

Get a Free Gift Card!



¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



The Human Papillomavirus (HPV) vaccine can prevent certain types of cancers in both men and women caused by the HPV infection. The HPV series should be given between the ages of 9 and 13 when the immune system of a preteen responds best. It is also before most are sexually active.

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

- 1 Be a Gold Coast Health Plan (GCHP) member with full-scope Medi-Cal benefits between 9 and 13 years of age.
- 2 Complete the **second dose of the HPV vaccine series** between **January 1, 2024, and December 31, 2024.**
- 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, 2025.**

Limit one card per member per year. It may take up to 6-8 weeks after GCHP receives your completed form for you to get your gift card in the mail.

If you have any questions, call GCHP at **1-888-301-1228**, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m. (except holidays). If you use a TTY, call **711**.



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

www.goldcoasthealthplan.org

La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) puede evitar ciertos tipos de cánceres, tanto en hombres como en mujeres, causados por la infección por VPH. La serie de vacunas contra el VPH debe administrarse entre las edades de 9 y 13 años, cuando el sistema inmunológico de un preadolescente responde mejor a la vacuna. También es antes de que la mayoría sea sexualmente activa.

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

- 1 Ser miembro de Gold Coast Health Plan (GCHP) con beneficios de Medi-Cal completos, entre 9 y 13 años de edad.
- 2 Completar **la segunda dosis de la serie de la vacuna contra el VPH** entre el **1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.**
- 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 2025.**

Límite de una sola tarjeta por miembro por año. Puede tomar hasta 6 a 8 semanas después de que GCHP reciba su formulario completo para que reciba su tarjeta de regalo por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a GCHP al **1-888-301-1228**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. (excepto días festivos). Si usa un TTY, llame al **711**.

Complete the visit by December 31, 2024, and return the form to GCHP by January 31, 2025.

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 to 1-805-248-7616.

Email: QualityImprovement@goldchp.org

Haga su visita antes del 31 de diciembre de 2024 y devuelva el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2025.

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 proveedor de atención médica o su personal que envíen este formulario por fax en su nombre al 1-805-248-7616.

Correo electrónico: QualityImprovement@goldchp.org

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 Number | Número 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: _____

Date of First Dose of Vaccine Series | Fecha de la primera dosis de la serie de vacunas: _____

Date of Second Dose of Vaccine Series | Fecha de la segunda dosis de la serie de la vacuna: _____

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

Date | Fecha: _____

For information about language assistance and GCHP's nondiscrimination notice, visit: www.goldcoasthealthplan.org/for-members/nondiscrimination-notice/.

Para información sobre asistencia de idiomas y el aviso de no discriminación de GCHP, visite: es.goldcoasthealthplan.org/for-members/nondiscrimination-notice/.



Gold Coast Health PlanSM
A Public Entity

www.goldcoasthealthplan.org