

# Keep Your IEHP RENEW YOUR MEDI-CAL NOW



**Don't lose your Medi-Cal benefits. This includes doctor visits, medicines, dental, vision, immunizations and more.**

## Pick one way to renew your Medi-Cal coverage:



**Online:** Scan the QR code or visit [BenefitsCal.com](https://BenefitsCal.com) and click "Log In" or "Create an Account." →



**By Mail:** Send the completed packet back to your county.

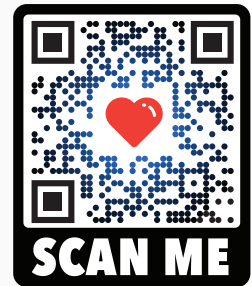


**In Person:** Visit your county Medi-Cal office.



**By Phone:** Call your local Medi-Cal office:

- Riverside County: 1-877-410-8827, Monday-Friday, 8am-5pm.
- San Bernardino County: 1-877-410-8829, Monday-Friday, 7am-5pm.



## Need help filling out the forms?

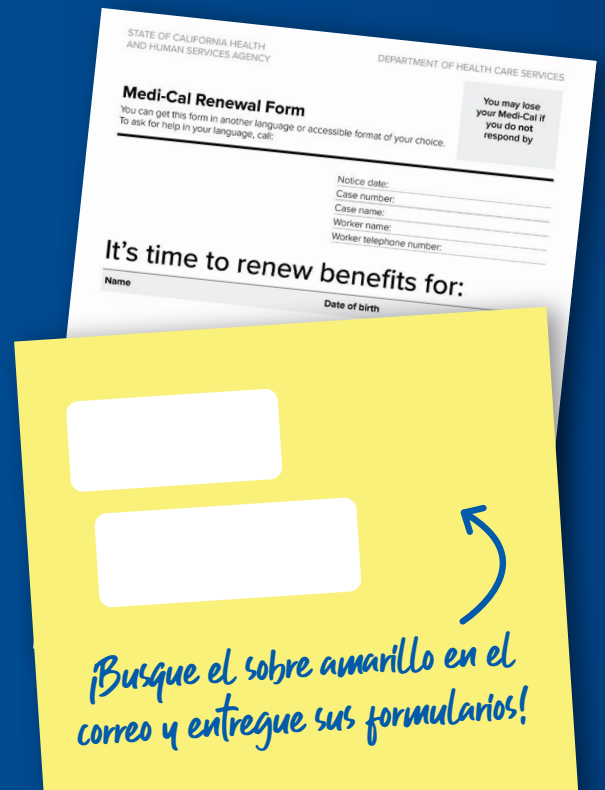
Call IEHP's Eligibility Team at 1-888-860-1296, Monday-Friday, 8am-5pm or visit [BenefitsCal.com](https://BenefitsCal.com).

*Your county will mail you a letter telling you if your Medi-Cal was renewed already. If not, you'll need to complete the packet and return it right away to your county Medi-Cal office.*







Siga con Inland Empire  
Health Plan (IEHP)

# RENUEVE SU MEDI-CAL AHORA



**No pierda sus beneficios de Medi-Cal. Esto incluye citas con el médico, medicamentos, servicios dentales, cuidado de la vista, vacunas y más.**

## Elija una forma de renovar su cobertura de Medi-Cal:

-  **En línea:** escanee el código QR o visite [BenefitsCal.com](https://www.BenefitsCal.com) → y haga clic en "Iniciar sesión" o en "Crear una cuenta".
-  **Por correo:** envíe por correo el paquete completo a su condado.
-  **En persona:** visite la oficina de Medi-Cal de su condado.
-  **Por teléfono:** llame a su oficina local de Medi-Cal:
  - Condado de Riverside:  
1-877-410-8827, de lunes a viernes, de 8am a 5pm
  - Condado de San Bernardino:  
1-877-410-8829, de lunes a viernes, de 7am a 5pm



## ¿Necesita ayuda para llenar los formularios?

Llame al equipo de Elegibilidad de IEHP al 1-888-860-1296, de lunes a viernes, de 8am a 5pm o visite [BenefitsCal.com](https://www.BenefitsCal.com).

