

Get a Free Gift Card!



¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



Women 40 years of age and older should have a mammogram (breast cancer screening) every two years. A routine mammogram is critical to early detection. Cancer is easier to treat if cancer is detected early.

To get your \$50 gift card, you must meet these requirements:

- 1 Be a female Gold Coast Health Plan (GCHP) member with full-scope Medi-Cal benefits between 40 to 74 years of age.
- 2 Get a mammogram 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 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

Las mujeres mayores de 40 años deben hacerse una mamografía (prueba de detección para cáncer de seno) cada dos años. Una mamografía de rutina es fundamental para la detección temprana. El cáncer es más fácil de tratar si el cáncer se detecta temprano.

Para recibir su tarjeta de regalo de \$50, usted debe cumplir estos requisitos:

- 1 Ser un miembro femenino de Gold Coast Health Plan (GCHP) con beneficios completos de Medi-Cal y tener entre 40 y 74 años.
- 2 Hacerse la mamografía 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 Envíe 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 preguntas, 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 your 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:** _____

Please fill out | Por favor complete



Date of Mammogram | Fecha de la mamografía: _____

Location of Mammogram | Lugar de la mamografía: _____

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

TARGET

Walmart

amazon

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