



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

## 關於您的 Med-QUEST 保險覆蓋範圍的重要信息 Important Information About Your Med-QUEST Coverage

Aloha [INSERT CASE FIRST NAME],

從 April 2023 開始一直持續到 March 2024, State of Hawai'i's Department of Human Services (DHS) Med-QUEST Division 將開始審查所有 Medicaid 案例。這封信是為了通知您, 您和您家中的其他 Medicaid 持有者在 [MONTH], [YEAR] 期間都在承保範圍內。當您的 renewal 開始時, 您將在 [MONTH-1], [YEAR] 的郵件中收到一封粉紅色的信件。

如果您不再需要 QUEST (Medicaid) 保險, 請致電 1-800-316-8005 (TTY/TDD 711) 聯繫我們。

您可以採取以下步驟為 renewal 做準備:



**如果您有任何變動, 請更新您的聯繫信息** – 請始終確保 Med-QUEST 有您當前的郵寄地址、電話號碼、電子郵件或其他聯繫信息。**報告您的聯繫信息發生任何變化的最簡單的方法是撥打 Health Plan membership card 背面的電話號碼。**您也可以登錄 [medquest.hawaii.gov](https://medquest.hawaii.gov) 以獲取直接聯繫 Med-QUEST 的方法。



**打開並回復來自 Med-QUEST 的所有郵件** – Med-QUEST 將郵寄給您一封粉紅色的信件, 其中包含有關您的 Medicaid 承保範圍的詳細信息。這封信將讓您知道 Med-QUEST 是否能夠更新您的 Medicaid 資格, 或者可能會讓您知道 Med-QUEST 需要您提供更多信息以更新您的 Medicaid 資格。



**完成您的 renewal 表格** – 如果 Med-QUEST 需要更多信息, 您將在 [MONTH-1], [YEAR] 收到粉紅色的續簽表格。

隨函附上 QUEST 會員手冊。

Mahalo (謝謝) 望保持健康且持續承保!

[CASE NUMBER]