

PULSE

CONSULTAS DE BIENESTAR:

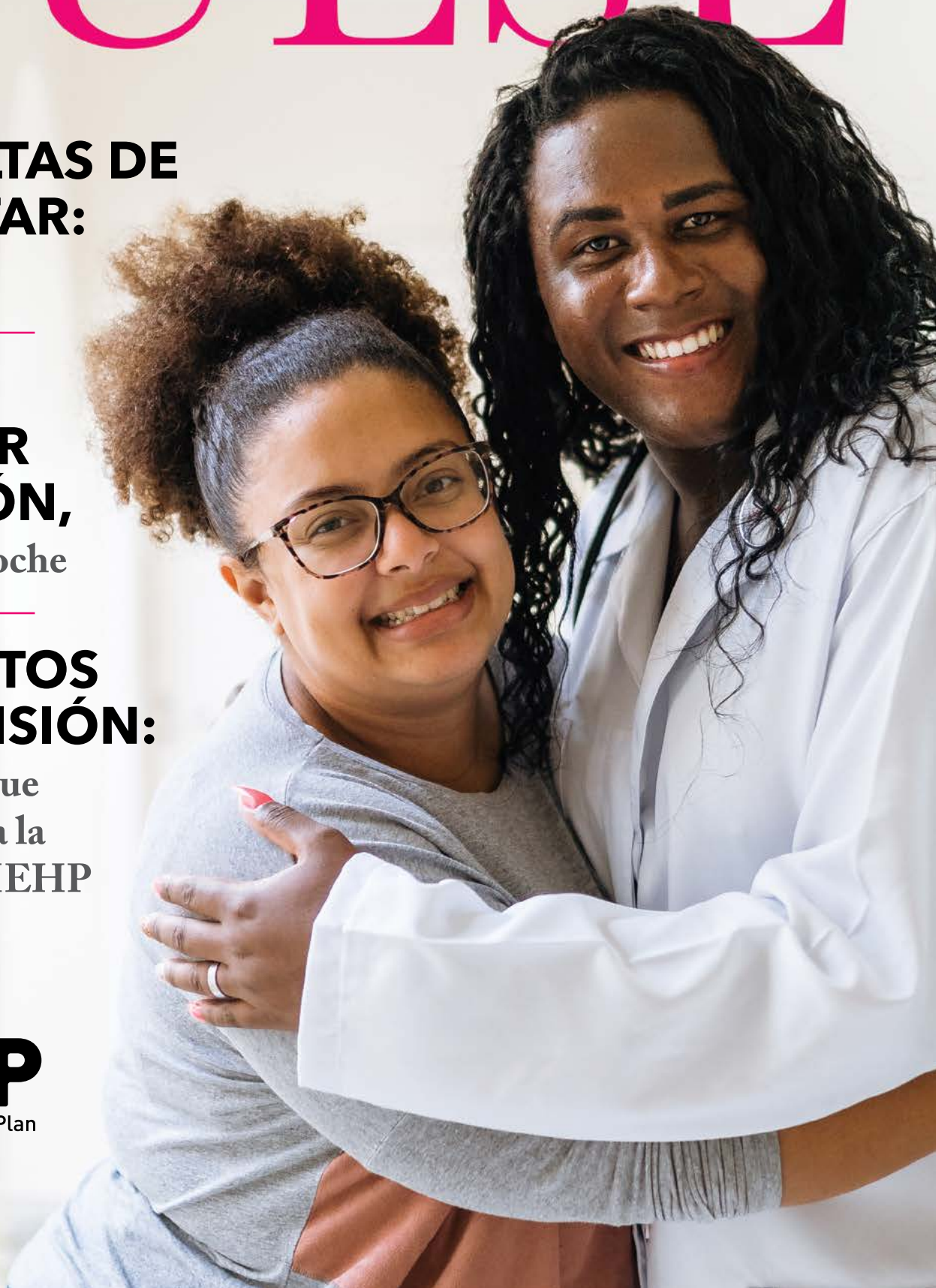
Qué esperar

CÓMO OBTENER ATENCIÓN,

de día o de noche

MOMENTOS DE LA MISIÓN:

La elección que salvó la vida a la miembro de IEHP Veronica B.



Para más **MOMENTOS**

Como este



**Programe
una consulta
de bienestar**

IE  **HP**

ÍNDICE



Momentos de nuestra misión: Una elección que salva vidas

Cuando Veronica B. fue dada de baja por su plan de salud por mudarse fuera de su área de servicio, no sabía que este simple error le salvaría la vida.

2

¡Obtenga atención cuando la necesite!

Línea de Consejos de Enfermería las 24 Horas de IEHP
1-888-244-(IEHP) 4347
TTY: 711



Centro de Bienestar para la Comunidad de IEHP

Clases gratuitas de salud, acondicionamiento físico y bienestar en su área.

