

Get a Free Gift Card!



¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



Gold Coast Health Plan (GCHP) values your health. Getting a cervical cancer screening (Pap Test) can help prevent or detect cervical cancer early and is an important part of women's health care.

To get your \$25 gift card, you must meet these requirements:

- 1 Be a GCHP member with full-scope Medi-Cal benefits between 21 to 64 years of age.
- 2 Get a Pap test with your doctor between **January 1, 2022 and December 31, 2022.**
- 3 Fill out this form and have your doctor or their staff sign or stamp it during your office visit.
- 4 Send the form to GCHP by **January 31, 2023.**

Limit one card per member per year. It may take up to 4-6 weeks after GCHP receives your completed form for you to get your gift card in the mail.

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan at 1-888-301-1228 / TTY 1-888-310-7347.



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

www.goldcoasthealthplan.org

Gold Coast Health Plan (GCHP) valora su salud. Hacerse un examen para detección de cáncer del cuello uterino (prueba de Papanicolaou) puede ayudar a evitar o detectar de forma temprana el cáncer del cuello uterino y es una parte importante del cuidado de la salud de las mujeres.

Para recibir su tarjeta de regalo de \$25, usted debe cumplir estos requisitos:

- 1 Ser miembro de GCHP con beneficios de Medi-Cal completos, entre 21 y 64 años de edad.
- 2 Hacerse una prueba de Papanicolaou con su médico entre el **1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.**
- 3 Completar este formulario y hacer que su médico o su personal lo firmen o sellen durante su visita médica.
- 4 Enviar el formulario a GCHP antes del **31 de enero de 2023.**

Límite de una sola tarjeta por miembro por año. Puede tomar hasta 4 a 6 semanas después de que GCHP reciba su formulario completo para que reciba su tarjeta de regalo por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Gold Coast Health Plan al 1-888-301-1228 / TTY 1-888-310-7347.

Complete your visit by December 31, 2022 and return the form to GCHP by January 31, 2023.

Mail: Address envelope to:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Ask your doctor or their staff to fax this form on your behalf.
1-805-248-7616

Haga su visita antes del 31 de diciembre de 2022 y devuelva el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2023.

Correo Postal: Dirija el sobre a:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Pida a su médico o su personal que envíen este formulario por fax en su nombre.
1-805-248-7616

Member Information | Información del Miembro

Member Name | Nombre del Miembro: _____

Medi-Cal/GCHP ID Number | Número de ID de Medi-Cal/GCHP: _____

Street Address | Dirección: _____

City | Ciudad: _____ **State | Estado:** _____ **Zip | Código Postal:** _____

Phone No. | Núm. de Teléfono: _____ **Date of Birth | Fecha de Nacimiento:** _____

PREFERRED GIFT CARD [circle one] TARJETA DE REGALO PREFERIDA [marcar una con un círculo]:

TARGET

Walmart

amazon

Doctor's Office Use Only | Uso Solamente de la Oficina Médica

Print Provider Name | Nombre del Proveedor con Letra de Imprenta: _____

Clinic Address | Dirección de la Clínica: _____

Provider Phone No. | Núm. de Teléfono del Proveedor: _____

Date of Cervical Cancer Screening | Fecha del examen para detección de cáncer del cuello uterino: _____

Provider Signature or Office Stamp | Firma del Proveedor o Sello de la Oficina: _____

Date | Fecha: _____

Please note: patients with absence of cervix are not eligible for this incentive program. |

Tenga en cuenta: los pacientes con ausencia de cuello uterino no son elegibles para este programa de incentivos.

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan at 1-888-301-1228 /
TTY 1-888-310-7347, Monday through Friday, from 8 a.m. to 5 p.m.

Si tiene preguntas, llame a Gold Coast Health Plan al 1-888-301-1228 /
TTY 1-888-310-7347, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

www.goldcoasthealthplan.org

Statement of Nondiscrimination and Language Assistance | Declaración de No Discriminación y Asistencia Lingüística

Gold Coast Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Gold Coast Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Gold Coast Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-301-1228 (TTY: 1-888-310-7347)。