



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

[CASE-STR-1]

[CASE-STR-2]

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

**Важная информация о вашей страховке Med-QUEST**  
**Important Information About Your Med-QUEST Coverage**

Aloha [INSERT CASE FIRST NAME],

Начиная с April 2023, до March 2024, State of Hawai'i's Department of Human Services (DHS) Med-QUEST Division начнет пересмотр всех дел страхования Medicaid. Этим письмом мы сообщаем вам, что вы и другие члены вашей семьи имеют план страховки Medicaid до **[MONTH], [YEAR]**. Вы получите письмо розового цвета по почте в **[MONTH-1], [YEAR]**, когда начнется ваш renewal.

Если вам больше не нужно страхование QUEST (Medicaid), позвоните нам по номеру 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711).

Чтобы подготовиться к renewal, выполните следующие действия:



**Обновите контактную информацию, если у вас есть изменения.**

Всегда убедитесь что, Med-QUEST имеет ваш текущий адрес, номер телефона электронную почту и другую контактную информацию. **Самый простой способ**



**сообщить о любых изменениях вашей контактной информации – позвонить по номеру, указанному на обратной стороне вашей Health Plan membership card.** А

также вы можете зайти на сайт [medquest.hawaii.gov](http://medquest.hawaii.gov) чтобы получить доступ к Med-QUEST непосредственно.



**Открывайте и отвечайте на все письма от Med-QUEST -** Med-QUEST пришлет вам розовое письмо с подробной информацией о вашем страховании Medicaid.

Это письмо сообщит вам, восстановила ли Med-QUEST ваше право на Medicaid или может сообщить, что им требуется дополнительная информация от вас, чтобы восстановить ваше право на страхование Medicaid.

**Заполните бланк обновления renewal** – если Med-QUEST потребуется

дополнительная информация, вы получите розовую форму renewal через **[MONTH-1] [YEAR]**.

В дополнении вы найдете руководство приложения для пользователей QUEST.

Благодарим, оставайтесь здоровыми и застрахованными!

[CASE NUMBER]