Todos los miembros de IEHP

Momentos de nuestra misión: una elección que salva vidas ..	2
Saliendo del hospital: lo que debe saber.....	4
Ahorre un 20% en su factura mensual de gas.....	4
Administración de Atención Médica Compleja	5
Pregunte a su médico.....	5
Se amplía la Administración de Atención Médica Mejorada.....	6
Póngase en contacto con recursos locales gratuitos.....	7
Gráfica del calendario de vacunación 2024.....	8
El viaje de su hijo hacia el bienestar.....	9
Medi-Cal y el cuidado de crianza temporal.....	9
Qué esperar en su consulta de bienestar	10
Vacunas para adultos.....	11
Recursos gratuitos para la atención durante el embarazo..	12
Apoyo posparto	13
Cómo obtener atención de día o de noche	14
Consultas de telesalud	14

Miembros de IEHP DualChoice

Programa del Plan de Cuidados Avanzados	16
Hágase una prueba y reciba una tarjeta de regalo de \$25	17
Tarjeta de débito de Salud Plena	17



MOMENTOS DE NUESTRA MISIÓN

Una elección que salva vidas



Cuando Veronica B. fue dada de baja por su plan de salud por mudarse fuera de su área de servicio, no sabía que este simple error le salvaría la vida.

Veronica B., residente de Trona, en el condado de San Bernardino, contrajo la variante Delta del COVID-19 y se encontró en una situación desesperada.

"Tenía los labios azules y sentía que me ahogaba", recuerda. "Todo lo que pude decir fue: 'Llama al 911'".

Durante los ocho meses siguientes, Veronica fue trasladada de un hospital a otro, luchando contra graves problemas respiratorios que la dejaron al borde de la muerte.

"Estaba lista para que activarán el código", explicó Veronica, usando el término para cuando un paciente necesita atención urgente que le salve la vida. "Les dijeron a mis hijos que se prepararan".

El único tratamiento que los proveedores de Veronica podían recomendar era el remdesivir, un medicamento antiviral que se usa para tratar el COVID-19. Sin embargo, le dijeron que, al tratarse de un tratamiento experimental, podría tener dificultades para que lo aprobara el seguro.

Afortunadamente, Veronica se había inscrito en IEHP, que sus amigos y familiares le habían recomendado después de que su anterior plan la dio de baja por mudarse fuera de su área de servicio. Jamás se habría imaginado que ese pequeño error le salvaría la vida, porque, con IEHP, obtener la aprobación para el tratamiento ni siquiera se ponía en duda.



"Creo que si no hubiera tenido IEHP, hoy no estaría aquí".

Veronica B., miembro de IEHP

Un socio en el camino hacia la recuperación

Veronica obtuvo el tratamiento que necesitaba. Pero con unos pulmones muy debilitados y cierta parálisis, su recuperación en el Centro de Rehabilitación de Inland Valley, un centro de enfermería especializada, llevaría mucho más tiempo del que normalmente permitía la cobertura del seguro. Aunque le dijeron que una prórroga podía ser improbable, IEHP aprobó el tiempo adicional y la atención que necesitaba.

"Esos 30 días adicionales que IEHP me proporcionó en rehabilitación marcaron una gran diferencia, por el solo hecho de poder caminar y desplazarme", dijo Veronica.

Aquí y ahora

Hoy, nos complace informarles que Veronica ya no necesita un respirador en su hogar ni una silla de ruedas para desplazarse. Y aunque es probable que Veronica nunca vuelva a alcanzar los niveles de salud de los que disfrutaba en su vida antes del COVID-19, su salud está mucho mejor que hace tan solo un año y su espíritu es tan fuerte como siempre.

¿Le impresionó IEHP? Escanee el código QR o visite <https://bit.ly/3O1GJfs> y comparta su historia. Si la usamos, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$50.

SALIENDO DEL HOSPITAL:

Lo que debe saber

Cuando usted o un ser querido recibe el alta hospitalaria, puede ser muy estresante.

Por eso, cuando llegue el momento de volver a casa, su administrador de atención médica de IEHP le ayudará a pasar por el proceso del alta y estará a su lado durante los siguientes 30 días.

Asegúrese de mantenerse en contacto con su administrador de atención médica y programe una consulta de seguimiento con su médico de inmediato.

El seguimiento del proceso del alta puede ayudarle a mejorar más rápido y evitar que vuelva al hospital.



AHORRE UN 20% EN SU FACTURA MENSUAL DE GAS

¿Sabía que la mayoría de los miembros de IEHP pueden ahorrar un 20% en su factura mensual de gas natural a través del programa Tarifas Alternativas de Energía en California (*California Alternate Rates for Energy, CARE*) de SoCalGas?

