



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

[CASE-STR-1]

[CASE-STR-2]

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

Med-QUEST 補償制度に関する重要な情報 Important Information About Your Med-QUEST Coverage

Aloha [INSERT CASE FIRST NAME],

April 2023 から March 2024 まで、the State of Hawaii's Department of Human Services (DHS) Med-QUEST Division は、全ての Medicaid のケースの審査を開始します。この手紙はあなたとあなたの世帯の他の Medicaid 一員が**[MONTH], [YEAR]**まで補償されていることを通達するものです。更新が開始される**[MONTH-1], [YEAR]**に、ピンク色の手紙が郵便で届きます。

QUEST (Medicaid)の補償が不要になった場合は、1-800-316-8005, (TTY/TDD 711)まで電話してください。

Renewalの準備として、次のような手順を踏むことができます。：



変更がある場合は、連絡先情報を更新してください—Med-QUEST に現在の郵送先住所、電話番号、メールアドレス、又はその他の連絡先情報が記載されていることを確認してください。**連絡先情報の変更を報告する最も簡単な方法は、Health Plan membership card の裏にある電話番号に電話することです。**Med-QUEST に直接アクセスするには、medquest.hawaii.gov にログインすることもできます。



Med-QUESTからの全てのメールを開封して返信してください—Med-QUESTから Medicaid 補償範囲の詳細が記載されたピンク色の手紙が郵送されます。この手紙は、Med-QUEST があなたの Medicaid資格を更新できたかどうか、又はMed-QUESTがあなたのMedicaid資格を更新するために追加情報が必要であることを知らせるものです。



renewalフォームに記入してください—Med-QUEST がさらに情報が必要な場合は、**[MONTH-1], [YEAR]**にピンク色のrenewalフォームをお送りします。

QUEST メンバーハンドブックを同封します。

マハロ、この補償のもとにどうぞお元気でお過ごし下さい！

[CASE NUMBER]