓護士可在電話上提供醫療建議，還可幫助指導獲得所需醫護，無論是去附近的急診中心，還是通過視訊或電話聊天與醫師通話。

請致電 1-888-244-IEHP (4347)。聽障專線：711。

詢問醫師

問 抗生素是否對流感有幫助？

答 否。抗生素只能治療細菌引起的感染，而流感是由病毒引起的感染，也就是說，抗生素對流感無效。

郵寄問題 – 詢問醫師 –
IEHP DualChoice, P.O. Box 1800,
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

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。

IEHP DualChoice 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



詳細了解

掃描二維碼，在《會員手冊》中詳細了解心理健康權利和責任。



觸手可得的社區資源

資源：

Connect IE 是一個免費的一站式網站，可在此找到低價免費社區資源，例如：

- 免費食品
- 租金援助
- 運送工具
- 教育資源
- 工作訓練
- 衛生保健
- 還有更多！

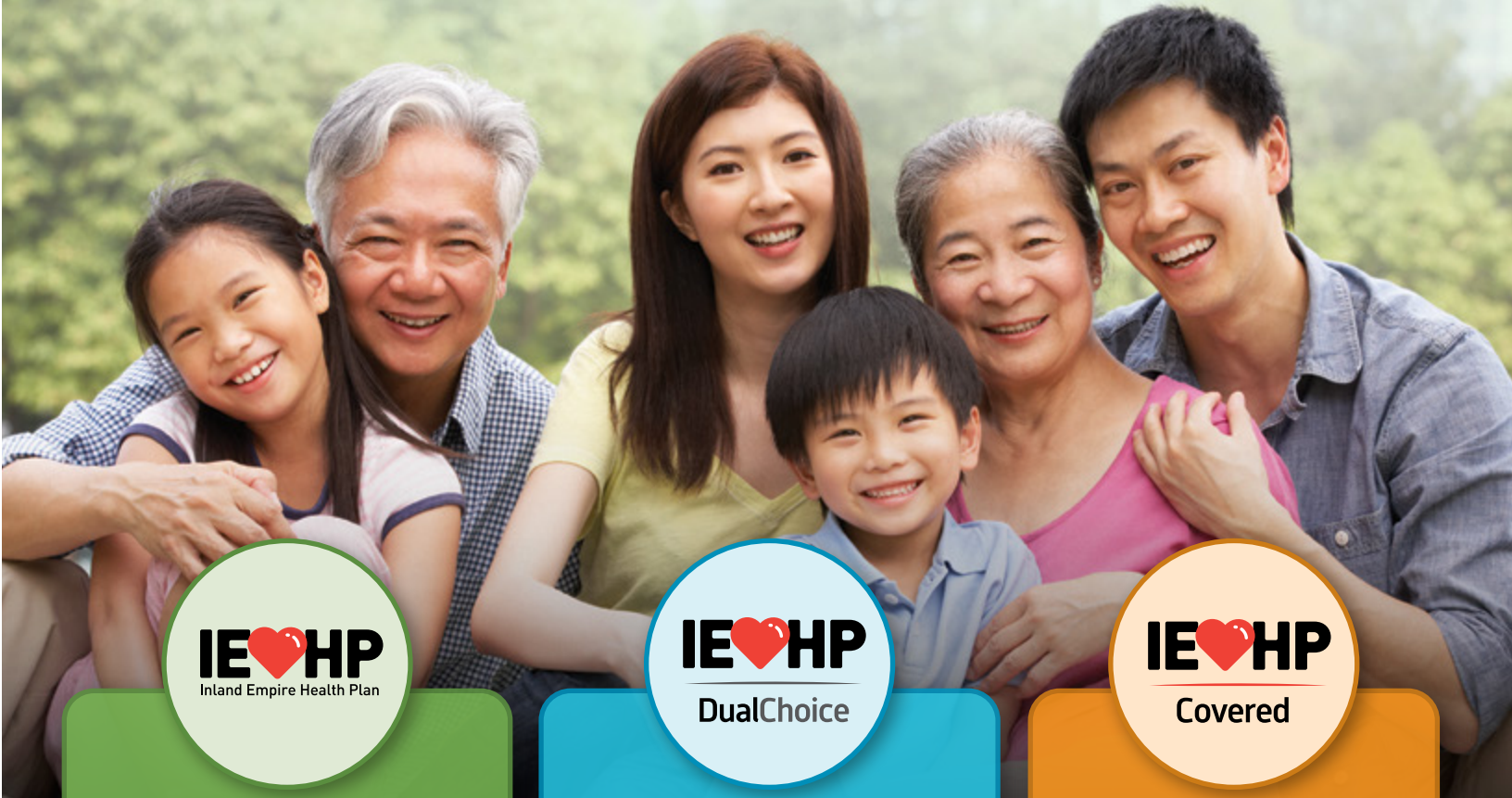
使用：

1. 請造訪 www.ConnectIE.org
2. 在搜尋欄中輸入郵遞區號。
3. 點擊「搜尋 (Search)」。

搞定！開始流覽當地低價免費資源。

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.