Para calificar para CARE, tiene que cumplir los requisitos de ingresos o estar inscrito en ciertos programas de asistencia, como Medi-Cal, Medicaid/Medi-Cal, Mujeres, Bebés y Niños (*Women, Infants & Children, WIC*), CalFresh y otros.

Para solicitarlo, visite socalgas.com/care o escanee el código QR.

Aun si está atrasado en el pago de sus facturas de gas, puede ser elegible. Visite socalgas.com/Forgiveness para obtener más información.





PREGÚNTELE AL MÉDICO

P ¿Por qué las vacunas comienzan a tan temprana edad?

R Los niños son susceptibles de contraer enfermedades a una edad temprana. El calendario de vacunas recomendado ayuda a proporcionarles protección antes de que se enfrenten a enfermedades potencialmente mortales. Vea en la página 8 el calendario de vacunas para niños de hasta 18 años. **Programe su consulta hoy.**

ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA COMPLEJA de IEHP

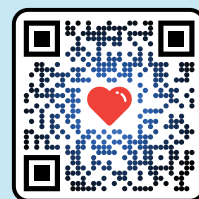
¿Necesita ayuda para el control de su enfermedad o de su salud mental? ¿Necesita ayuda para coordinar la atención con sus médicos? Nuestro programa de Administración de Atención Médica Compleja (*Complex Care Management, CCM*) fue diseñado para ayudar a los miembros de Medi-Cal, DualChoice e IEHP Covered (*Covered California, CCA*) que están enfermos. Este programa ayuda a los miembros con enfermedades graves, como enfermedades cardíacas, pulmonares, renales, SIDA, hepatitis C, lesiones en la médula espinal o cualquier otra afección crónica no controlada. Además, nuestro programa apoya a los miembros con necesidades complejas de salud mental.

El programa de Administración de Atención Médica Compleja es un equipo interdisciplinario (*Interdisciplinary Care Team, ICT*), formado por su Médico de Cuidado Primario, su administrador de Atención Médica Compleja y otros profesionales que apoyan sus necesidades de atención médica.

Nuestro equipo de Coordinación de Atención Médica trabajará con usted y su médico para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Podemos ayudarle a controlar su enfermedad y sus medicamentos, coordinar la atención y obtener el equipo y los suministros médicos necesarios. Trabajamos junto con sus proveedores para ayudarle a acceder a los servicios y recursos que necesita.

Para saber más sobre nuestro programa de CCM sin costo, hable con su médico.

También puede visitar <https://bit.ly/46VajMt> o escanear el código QR.



COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA MEJORADA



Se amplía



La Coordinación de Atención Médica Mejorada (*Enhanced Care Management, ECM*) es un beneficio gratuito de Medi-Cal que le ayuda a coordinar la atención que obtiene de diferentes médicos. Esto incluye su atención primaria, tratamiento de enfermedades agudas, Salud del Comportamiento, desarrollo, salud bucal, Servicios y Apoyos a Largo Plazo (*Long-Term Services and Supports, LTSS*) comunitarios y referencias a recursos de la comunidad. Puede obtener apoyo por teléfono, en persona e incluso podemos ir al lugar donde esté usted.

La ECM no cambia ninguno de sus beneficios, y puede optar por recibirla o no en cualquier momento. Mantendrá sus proveedores actuales y obtendrá ayuda para lo siguiente:

- Encontrar médicos y obtener citas para todas las necesidades de salud
- Mejorar su salud trabajando con usted y su médico en su plan de atención médica
- Organizar el transporte a sus consultas médicas
- Obtener servicios de seguimiento después de salir del hospital
- Administrar sus medicamentos
- Ponerse en contacto con recursos locales, como alimentos u otros servicios sociales

El 1.º de enero de 2024, el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) amplió la elegibilidad para la ECM a más personas con atención y necesidades complejas, entre las que se incluyen:

- Las que están por salir de la cárcel
- Las que están embarazadas o que dieron a luz en los últimos 12 meses

Si califica, es posible que nos comuniquemos con usted para informarle sobre los servicios de la ECM. También puede preguntar a su médico sobre la ECM o llamar a Servicios para Miembros al 1-800-440-IEHP (4347), de lunes a viernes, de 7am-7pm, y sábados y domingos, de 8am-5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.



PÓNGASE EN CONTACTO CON RECURSOS LOCALES GRATUITOS

ConnectIE 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
- Educación
- Capacitación para el trabajo
- Atención médica
- ¡Y mucho más!

¿CÓMO FUNCIONA?

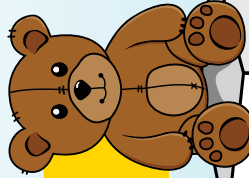
1. Visite www.ConnectIE.org.
2. Introduzca su CÓDIGO POSTAL en la barra de búsqueda.
3. Haga clic en “Search” (*Buscar*).

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



CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE 2024

Del nacimiento a los 6 meses es posible que algunos bebés necesiten una dosis de la vacuna RSV.



