

# PULSE

**健康看診：**  
會發生什麼

---

**如何晝夜**  
**獲得照護**

---

**使命時刻：**  
IEHP會員  
Veronica B.  
的救生選擇

更多  
精彩瞬間  
就像這樣



安排全面  
健康檢查

IE♥HP

# 內容

在有需要時  
獲得照護！

IEHP 24 小時護  
士諮詢專線

1-888-244-(IEHP) 4347

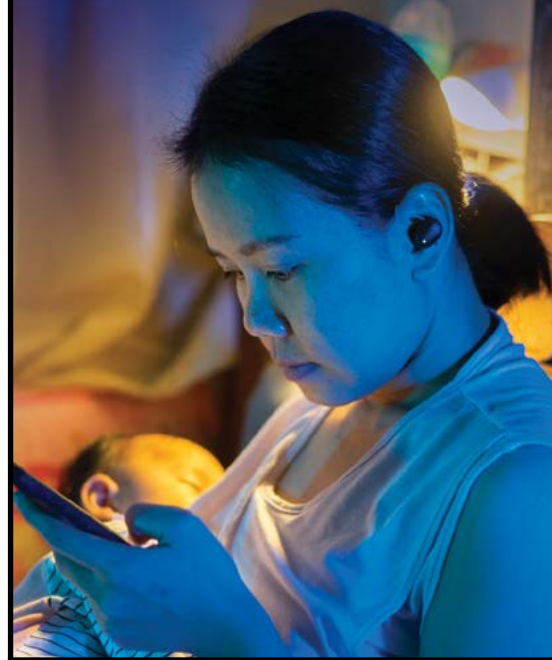
聽障專線:711



## 本計劃使命時刻： 救生選擇

因搬出服務區而失去健保計劃時,Veronica B. 並不知道,這個簡單的錯誤會挽救她的生命。

# 2



## 所有IEHP會員

本計劃使命時刻:救生選擇 .....	2
離開醫院:會員須知 .....	4
每月節省 20% 瓦斯費 .....	4
綜合照護管理 .....	5
問醫生 .....	5
加強照顧管理擴大 .....	6
找到當地免費資源 .....	7
2024 年免疫接種時間表 .....	8
孩子健康之旅 .....	9
加州醫療補助 (Medi-Cal) 和寄養 .....	9
健康看診內容 .....	10
成人疫苗 .....	11
免費懷孕照護資源 .....	12
產後支持 .....	13
如何晝夜獲得照護 .....	14
遠距醫療看診 .....	14

## IEHP雙選 (DualChoice) 會員

預先護理規劃計劃 .....	16
做檢查可得一張 25 美元禮品卡 .....	17
活力健康借記卡 .....	17

## IEHP社區健康中心

當地免費健康、  
健身和保健課程。



觀看影  
片導覽

# 本計劃 使命時刻 救生選擇



分享您的故事

## 因搬出服務區而失去健保計劃時, Veronica B. 並不知道, 這個簡單的錯誤會挽救她的生命。

Veronica B. 是 San Bernardino 縣 Trona 的居民, 感染新冠病毒 (COVID-19) 德爾塔 (Delta) 變異株後, 發現自己陷入了困境。

她回憶道:「我的嘴唇發藍, 覺得自己快要被淹死了, 只能說『快打 911』。」

在接下來的 8 個月裡, Veronica B. 在不同的醫院之間穿梭, 與嚴重的呼吸系統疾病作鬥爭, 使她處於死亡的邊緣。

Veronica B. 解釋道:「我已經準備好編碼了,」意思是指需要緊急救生照護的情況。「他們告訴了我的孩子要做好安排。」

主治醫生能推薦的唯一治療方法就是瑞德西韋 (remdesivir) 這種用於治療新冠病毒 (COVID-19) 的抗病毒藥物。然而, 她卻獲知, 由於這是一種實驗性藥物, 可能很難獲得保險批准。

值得慶幸的是, Veronica 在親朋好友的推薦下參保了 IEHP, 之前的計劃因她搬出服務區已將她退保了。她不知道, 這個小錯誤會挽救她的生命, 因為有了 IEHP, 獲得治療批准已不再是問題。



### 康復之路夥伴

Veronica 得到了需要的治療。但是, 由於肺部嚴重衰弱, 還有些癱瘓, 她在 Inland Valley 復健中心 (一家專業護理機構) 的康復時間比保險承保通常允許的時間長得多。儘管她已獲知不太可能延長, 但是, IEHP 仍然批准了她需要的額外時間和照護。