Su condado le enviará por correo una carta para informarle si su Medi-Cal ya fue renovado. De no ser así, deberá completar el paquete y devolverlo de inmediato a la oficina de Medi-Cal de su condado.



# 保留您的 IEHP 辦理 MEDI-CAL 續保

# 現在就 行動



別失去您的 Medi-Cal 福利。其中包括醫生看診、藥物、牙科、視力、免疫接種等眾多福利。

## 選擇一種方式辦理 Medi-Cal 續保：

-  **透過網路：**掃描 QR 碼或前往 [BenefitsCal.com](https://www.benefitscal.com) 並點選「Log In」(登入) 或「Create an Account」(建立帳戶)。
-  **透過郵件：**將填妥的文件包寄回給縣政府。
-  **親自辦理：**前去縣政府 Medi-Cal 辦公室。
-  **透過電話：**致電您當地的 Medi-Cal 辦公室：
  - Riverside 縣：  
1-877-410-8827，服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時。
  - San Bernardino 縣：  
1-877-410-8829，服務時間為週一至週五，上午 7 時至下午 5 時



## 需要協助填寫表格嗎？

請致電 1-888-860-1296 與 IEHP 的資格團隊聯絡，服務時間為週一至週五，上午 8 時至下午 5 時，或前往 [BenefitsCal.com](https://www.benefitscal.com)。

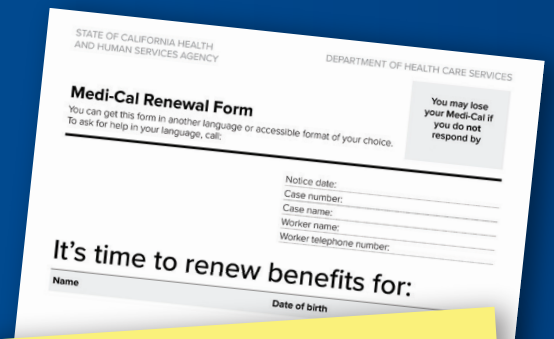
縣政府將會郵寄一封信函給您，告知您的 Medi-Cal 是否已續保。如果還沒有，您將需要填寫文件包內的文件並立即將其交回給縣政府 Medi-Cal 辦公室。



Giữ Bảo Hiểm IEHP Của Quý Vị

**GIA HẠN MEDI-CAL  
CỦA QUÝ VỊ**

**NGAY  
BÂY GIỜ**



**Đừng đánh mất quyền lợi Medi-Cal của quý vị. Điều này bao gồm thăm khám bác sĩ, thuốc, nha khoa, nhãn khoa, tiêm chủng, v.v.**

**Chọn một cách để gia hạn bảo hiểm Medi-Cal của quý vị:**



**Trực Tuyến:** Quét mã QR hoặc truy cập trang mạng [BenefitsCal.com](https://www.BenefitsCal.com) và nhấp vào “Đăng nhập” hoặc “Tạo tài khoản”. →



**Qua Thư:** Gửi bộ tài liệu đã hoàn thành về quận của quý vị.



**Trực Tiếp:** Gọi cho Văn phòng Medi-Cal tại quận hạt của quý vị:



**Qua Điện Thoại:** Hãy gọi đến văn phòng Medi-Cal tại địa phương của quý vị:

- Quận Riverside:  
1-877-410-8827, Thứ Hai-Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều.
- Quận San Bernardino:  
1-877-410-8829, Thứ Hai-Thứ Sáu, từ 7 giờ sáng đến 5 giờ chiều.



**Quý vị cần trợ giúp điền vào mẫu đơn?**

Vui lòng gọi Ban Xét Đủ Điều Kiện của IEHP theo số **1-888-860-1296**, Thứ Hai-Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều hoặc truy cập trang mạng **BenefitsCal.com**.

*Quận của quý vị sẽ gửi một lá thư thông báo quý vị biết Medi-Cal của quý vị đã được gia hạn chưa. Nếu chưa, quý vị sẽ cần phải hoàn thành gói này và gửi lại ngay cho văn phòng Medi-Cal tại quận của quý vị.*

**IEHP**  
Inland Empire Health Plan