Al nacer	HepB (hepatitis B)	Edad: de 0 a 2 meses	DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)	Polio (IPV)	HepB (hepatitis B) de 1 a 2 meses	Hib (meningitis por Hib)	PCV (neumonía)	RV (rotavirus)
-----------------	------------------------------	-----------------------------	---	-----------------------	---	------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Edad: 4 meses	DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)	Polio (IPV)	Hib (meningitis por Hib)	PCV (neumonía)	RV (rotavirus)
----------------------	---	-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Edad: 6 meses	DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)	Polio (IPV)	HepB (hepatitis B)	PCV (neumonía)	RV (rotavirus)
----------------------	---	-----------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------

Edad: 12 meses	HepA (Hepatitis A)	MMR (sarampión, paperas y rubéola)	Hib (meningitis por Hib)	PCV (neumonía)	Varicela (peste cristal)
-----------------------	------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------	------------------------------------

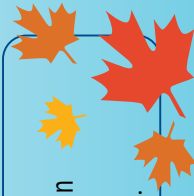
Edad: 4 a 6 años	Edad: 11 a 12 años	Edad: 16 a 18 años
DTaP Polio (IPV) MMR Varicela	Tdap VPH (2 dosis) MenACWY (meningitis)	MenACWY (meningitis) MenB

Pregunte a su médico cuánto tiempo debe pasar entre cada vacuna. Para obtener más información, visite: www.cdc.gov/vaccines.

La vacuna contra el COVID-19 se recomienda a partir de los 6 meses de edad.

Proteja a su hijo contra la gripe.

Todas las personas a partir de los 6 meses de edad deben vacunarse contra la gripe. Para proteger mejor a su hijo, vacúnelo contra la gripe durante la temporada de otoño.



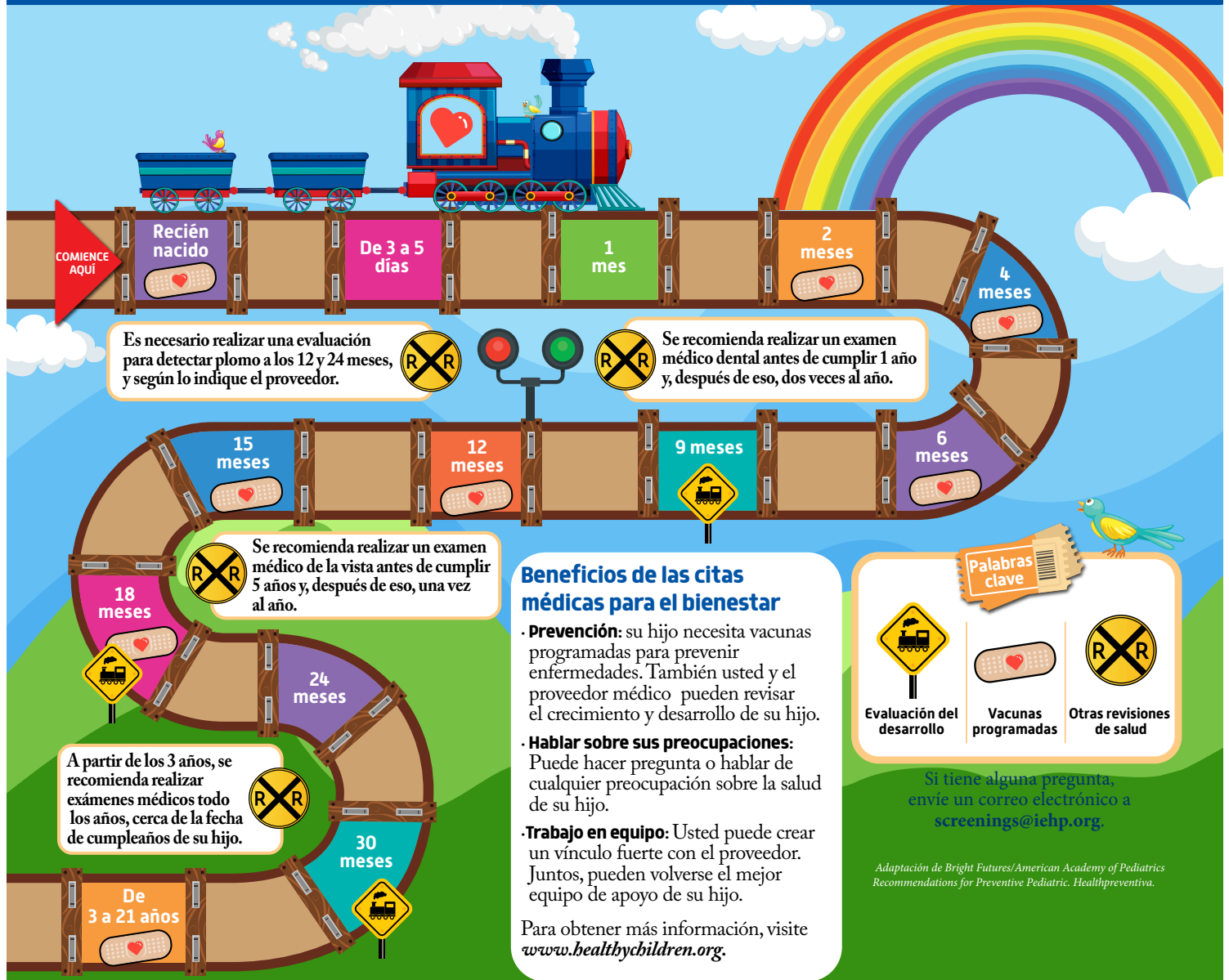
Edad: 15 meses	Edad: 18 meses
DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)	HepA (hepatitis A)



