



[CASE-FNAME] [CASE-MI] [CASE-LNAME]  
[CASE-STR-1]  
[CASE-STR-2]  
[CASE-CITY] [CASE-ST] [CASE-ZIP]

## Med-QUEST 보상범위에 대한 중요한 정보 Important Information About Your Med-QUEST Coverage

Aloha [INSERT CASE FIRST NAME],

State of Hawaii's Department of Human Services (DHS) Med-Quest Division 은 April 2023 부터 March 2023 까지 모든 Medicaid 케이스들을 검토할 것 입니다. 이 편지의 목적은 귀하 및 가정 내 다른 Medicaid 멤버들의 혜택이 [MONTH], [YEAR] 까지 커버될 것임을 알려드리기 위함입니다. 귀하의 renewal 이 시작되면, [MONTH], [YEAR] 에 우편으로 분홍색 편지를 받게 됩니다.

QUEST (Medicaid)가 더 이상 필요하지 않으시면 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711)로 연락을 주시기 바랍니다.

renewal을 준비하기 위해 다음의 절차를 밟으실 수 있습니다:



**변동이 있을 때마다 귀하의 연락 정보를 업데이트하십시오** - Med-QUEST에 귀하의 현재 주소와 전화번호, 이메일주소 등 연락이 닿는 정보가 항상 기재되어 있어야 합니다. **귀하의 연락처에 변화가 생길 경우, 가장 쉽게 보고할 수 있는 방법은 귀하의 Health Plan membership card 뒷면에 있는 번호로 전화를 하는 것입니다.** Med-QUEST에 직접 연결할 수 있는 방법을 찾으려면 [medquest.hawaii.gov](http://medquest.hawaii.gov)에 로그인할 수도 있습니다.



**Med-QUEST로부터 오는 우편물은 반드시 모두 열어보고 응답을 하셔야 합니다**- Med-QUEST에서는 귀하에게 해당되는 Medicaid 보험에 대한 세부사항이 담긴 분홍색 편지를 우편으로 보낼 것입니다. 이 편지는 Med-QUEST가 귀하의 Medicaid 수혜자격을 갱신할 수 있는지 알려드리거나, Med-QUEST에서 귀하로부터 추가 정보가 필요함을 알려드릴 수도 있습니다.



**renewal 신청서를 완성하십시오**- Med-QUEST 측에서 귀하에 관한 추가 정보가 필요한 경우, 귀하는 [MONTH-1], [YEAR] 에 분홍색 renewal 서류를 받게 될 것입니다.

QUEST멤버안내서를 동봉합니다.

감사합니다. 앞으로도 계속 Med-QUEST에 가입되어 혜택을 받으시기 바랍니다.

[CASE NUMBER]