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>.



禁止歧視聲明

歧視是違法行為。IEHP DualChoice (HMO D-SNP) 遵循州政府與聯邦政府民權法。IEHP DualChoice 不會因為生理性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神障礙、身體殘疾、醫療病況、基因資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性取向而非法歧視、排擠他人或對人有差別待遇。

IEHP DualChoice :

- 為殘疾人士提供免費輔助和服務，以協助他們更有效地溝通，例如：
 - ✓ 合格手語翻譯員
 - ✓ 其他格式的書面資訊 (大字版、語音版、無障礙電子格式、其他格式)

- 為母語不是英語的人士提供免費語言服務，例如：
 - ✓ 合格口譯員
 - ✓ 其他語言版本的書面資訊

如果您需要上述服務，請致電 1-877-273-4347 與 IEHP DualChoice 會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。如果您有聽力或言語障礙，請致電 1-800-718-4347。我們可應要求為您提供本文件的盲文版、大字版、錄音帶或電子格式。如欲取得上述其中一種替代格式的副本，請致電或寫信至：

IEHP DualChoice
10801 Sixth St., Rancho Cucamonga, CA 91730
電話 1-877-273-4347
TTY 使用者專線：1-800-718-4347
711 (電信轉接服務)

如何提出申訴

如果您認為 IEHP DualChoice 沒有提供這些服務，或因為生理性別、種族、膚色、宗教、血統、原國籍、族群認同、年齡、精神障礙、身體殘疾、醫療病況、基因資訊、婚姻狀態、社會性別、性別認同或性取向而透過其他方法非法歧視他人，您可以向 IEHP DualChoice 的民權協調員提出申訴。您可以透過電話、書面方式、當面或網絡提出申訴：

- 透過電話：請致電 1-877-273-4347 與 IEHP DualChoice 的民權協調員聯絡，服務時間為每週 7 天 (包括假日)，上午 8 時至晚上 8 時 (太平洋標準時間 (PST))。或者，如果您有聽力或言語障礙，請致電 1-800-718-4347。
 - 透過書面方式：填寫投訴表或寫信並寄送至：

IEHP DualChoice, Attn: Civil Rights Coordinator,
10801 Sixth Street, Suite 120, Rancho Cucamonga, CA 91730
 - 當面：前往您醫生的診所或 IEHP DualChoice 並表明您想提出申訴。
 - 透過網絡：前往 IEHP DualChoice 的網站，網址 www.iehp.org。
-

民權辦公室 – 加州醫療保健服務部

您也可以透過電話、書面方式或網絡向加州醫療保健服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 **916-440-7370**。如果您有言語或聽力障礙，請致電 **711** (電信轉接服務)。
- 透過書面方式：填寫投訴表或寄信至：

**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**

投訴表可在網站取得，網址
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx。

- 透過網絡：傳送電子郵件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民權辦公室 – 美國衛生及公眾服務部

如果您認為自己因為種族、膚色、原國籍、年齡、殘疾或性別而遭到歧視，您也可以透過電話、書面方式或網絡向美國衛生及公眾服務部民權辦公室提出民權投訴：

- 透過電話：請致電 **1-800-368-1019**。如果您有言語或聽力障礙，請致電

TTY/TDD 使用者專線：1-800-537-7697。

- 透過書面方式：填寫投訴表或寄信至：

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

投訴表可在網站取得，網址 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。

- 透過網絡：前往民權辦公室投訴入口網站，網址
<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

有疑問嗎？

請聯絡 IEHP DualChoice 會員服務部，電話：1-877-273-IEHP (4347)，
聽障專線：1-800-718-IEHP (4347)，
服務時間：每週 7 天，上午 8 點至晚上 8 點
(太平洋標準時間，包括節假日)

請造訪：www.iehp.org



保持聯絡。關注我們！

保留 IEHP

馬上完成 Medi-Cal 保險續保：

- 請造訪 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。

留意收到的
黃色信封！

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 是一項 Medicare 和 Medi-Cal 簽約健保計劃，旨在為參保人同時提供這兩項計劃的福利。