NIÑOS DE CALIFORNIA
Ámelos. Vacúnelos.

EL VIAJE HACIA EL BIENESTAR DE SU HIJO

Las citas médicas para el bienestar de los niños (Well-child visits), ayudan a que los bebés, niños y adolescentes obtengan la atención que necesitan, justo cuando la necesitan. ¡Todos a bordo! Haga un seguimiento de cada cita médica programada con el doctor para ayudar a que su hijo viaje con rumbo al bienestar.



MEDI-CAL Y EL CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL

¿Sabía que los jóvenes en cuidado de crianza temporal, al cumplir 18 años o más pueden calificar para la cobertura gratuita de Medi-Cal hasta que cumplan 26 años? Para obtener cobertura de inmediato, llame a la oficina local de su condado o a Inscripciones de IEHP al 1-866-294-IEHP (4347), de lunes a viernes, de 8am-5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-718-4347.



Qué esperar EN SU CONSULTA DE BIENESTAR

Asegurarse de ir con su médico para su consulta anual de bienestar es una forma estupenda de mantenerse saludable y prevenir problemas de salud. Esto se debe a que la consulta de bienestar es algo más que su examen físico anual.

Durante su consulta, su médico le pedirá que conteste un cuestionario especial llamado "Evaluación sobre riesgos de salud". Responder estas preguntas puede ayudarle a su médico a trabajar con usted para elaborar o actualizar un plan de prevención personal que le ayude a mantenerse saludable.

Su consulta de bienestar también puede incluir:

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

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

VACUNAS PARA ADULTOS

Los adultos necesitan vacunas en ciertos momentos para ayudar a prevenir enfermedades que podrían ser graves. Hable con su médico sobre las que son adecuadas para usted. Vea en la siguiente lista las vacunas que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*) recomiendan para su edad.

Vacuna	De 19 a 25 años	De 27 a 49 años	De 50 a 64 años	Más de 65 años
COVID-19	Al menos 1 dosis de una vacuna contra el COVID-19 actualizada			
Influenza/gripe	Cada año			
RSV	Si está embarazada durante la temporada del RSV		Si es mayor de 60 años	
Tdap o Td	Tdap en cada embarazo. Td/Tdap cada 10 años para todos los adultos.			
MMR				
Varicela	Si nació en EE. UU. y tiene 43 años o menos			
Culebrilla				
VPH	De 27 a 45 años			
Neumocócica				
Hepatitis A				
Hepatitis B	Hasta los 59 años			
Meningocócica				
Hib				
Viruela símica (monkey pox, mpox)				



TODOS los adultos del grupo de edad deben vacunarse.



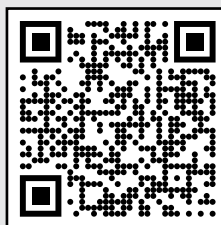
ALGUNOS adultos del grupo de edad deben vacunarse.



Los adultos deben preguntar a su médico si esta vacuna es adecuada para ellos.

Escanee el código QR para obtener más información sobre las vacunas que puede necesitar, o visite:

www.cdc.gov/vaccines/tool/adult.html



Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: www.cdc.gov

RECURSOS GRATUITOS PARA LA ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO



Nuestro programa Inicie Saludable ofrece recursos gratuitos para apoyar a nuestras miembros embarazadas. Para acceder a estas herramientas y a otras más, escanee el código QR con su teléfono o visite IEHP.org y busque "embarazo".



PRIMER TRIMESTRE

- **El programa Acceso a Doulas:** IEHP y la Fundación de Salud Comunitaria de Riverside ofrecen servicios gratuitos de doulas.
- **Aplicación Baby-N-Me:** lleve el control de su fecha de parto, reciba recordatorios de consultas con el médico, hágase una evaluación de depresión postparto y más.



