



[CASE-FNAME] [CASE-MI] [CASE-LNAME]

[CASE-STR-1]

[CASE-STR-2]

[CASE-CITY] [CASE-ST] [CASE-ZIP]

关于您的 Med-QUEST 保险承保范围的重要信息

Important Information About Your Med-QUEST Coverage

Aloha [INSERT CASE FIRST NAME],

从 April 2023 开始一直持续到 March 2024, State of Hawai'i's Department of Human Services (DHS) Med-QUEST Division 将开始审查所有 Medicaid 案例。这封信是为了通知您, 您和您家中的其他 Medicaid 持有人在 **[MONTH], [YEAR]** 期间都在承保范围内。当您的 renewal 开始时, 您将在 **[MONTH-1], [YEAR]** 收到一封粉红色的邮件。

如果您不再需要 QUEST (Medicaid) 保险, 请致电 1-800-316-8005 (TTY/TDD 711) 联系我们。

您可以采取以下步骤为 renewal 做准备:



如果您有任何变动, 请更新您的联系信息 – 请始终确保 Med-QUEST 有您当前的邮寄地址、电话号码、电子邮件或其他联系信息。报告您的联系信息的任何变化最简单的方法是拨打您的 **Health Plan membership card** 背面的电话号码。您也可以登录 medquest.hawaii.gov 以获取直接联系 Med-QUEST 的方式。



打开并回复所有来自 Med-QUEST 的邮件 – Med-QUEST 将寄给您一封粉红色的邮件, 其中包含有关您的 Medicaid 承保范围的详细信息。这封信将让您知道 Med-QUEST 是否能够更新您的 Medicaid 资格, 或者可能会让您知道 Med-QUEST 需要您提供补充信息以便更新您的 Medicaid 资格。



完成您的 renewal 表格 – 如果 Med-QUEST 需要更多信息, 您将在 **[MONTH-1], [YEAR]** 收到粉红色的 renewal 表格。

随函附上 QUEST 会员手册。

Mahalo (谢谢)请保持健康并持续保险!

[CASE NUMBER]