

English

IMPORTANT LANGUAGE INFORMATION:

You may be entitled to the rights and services below. These rights apply only under California law. However, these rights do not apply to all California residents. These rights do not apply to all languages.

You can get an interpreter to help you talk with your doctor or health plan. To get help in your language, please call your health plan at _____ or call the number on your ID card.

Language services are at no cost to the enrollee. Written information may be available in some languages. If you need more help, call the DMHC Help Center at 1-888-466-2219.

Español

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL IDIOMA:

Usted puede tener derecho a los derechos y servicios que se indican a continuación. Estos derechos se aplican sólo bajo la ley de California. No obstante, estos derechos no se aplican a todos los residentes de California. Estos derechos no se aplican a todos los idiomas.

Puede obtener la ayuda de un intérprete para hablar con su médico o plan de salud. Para obtener ayuda en su idioma, llame a su plan de salud al _____ o llame al número que se encuentra en su Tarjeta de Identificación (ID).

Los servicios en otros idiomas son gratuitos para el afiliado. Puede haber información escrita disponible en otros idiomas. Si necesita más ayuda, llame al Centro de Ayuda del DMHC al 1-888-466-2219.
(Spanish)

中文

重要語言資訊：

您可能擁有下列權利並取得下列服務。這些權利僅按加州法律規定而適用。然而這些權利並不適用於所有加州居民。這些權利並不適用於所有語言。

您可以取得口譯員服務，協助您和醫師或健康計畫溝通。如需取得您的語言的協助，請撥打 _____ 或會員卡背後的電話與您的健康計畫連絡。

計畫參加者不須支付語言服務費用。部分語言備有書面資訊。若您需要更多協助，請致電 DMHC 中心 1-888-466-2219。(Chinese)