SEGUNDO TRIMESTRE

- **Folleto My Choices for Labor and Birth (Mis opciones para el trabajo de parto y el nacimiento):** tome las decisiones correctas para usted y su bebé.
- **Folleto My Job and My New Baby (Mi trabajo y mi nuevo bebé):** conozca sus derechos como padre primerizo en California.



TERCER TRIMESTRE

- **Loving Support:** obtenga acceso a un apoyo de enfermería gratuito, extractores de leche, grupos de apoyo y más.

APOYO POSPARTO

EXTRACTORES DE LECHE

Las miembros elegibles pueden obtener extractores de leche manuales, eléctricos o de grado hospitalario. Pida a su médico que le envíe una solicitud.

POSTPARTUM SUPPORT INTERNATIONAL

Esta organización ofrece recursos para las mujeres y las familias, como grupos de apoyo en línea semanales, líneas de ayuda y materiales de lectura. Para obtener más información, visite www.postpartum.net/get-help/.




SOLICITUD DE MEDI-CAL PARA SU RECIÉN NACIDO

Envíe la solicitud para su recién nacido lo antes posible. El recién nacido está protegido durante el mes de su nacimiento y el mes posterior por la cobertura médica que usted tiene.

Para solicitar Medi-Cal para su bebé, llame al 1-866-294-IEHP (4347), de lunes a viernes, de 8am-5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-720-4347. También puede llamar a Opciones de Atención Médica al 1-800-430-4263 o visitar www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-430-7077.





CÓMO OBTENER ATENCIÓN MÉDICA DE DÍA O DE NOCHE

TELESALUD:

Evite retrasos en la atención

Muchos médicos de IEHP (incluyendo los de Salud del Comportamiento) ofrecen consultas por telesalud que son fáciles de programar. Solo tiene que llamar o enviar un mensaje al consultorio de su médico para ver si ofrecen telesalud y programar su consulta.

¿POR QUÉ PROGRAMAR UNA CONSULTA POR TELESALUD?

- Le ahorra un viaje al consultorio médico.
- Es fácil acceder usando un teléfono o una computadora.
- Una video consulta se puede hacer desde cualquier lugar con acceso a Internet.
- Le ayuda a mantenerse a salvo y seguro (y limita la propagación de enfermedades).
- Le garantiza que seguirá obteniendo la atención que necesita.

¿QUÉ SE NECESITA?

- Para una consulta telefónica, todo lo que necesita es un teléfono fijo o celular.
- Para una video consulta, necesitará tener acceso a una computadora, una tableta o un teléfono inteligente con cámara, altavoz, micrófono y acceso a Internet.

Cuando tenga necesidades de atención médica, **siempre debe intentar ver primero a su Médico de Cuidado Primario**. Si es fuera del horario de consulta o su médico no está disponible, no se preocupe. Tiene muchas opciones para obtener la atención que necesita.

1 LÍNEA DE CONSEJOS DE ENFERMERÍA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA

Llame a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas de IEHP, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos, al 1-888-244-IEHP (4347). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

- Nuestros enfermeros pueden ofrecerle asesoría médica por teléfono u orientarlo hacia otros servicios.
- Si nuestros enfermeros deciden que necesita hablar con un médico, lo pondrán en contacto con un chat telefónico en vivo o una consulta virtual a través de una aplicación.

2 CUIDADO DE URGENCIA

Visite una Clínica de Atención Urgente de IEHP. Con más de 90 centros en nuestra red, puede ver a un médico el mismo día.

- Muchas clínicas están abiertas hasta tarde, los fines de semana y los días festivos.
- Algunas clínicas cuentan con rayos X y pruebas de laboratorio.

3 SALA DE EMERGENCIAS

Vaya a la sala de emergencias (*Emergency Room, ER*) o llame al 911. La ER proporciona atención para afecciones críticas o potencialmente mortales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluidos los días festivos.

- Si su lesión o enfermedad pone en peligro su vida o podría causarle una discapacidad permanente, llame al 911 o vaya a la ER más cercana.



* No todos los médicos de IEHP proporcionan consultas por telesalud. Llame primero al consultorio de su médico. Su médico decidirá qué es lo mejor para sus necesidades de atención médica.

