

# Medi-Cal 计划参加者：

## 请采取行动, 为您的 Medi-Cal 续保

您当地的县政府办公室会给您邮寄一封关于您的 Medi-Cal 保险的信件。



该信件将告知您是否：

县政府需要您提供信息，  
以便为您的 Medi-Cal 续保

或者

您的 Medi-Cal 已自动续保



如果您收到续保申请表，  
请立即填写该表并送回。



检查您当地的县政府办公室是  
否有您的最新信息，包括您的  
姓名、当前地址、电子邮件地  
址和电话号码。

如需获得更多详细信息并了解如何更新您的联系  
信息，请访问网站：[KeepMediCalCoverage.org](https://www.KeepMediCalCoverage.org)



Medi-Cal