她說:「IEHP 為我提供了額外 30 天的復健治療時間, 給我帶來了巨大的改變, 讓我能行走和四處走動。」

### 此時此地

今天, 我們很高興報告, Veronica 不再需要家用呼吸器或輪椅四處走動。雖然可能再也達不到新冠病毒 (COVID-19) 之前的健康水準, 但是, 她的健康狀況比一年前還要好得多, 而且精神一如既往地堅強。

**IEHP 讓您感到驚訝嗎?** 掃描二維碼或造訪 <https://bit.ly/3O1GJfs>, 分享自己的故事。採用即送一張 50 美元禮品卡。

# 離開醫院：

## 會員須知

自己或親人出院時，可能會有  
很大的壓力。

因此，需要回家時，IEHP 照護  
管理員可助完成出院流程，在  
接下來的 30 天內為您服務。

務必與照護管理員保持聯絡，  
並馬上與醫生安排複診。

遵循出院流程可助更快康復，  
避免重返醫院。



# 每月節省 20% 瓦斯費

您是否知道，大多數IEHP 會員可用南加州瓦斯公司  
(SoCalGas) 的加州替代能源費率 (CARE) 計劃每月節省  
20% 瓦斯費？

該計劃要求必須符合收入資格或加入某些援助計劃，例如，  
聯邦醫療補助 (Medicaid)、加州醫療補助 (Medi-Cal)  
、婦幼營養補助計劃 (WIC)、糧食券 (CalFresh) 等。

如欲申請，請造訪 [socalgas.com/care](https://socalgas.com/care)，或掃描二維碼。

如已拖欠瓦斯費，仍可合格。詳覽  
[socalgas.com/Forgiveness](https://socalgas.com/Forgiveness)。





# 問醫生

**問** 為什麼這麼早就開始接種疫苗？

**答** 幼兒很容易感染疾病。建議的疫苗接種時間表有助於在兒童得致命疾病之前提供保護。請參閱第 8 頁未滿 18 歲兒童疫苗接種時間表。馬上安排看診。

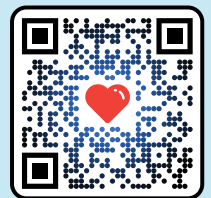
## 綜合照護管理 由IEHP 提供

需助管理疾病或心理健康嗎？是否需助與醫生協調照護？本計劃的綜合照護管理 (CCM) 計劃旨在幫助生病的加州醫療補助 (Medi-Cal)、雙選 (DualChoice) 和 IEHP Covered (CCA) 會員，可助重病會員，例如，心臟病、肺病、腎病、愛滋病、丙型肝炎、脊椎損傷或任何其他不受控制的慢性病，還可支持有複雜心理健康需求的會員。

綜合照護管理計劃有一個跨學科團隊 (ICT)，由基本保健醫生、綜合照護管理員和其他醫療保健需求專業支持人員組成。

照護管理團隊會與您和您的醫生合作，確保您能獲得所需照護。可助管理疾病和藥物、協調照護並獲得所需醫療設備和用品。會與醫護人員合作，幫助獲得所需服務和資源。

欲詳知免費綜合  
照護管理 (CCM)  
計劃，請問  
您的醫生。



也可造訪 <https://bit.ly/46VajM>  
或掃描二維碼。

# 加強照顧管理 ▶

## 擴大





加强照顾管理 (ECM) 是一项免费的加州医疗补助 (Medi-Cal) 福利, 可助协调不同医生提供的照顾, 包括初级保健、急性照顾、行为健康、发育、口腔健康、社区长期服务与支持 (LTSS) 及社区资源转介。可用电话或当面获得支持, 甚至可上门服务。

加强照顾管理 (ECM) 不会改变任何福利, 可随时选择加入或退出。可续用现用医护人员, 并获得以下帮助:

- 找医生, 安排约诊, 满足所有保健需求。
- 与您和您的医生一起完成医生的照顾计划, 改善健康。
- 安排去看医生的交通工具。
- 出院后获得后续服务。
- 管理药物。
- 找到当地资源, 例如, 食物或其他社会服务。

**2024 年 1 月 1 日, 医疗保健服务部 (DHCS) 将加强照顾管理 (ECM) 资格范围扩大到更多有综合照顾和需求者, 包括:**

- 出狱者
- 怀孕或在 12 个月内分娩者

如果合格, 即可能会就加强照顾管理 (ECM) 服务与您联络。欲知加强照顾管理 (ECM), 也可问您的医生, 或联络会员服务部, 电话: 1-800-440-IEHP (4347), 服务时间: 週一至週五, 上午 7 点至晚上 7 点, 週六至週日, 上午 8 点至下午 5 点。听障专线: 1-800-718-4347。



# 找到當地免費資源

ConnectIE 是一個免費的一站式網站, 可在此找到低價和免費社區資源, 例如:



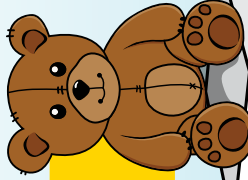
- 食品儲藏室
- 租金援助
- 交通
- 教育
- 工作訓練
- 醫療保健
- 等等!