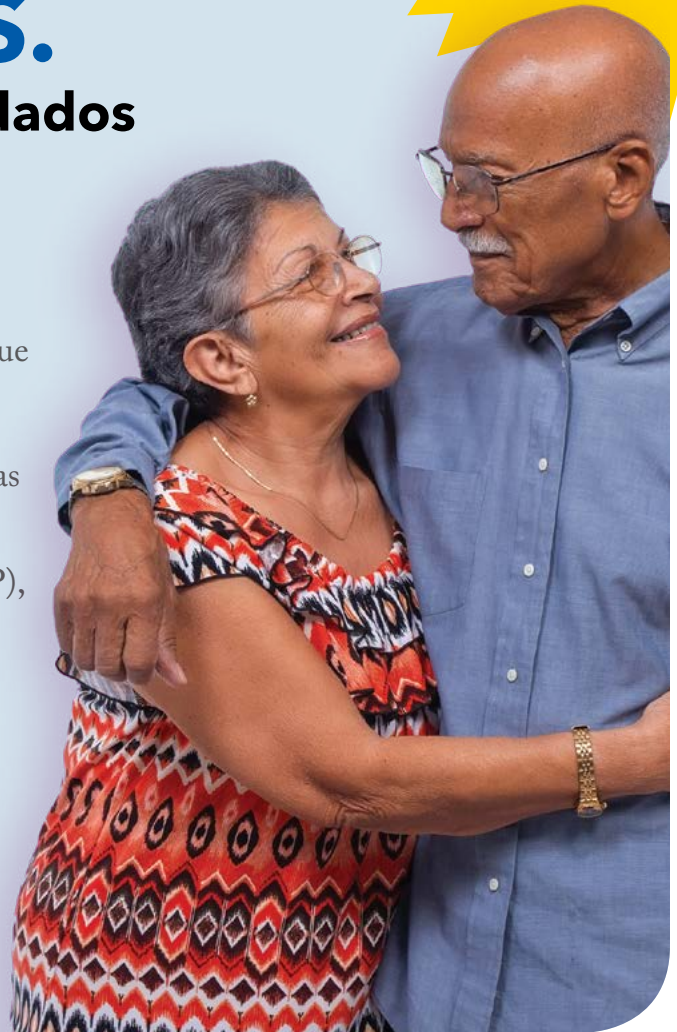
MI VIDA. MIS DECISIONES.

Un programa del Plan de Cuidados Avanzados para miembros de IEHP DualChoice

Una Instrucción Anticipada sobre Atención Médica (*Advance Care Directive, ACD*) es un formulario legal que todos los adultos deben tener. Este formulario sirve de guía para su futura atención médica en caso de que no pueda hablar por sí mismo. Garantiza que se respeten las decisiones que tome sobre su atención médica.

Como miembro de IEHP DualChoice (HMO D-SNP), usted tiene acceso gratuito a MI VIDA. MIS DECISIONES. Un Programa del Plan de Cuidados Avanzados solo para usted. Simplemente llene los formularios de instrucciones anticipadas sobre atención médica en línea y compártalos con su médico.

Descargue la plataforma en línea MI VIDA. MIS DECISIONES. a través del portal para miembros de IEHP o asistiendo a un taller presencial.



REGÍSTRESE EN LÍNEA:

1. Inicie sesión en el portal para miembros en IEHP.org.
2. Haga clic en el ícono de Salud y Bienestar.
3. Elija MI VIDA. MIS DECISIONES.
4. Siga los pasos para comenzar con su Plan de Cuidados Avanzados.



REGÍSTRESE PARA ASISTIR A UN TALLER PRESENCIAL:

1. Inicie sesión en el portal para miembros en IEHP.org.
2. Haga clic en el ícono de Salud y Bienestar.
3. Elija "Salud de adultos mayores" para ver una lista de talleres con fechas y nombres.
4. Elija el taller al que desea asistir.

Para obtener ayuda con MI VIDA. MIS DECISIONES., llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Hágase una prueba

Y RECIBA UNA TARJETA DE REGALO DE \$25



IEHP
DualChoice

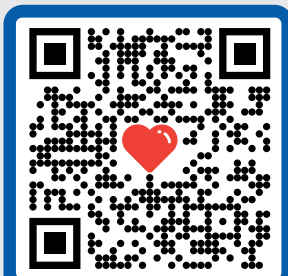
Más vale prevenir que lamentar; además, le damos una tarjeta de regalo de \$25. Así es. Los miembros de IEHP DualChoice (HMO D-SNP) ahora pueden ganar una tarjeta de regalo de \$25 solo por hacerse ciertas evaluaciones médicas, exámenes o análisis de laboratorio preventivos que usted ya se iba a hacer de todos modos. Todos sabemos que estas pruebas salvan vidas, así que cuál es el truco, ¿verdad?

Tiene que tomar uno de los siguientes servicios antes del **31 de diciembre de 2024** para ganar una tarjeta de regalo de \$25: examen de la vista para los miembros con diabetes, evaluación de cáncer de los senos (mamografía), evaluación de cáncer colorrectal o una consulta anual de bienestar.

Una vez que IEHP DualChoice reciba el comprobante de su médico de que usted completó el servicio antes de la fecha límite, recibirá un certificado de recompensa por correo en un plazo de dos semanas. Esta recompensa puede usarse para elegir entre 16 opciones diferentes de tarjetas de regalo en línea o por teléfono.

Llame a su médico y programe una cita hoy mismo para que le realicen las evaluaciones que necesita.

Tenga en cuenta que las tarjetas de regalo no se pueden usar para comprar alcohol, productos de tabaco, armas de fuego o billetes de lotería.



