



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

[CASE-STR-1]

[CASE-STR-2]

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

Información importante sobre su cobertura con Med-QUEST Important Information About Your Med-QUEST Coverage

Aloha [Incert El nombre de su caso]

A partir de April 2023 y hasta March 2024, la State of Hawai'i Department of Human Services (DHS) Med-QUEST Division comenzará a revisar todos los casos de Medicaid. Esta carta es para informarle que usted y otros miembros de Medicaid en su hogar estarán cubiertos hasta el **[Month], [Year]**. Usted recibirá una carta rosa en el correo en **[Month], [Year]** cuando se iniciará su renovación.

Si ya no necesita la cobertura de QUEST (Medicaid), llámenos al 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711).

Puede realizar los siguientes pasos para preparar su renewal:



Actualice su información de contacto, si tiene cambios - Asegúrese siempre de que Med-QUEST tenga su dirección postal, número de teléfono, correo electrónico u otra información de contacto actual. **La manera más fácil de reportar cualquier cambio en su información de contacto es llamando al número que aparece en el reverso de Tarjeta de membresía de Plan Medico.** También puede entrar a medquest.hawaii.gov para encontrar maneras de comunicarse directamente con Med-QUEST.



Abra y responda a todo el correo de Med-QUEST – Med-QUEST le enviará una carta rosada con detalles sobre su cobertura de Medicaid. Esta carta le informará si Med-QUEST pudo renovar su elegibilidad para Medicaid o puede informarle que Med-QUEST necesita información adicional de usted para renovar su elegibilidad para Medicaid



Complete su formulario de renewal - Si Med-QUEST necesita más información, recibirá un formulario de renewal rosado en **[Month-1], [Year]**.

Adjunta encontrará la Guía para Miembros de QUEST.

¡Mahalo y manténgase bien y protegido!

[CASE NUMBER]