## 如何使用?

1. 造訪 [www.ConnectIE.org](http://www.ConnectIE.org)
2. 在搜尋欄中輸入郵遞區號。
3. 點選「搜尋 (Search)」。

搞定! 開始流覽當地低價和免費資源。

# 2024 年免疫接種時間表



部份嬰兒在 0-6 個月大期間可能需  
要接種一劑 RSV 疫苗。

出生時	HepB (B [2][2][2])	年齡 0-2 個月	DTaP (白喉、破傷風、百日咳)	小兒麻痺 (不活化小兒麻痺疫苗 (IPV))	HepB (B 型肝炎) 1-2 個月	Hib (b 型流感嗜血桿菌 (Hib) 腦膜炎)	PCV (肺炎鏈球菌)	RV (輪狀病毒)
-----	-----------------------	--------------	----------------------	---------------------------	------------------------	------------------------------	----------------	--------------

年齡 4 個月	DTaP (白喉、破傷風、百日咳)	小兒麻痺 (不活化小兒麻痺疫苗 (IPV))	Hib (b 型流感嗜血桿菌 (Hib) 腦膜炎)	PCV (肺炎鏈球菌)	RV (輪狀病毒)
------------	----------------------	---------------------------	------------------------------	----------------	--------------

年齡 6 個月	DTaP (白喉、破傷風、百日咳)	小兒麻痺 (不活化小兒麻痺疫苗 (IPV))	HepB (B 型肝炎)	PCV (肺炎鏈球菌)	RV (輪狀病毒)
------------	----------------------	---------------------------	-----------------	----------------	--------------

年齡 12 個月	HepA (A 型肝炎)	MMR (麻疹、腮腺炎及德國麻疹)	Hib (b 型流感嗜血桿菌 (Hib) 腦膜炎)	PCV (肺炎鏈球菌)	Varicella (水痘)
-------------	-----------------	----------------------	------------------------------	----------------	-------------------

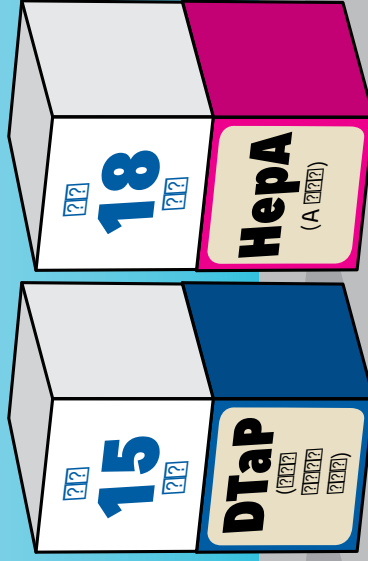
年齡 4-6 歲	DTaP 小兒麻痺 (不活化小兒麻痺疫苗 (IPV))	MMR Varicella	年齡 11-12 歲	Tdap HPV (人類乳突病毒 (2 劑))	MenACWY (腦膜炎) MenB (B 型腦膜炎雙球菌)
年齡 16-18 歲					

請諮詢醫生以瞭解疫苗接種的間隔時間。如欲瞭解詳情，請前往 [www.cdc.gov/vaccines](http://www.cdc.gov/vaccines)。

建議年滿 6 個月大的所有人士接種新冠病毒疾病 (COVID-19) 疫苗。

讓您的孩子遠離流感。

凡年滿 6 個月大的所有人士均應接種流感疫苗。為了更好地保護您的孩子，讓他們在秋季接種流感疫苗。



CALIFORNIA KIDS  
Love them. Immunize them.