Escanee o visite
IEHP.org
y busque
“Vibrant Health”

TARJETA DE DÉBITO DE SALUD PLENA

Los miembros elegibles de IEHP DualChoice pueden pagar sus productos de salud y bienestar de venta libre usando la tarjeta de débito de Salud Plena. Y quienes califiquen para el beneficio de servicios públicos de Salud Plena pueden obtener \$65 al mes como ayuda para pagar servicios públicos, como el gas, la electricidad y el agua.



¡COBERTURA MÉDICA PARA TODOS!

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



IE HP
Inland Empire Health Plan

Cobertura médica sin costo para los residentes de 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.

IE HP
DualChoice

Plan integrado sin costo alguno para quienes tienen tanto Medi-Cal como 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.

IE HP
Covered

Cobertura médica privada del más 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 IEHP.org para consultar nuestros planes.



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 6th 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 6th 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.

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. Inland Empire Health Plan (IEHP) cumple las leyes de derechos civiles estatales y federales aplicables. IEHP 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 ofrece:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, como:
 - ✓ Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - ✓ Información por escrito en otros formatos (impresa 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 al **1-800-440-IEHP (4347)**, de lunes a viernes de 7am-7pm, y sábado y domingo de 8am a 5pm, incluidos días festivos. Si tiene dificultad para escuchar o hablar, llame al **1-800-718-4347**. Si lo solicita, puede tener disponible este documento 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:

Inland Empire Health Plan

10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA

91730-5987

1-800-440-4347 (TTY: **1-800-718-4347**/Servicio de retransmisión de California 711)

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si considera que IEHP 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. 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 de 8am-5pm (Hora del Pacífico) llamando al **1-800-440-4347**. O, si no puede escuchar o hablar bien, llame a la línea TTY **1-800-718-4347**/Servicio de retransmisión de California 711.
- Por escrito: Llene un formulario de quejas o escriba una carta y envíela a:
 - IEHP's Civil Rights Coordinator
 - 10801 6th St., Rancho Cucamonga, CA
 - 91730-5987
- En persona: Vaya al consultorio de su médico o a IEHP y diga que quiere presentar una queja.
- En línea: Visite el sitio web de IEHP 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:** Llene 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 ESTADOS UNIDOS

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:** Llene 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 **1-800-440-4347 (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 بريـل 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:

ប្រាសាទសំខេមបូឌី (Cambodian)

ចំណាំ : បើអ្នក រក្សា ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក ឬ ទូរស័ព្ទ ទៅលេខ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអកសរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអកសរពុម្ពធំ 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 ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nge 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: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ທາດປີ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ ເອກະສານທີ່ ເປັນ ອັກສອນ ນູນ ແລະ ມີ ໂຕ ພິ ມ ໃຫຍ່ ໃຫ້ ໃຫ້ ທາດປີ **1-800-440-4347 (TTY: 1-800-718-4347)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

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 **1-800-440-4347 (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 hlou 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 ТТУ: 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 ТТУ: 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.

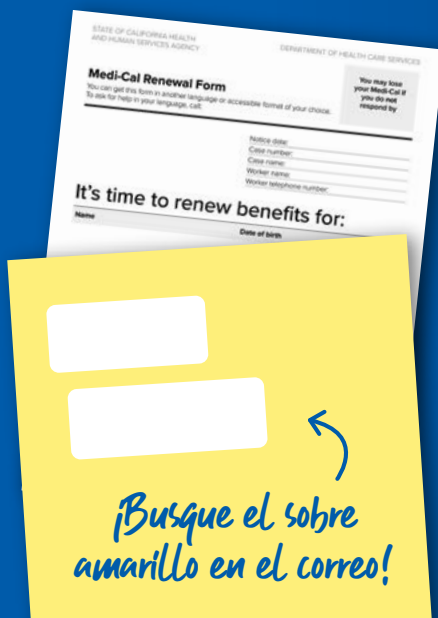


P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800





PRST STD
U.S. POSTAGE

PAID
IEHP

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 completo 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.

¿Tiene alguna pregunta?

Llame a Servicios para Miembros de IEHP al
1-800-440-IEHP (4347)
1-800-718-4347 TTY
De lunes a viernes, de 7am-7pm,
y sábados y domingos, de 8am-5pm.

IEHP.org     

Manténgase conectado. ¡Síguenos!

Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) de California

Para obtener ayuda con Medi-Cal, puede llamar a la Oficina del Defensor de los Beneficiarios del Departamento de Servicios de Salud (*Department of Health Care Services, DHCS*) de California al **1-888-452-8609**, de lunes a viernes, de 8am-5pm, excepto los días festivos. La Oficina del Defensor de los Beneficiarios ayuda a las personas con Medi-Cal a comprender sus derechos y responsabilidades.