

هل لديك أية أسئلة؟ يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.enrollchc.com](http://www.enrollchc.com) أو اتصل بنا على الرقم **1-844-824-3655** (الهاتف النصي 1-833-254-0690). والاتصال مجاني! الترجمة المجانية، يُرجى الاتصال بالرقم 1-844-824-3655. You can get this information in other languages للحصول على خدمات



[ <Head of household> 0000332948HP  
<Address Line 1>  
<Address Line 2>  
<City>, <State> <ZIP Code>]

[DATE]

عناية [HEAD OF HOUSEHOLD]،

اختيارات الرعاية الصحية الخاصة بك

يؤكد هذا الخطاب على اختيارات الرعاية الصحية الخاصة بك في برنامج (CHC) Community HealthChoices.

يستطيع هؤلاء الأفراد بدء الحصول على الخدمات من خطط CHC الصحية في المواعيد المذكورة أدناه. وإذا اخترت ممارسة الرعاية الأساسية (PCP)، سيظهر PCP الخاص بك. ◀ لا يغير ذلك من خطة Medicare الخاصة بك.

الاسم / رقم الهوية الشخصية	ممارس الرعاية الأساسية / الهاتف	الخطة/ الهاتف / تاريخ السريان
[Participant Name1]	[PCP Name1]	[Detail Name1]
[Participant CIN1]	[PCP Phone1]	[Detail Phone Number1]
		[Detail Action Effective Date1]
[Participant Name2]	[PCP Name2]	[Detail Name2]
[Participant CIN2]	[PCP Phone2]	[Detail Phone Number2]
		[Detail Action Effective Date2]
[Participant Name3]	[PCP Name3]	[Detail Name3]
[Participant CIN3]	[PCP Phone3]	[Detail Phone Number3]
		[Detail Action Effective Date3]
[Participant Name4]	[PCP Name4]	[Detail Name4]
[Participant CIN4]	[PCP Phone4]	[Detail Phone Number4]
		[Detail Action Effective Date4]

المزيد بالخلف «

يمكنك الحصول على هذه المعلومات في لغات أو تنسيقات أخرى، مثل طباعة أكبر أو في تنسيق صوتي.

الاسم / رقم الهوية الشخصية	ممارس الرعاية الأساسية / الهاتف	الخطة / الهاتف / تاريخ السريان
[Participant Name5]	[PCP Name5]	[Detail Name5]
[Participant CIN5]	[PCP Phone5]	[Detail Phone Number5]
		[Detail Action Effective Date5]
[Participant Name6]	[PCP Name6]	[Detail Name6]
[Participant CIN6]	[PCP Phone6]	[Detail Phone Number6]
		[Detail Action Effective Date6]
[Participant Name7]	[PCP Name7]	[Detail Name7]
[Participant CIN7]	[PCP Phone7]	[Detail Phone Number7]
		[Detail Action Effective Date7]
[Participant Name8]	[PCP Name8]	[Detail Name8]
[Participant CIN8]	[PCP Phone8]	[Detail Phone Number8]
		[Detail Action Effective Date8]

#### ماذا سيحدث لاحقاً؟

- إذا أردت تغيير **PCP** الخاص بك، اتصل بخطتك الصحية على رقم الهاتف المذكور آنفاً.
- إذا أردت تغيير **خطتك الصحية**، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني **www.enrollchc.com**. أو اتصل على الرقم **1-844-824-3655** (الهاتف النصي: 1-833-254-0690). ويمكنك تغيير خطتك في أي وقت.

#### هل لديك أية أسئلة؟

يمكننا المساعدة! تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني **www.enrollchc.com**. أو اتصل على الرقم **1-844-824-3655** (الهاتف النصي: 1-833-254-0690). والاتصال مجاني!

شكراً لكم،

Community HealthChoices