# 您孩子的健康之旅

健康兒童就診可幫助嬰兒、兒童及青少年在需要時獲得所需的護理。  
請所有乘客上車！按照每次約定的就診時間看醫生，促進孩子的健康成長。



## 加州醫療補助 (MEDI-CAL) 和寄養

您是否知道，寄養青少年在年滿 18 歲後或在 26 歲生日之前都有資格享受免費的加州醫療補助 (Medi-Cal) 保險？如需立即承保，請聯絡當地縣辦事處或 IEHP 參保處，電話：1-866-294-IEHP (4347)，服務時間：週一至週五，上午 8 點至下午 5 點，聽障專線：1-866-718-4347。



# 健康看診 內容

每年都應做年度健康(保健)檢查,保持健康,預防健康問題,因為這不僅僅是年度體檢。

在看診期間,您的醫生會要求填寫一份「健康風險評估」特殊問卷。回答這些問題可助您的醫生與您一起制定或更新個人預防計劃,幫您保持健康。

健康看診可能還包括：

- 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
- 預先護理規劃
- 認知和功能評估
- 等等.....

不要等到生病,馬上致電您的醫生安排健康看診。

# 成人疫苗

成人在某些時候也需要疫苗幫助預防潛在重病。向您的醫生詢問應接種哪些疫苗。請見以下清單,了解疾病控制與預防中心 (CDC) 推薦的適齡疫苗。

疫苗	19-25 歲	27-49 歲	50-64 歲	65 歲以上
新冠病毒 (COVID-19)	至少 1 劑更新後新冠病毒 (COVID-19) 疫苗			
流感	每年			
RSV	如果在呼吸道合胞病毒 (RSV) 季節懷孕			已年滿 60 歲
Tdap 或 Td	每次懷孕都接種 Tdap。所有成人每 10 年都接種一次 Td/Tdap。			
MMR				
水痘	在美國出生且 43 歲或以下			
帶狀泡疹				
HPV		27-45 歲		
肺炎球菌				
甲型肝炎				
乙型肝炎	直到 59 歲			
腦膜炎球菌				
Hib				
猴痘				



所有年齡段的成人都應接種疫苗。

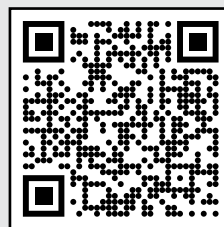


有些年齡段的成人應接種疫苗。



成人應問醫生這種疫苗是否適合。

掃描二維碼詳知您需要的疫苗,或造訪:  
[www.cdc.gov/vaccines/tool/adult.html](http://www.cdc.gov/vaccines/tool/adult.html)



資料來源:美國衛生與公眾服務部/疾病控制與預防中心:  
[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

# 免費懷孕照護 資源



本計劃的良好開端 (Start Well) 計劃提供免費資源支持懷孕會員。欲得這些及其他工具,請用手機掃描二維碼,或造訪 [IEHP.org](http://IEHP.org) 搜尋「懷孕 (pregnancy)」。

## 1 第一孕期

- **導樂服務計劃:** IEHP 和 Riverside 社區健康基金會提供免費導樂服務。
- **Baby-N-Me 應用程式:** 追蹤預產期、獲得看診提醒、完成產後憂鬱症篩檢等。

## 2 第二孕期

- **我的分娩選擇與出生手冊:** 為自己和寶寶做出正確的選擇。
- **我的工作與新生兒手冊:** 了解自己作為加州新父母的權利。

## 3 第三孕期

- **關愛支持:** 獲得免費哺乳支持、吸乳器、支持小組等。

# 產後支持

## 吸乳器

合格會員可得手動、電動或醫院級吸乳器。請讓您的醫生遞交申請。

## 產後支持國際組織

該組織為女性和家庭提供資源，例如，每週線上支持小組、幫助熱線和閱讀材料。詳覽 [www.postpartum.net/get-help/](http://www.postpartum.net/get-help/)



詳細了解

## 為新生兒申請加州醫療補助 (MEDI-CAL)

盡快遞交新生兒申請。新生兒出生當月及出生後第一個月都在健保範圍內。

欲為寶寶申請加州醫療補助 (Medi-Cal)，請致電 1-866-294-IEHP (4347)，服務時間：週一至週五，上午 8 點至下午 5 點，聽障專線：1-800-720-4347。也可聯絡醫護選擇 (Health Care Options)，電話：1-800-430-4263，或造訪 [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov)，聽障專線：1-800-430-7077。



