



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

[CASE-STR-1]

[CASE-STR-2]

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

## ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับความคุ้มครองผ่าน Med-QUEST ของคุณ Important Information About Your Med-QUEST Coverage

Aloha [INSERT CASE FIRST NAME],

เริ่มตั้งแต่เดือน April 2023 และต่อเนื่องไปจนถึงเดือน March 2024, the State of Hawaii's Department of Human Services (DHS) Med-QUEST Division

จะเริ่มทำการตรวจสอบข้อมูลของผู้ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของ Medicaid ทั้งหมด

เราส่งจดหมายฉบับนี้เพื่อแจ้งให้คุณทราบว่า คุณกับคนอื่นๆในครัวเรือนที่เป็นสมาชิก Medicaid จะได้รับการคุ้มครองจนถึงสิ้นเดือน [MONTH], [YEAR]

คุณจะได้รับจดหมายเชิญมาประชุมทางไปรษณีย์ในเดือน [MONTH-1], [YEAR] ซึ่งการ renewal จะเริ่มขึ้น

หากคุณไม่ต้องการความคุ้มครองผ่าน QUEST (Medicaid) อีกต่อไป โทรหาเราที่ 1-800-316-8005, (TTY/TDD 711).

เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการ renewal คุณสามารถทำตามขั้นตอนต่อไปนี้:



**หากคุณมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลติดต่อโปรดแจ้งเรา—** ตรวจสอบให้แน่ใจเสมอว่า Med-QUEST มีที่อยู่ทางไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล

หรือข้อมูลติดต่อปัจจุบันของคุณ

**วิธีที่ง่ายที่สุดในการแจ้งการเปลี่ยนแปลงข้อมูลติดต่อของคุณคือโทรไปที่หมายเลข ด้านหลัง Health Plan membership card** คุณยังสามารถเข้าไปที่เว็บไซต์ [medquest.hawaii.gov](http://medquest.hawaii.gov) เพื่อดูวิธีอื่นๆในการติดต่อ Med-QUEST โดยตรง



**โปรดเปิดและตอบจดหมายทุกฉบับจาก Med-QUEST –** Med-QUEST

จะส่งจดหมายเชิญมาพร้อมรายละเอียดความคุ้มครอง Medicaid ของคุณ

จดหมายนี้จะแจ้งให้ทราบว่า Med-QUEST สามารถต่ออายุสิทธิ์ Medicaid ได้หรือไม่

หรืออาจแจ้งว่า Med-QUEST ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากคุณเพื่อต่ออายุสิทธิ์ Medicaid



**กรอกแบบฟอร์ม renewal ของคุณ –** หาก Med-QUEST

ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมคุณจะได้รับแบบฟอร์ม renewal สีชมพูในเดือน [MONTH-1], [YEAR]

คุณจะพบคู่มือสมาชิก QUEST แนบมากับจดหมายนี้ด้วย

[CASE NUMBER]



เราขอขอบคุณ ขอให้คุณมีสุขภาพดีและอยู่ภายใต้ความคุ้มครองต่อไป