# 如何晝夜 獲得照護



## 遠距醫療： 避免拖延照護

許多IEHP 醫生(包括行為健康醫生)都提供遠距醫療看診服務，而且很容易安排。只須致電或電郵您的醫生診所，確認是否提供遠距醫療，然後安排看診時間。

### 為何使用遠距醫療看診？

- 節省往返醫生診所的時間
- 可用電話或電腦方便使用
- 只要能上網，隨地都可視訊看診。
- 有助於確保安全(並減少疾病傳播)
- 確保能繼續獲得所需照護。

### 需要什麼設備？

- 電話看診只需一部固定電話或手機。
- 視訊看診需有帶攝影頭、喇叭和麥克風的電腦、平板電腦或智慧型手機，還要能上網。





如有任何醫護需求,應先去看您的基本保健醫生。即使是下班後或您的醫生不在,也不用擔心,有多種選擇可得所需照護。

## 1 24 小時護士諮詢專線

IEHP 24 小時護士諮詢專線  
(包括節假日), 電話:

1-888-244-IEHP (4347)。

聽障專線: 711。

- 護士可在電話上提供醫療建議或指導接受其他服務。
- 如果護士認為需看醫生,即會幫助接通即時電話聊天或用應用程式進行虛擬看診。

## 2 緊急照顧

前往 IEHP 緊急照顧診所。本計劃網絡有 90 多個中心,可當天就看醫生。

- 許多診所在週末和節假日開門至深夜。
- 某些診所有 X 光和化驗設備。

## 3 急診室

前往急診室或打 911。急診室 24 小時(包括節假日)為危急或致命情況提供照護。

- 如有可能致命或永久性致殘的受傷或疾病,請打 911 或前往最近的急診室。



\*並非所有IEHP 醫生都提供遠距醫療看診。請致電醫生診所,醫生會決定醫護需求。

# 「我的生活 (MY LIFE), 我的選擇 (MY CHOICE)」。

## IEHP 雙選 (DualChoice) 會員預先護理規劃計劃

預先護理指示 (ACD) 是一份所有成人都應有的法律表格,用於在無法自述時指導未來的醫護,確保自己的醫護選擇得到尊重。

IEHP 雙選 (DualChoice) (HMO D-SNP) 會員可免費使用「我的生活 (MY LIFE), 我的選擇 (MY CHOICE)」, 專為會員設計的預先護理規劃計劃。只需填寫線上預先護理指示表,然後交給您的醫生。

欲用「我的生活 (MY LIFE),我的選擇 (MY CHOICE)」,請登入IEHP 會員入口網站或參加現場研習班。



### 線上註冊：



1. 登入會員入口網站: [IEHP.org](http://IEHP.org)。
2. 點選「健康與保健 (Health & Wellness)」圖示。
3. 選擇「我的生活 (MY LIFE),我的選擇 (MY CHOICE)」。
4. 按以下步驟開始預先護理規劃。

或者

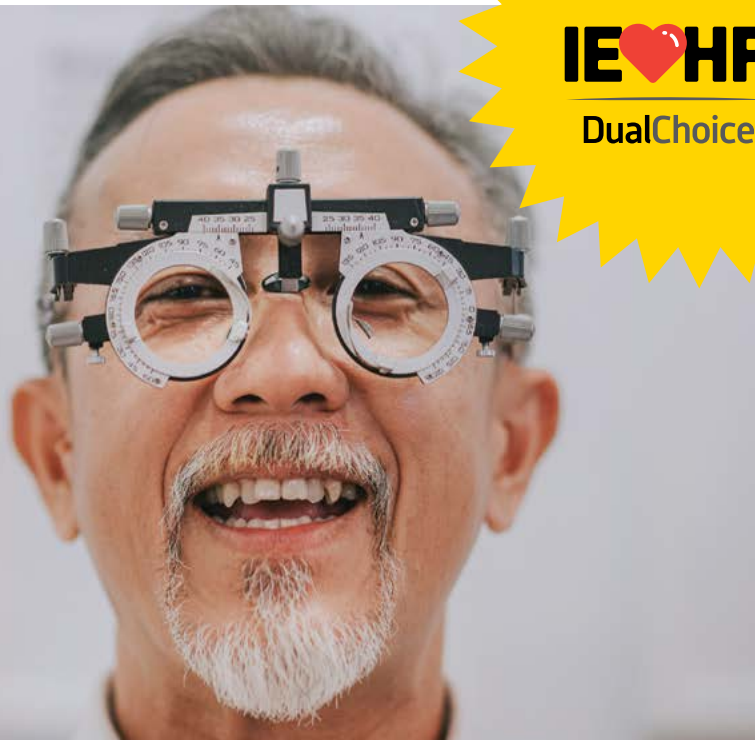
### 註冊參加現場研習班：



1. 登入會員入口網站: [IEHP.org](http://IEHP.org)。
2. 點選「健康與保健 (Health & Wellness)」圖示。
3. 選擇「長者健康 (Senior Health)」獲得包含日期和時間的研習班清單。
4. 選擇自己想參加的研習班。

欲得「我的生活 (MY LIFE),我的選擇 (MY CHOICE)」幫助,請聯絡IEHP 雙選 (DualChoice) 會員服務部,電話:1-877-273-IEHP (4347),服務時間:每週 7 天,每天上午 8 點至晚上 8 點 (太平洋標準時間,包括節假日),聽障專線:1-800-718-4347。

# 做檢查， 得一張 25 美元禮品卡



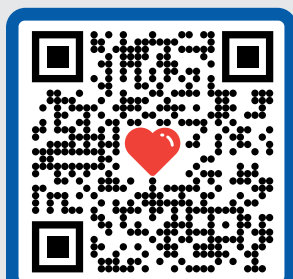
一分預防勝過十分治療，外加一張 25 美元禮品卡。沒錯。IEHP 雙選 (DualChoice) (HMO D-SNP) 會員，現在只需做某些預防性照護篩檢、檢查或化驗，即可得一張 25 美元禮品卡。人人皆知，這些檢查能挽救生命，那麼有什麼問題呢？

欲得 25 美元禮品卡，必須在 2024 年 12 月 31 日之前完成以下服務之一：糖尿病會員的眼科檢查、乳癌篩檢（乳房 X 光篩檢）、大腸癌篩檢或年度健康看診。

IEHP 雙選 (DualChoice) 收到了醫生的證明，說明已在截止日期前完成服務，兩週內即會收到郵寄的禮品卡證書，用於線上或電話上挑選 16 種不同的禮品卡之一。

馬上致電您的醫生安排所需篩檢看診。

註：禮品卡不能用於購買酒類、煙草產品、槍支或彩票。



掃描或造訪  
IEHP.org,  
搜尋「活力健康  
(Vibrant Health)」

## 活力健康借記卡

IEHP 雙選 (DualChoice) 會員可用活力健康 (Vibrant Health) 借記卡購買非處方健康保健產品。如有資格享受活力健康公用事業福利，每月可得 65 美元，以助支付公用事業費，例如，瓦斯、電力和用水。



# 人人有醫保!

如已失去醫保,也不用擔心。



**IEHP**  
Inland Empire Health Plan

Inland Empire合格居民  
可通過加州醫療補助  
(Medi-Cal) 獲得免費醫保:

- ✓ 從 8,000 多位醫護人員和專科醫生接受照護
- ✓ 照護協調
- ✓ 視力、牙科和運送福利
- ✓ 無論是什麼移民身份

**IEHP**  
DualChoice

加州醫療補助 (Medi-Cal)  
和聯邦醫療保險  
(Medicare) 雙重受益  
人的免費綜合計劃:

- ✓ 全保計劃包括醫生醫院、藥房、長期服務與支持、行為健康等
- ✓ 照護協調
- ✓ 個人照護團隊

**IEHP**  
Covered

為加州醫療補助  
(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 多位醫護人員和專科醫生接受照護

哪個計劃最適合您?

請造訪 [IEHP.org](http://IEHP.org) 瀏覽計劃。



## 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\*\*](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\*\*](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>





## 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:

### ប្រាសាទសំខេមបូឌីយ៉ា (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।

### **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: 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.



# 保住 IEHP

馬上完成加州醫療補助 (Medi-Cal) 保險續保：

- 造訪 [www.BenefitsCal.com](http://www.BenefitsCal.com)。
- 將填好的資料包寄到所在縣辦事處。
- 親臨加州醫療補助 (Medi-Cal) 辦事處。
- 致電當地縣加州醫療補助 (Medi-Cal) 辦事處。



需助續保嗎？

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

## 問題？

請致電IEHP會員服務部  
**1-800-440-IEHP (4347)**  
**1-800-718-4347** 聽障專線  
服務時間：週一至週五，  
上午 7 點至晚上 7 點，週六  
至週日，上午 8 點至下午 5 點

## 醫療保健服務部 (DHCS) 監察員辦公室

如需加州醫療補助 (Medi-Cal) 相關協助，可聯絡  
醫療保健服務部 (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 點至下午 5 點（節假日除外）。監察員辦公室可助加  
州醫療補助 (Medi-Cal) 受益人了解其權利和責任。

IEHP.org      保持聯絡。關注我們！