



Вопросы? Посетите сайт www.enrollchc.com или позвоните нам по номеру **1-844-824-3655** (для лиц с нарушениями слуха: 1-833-254-0690). Звонок бесплатный! You can get this information in other languages. Для получения бесплатных услуг переводчика позвоните по номеру 1-844-824-3655.



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

[DATE]

Уважаемый/Уважаемая [HEAD OF HOUSEHOLD],

Ваши варианты медицинского обслуживания

Это письмо подтверждает Ваши варианты медицинского обслуживания в программе Community HealthChoices (CHC).

Эти лица могут начать получать услуги в планах медицинского страхования CHC в даты, указанные ниже. Если Вы выбрали лечащего врача (PCP), также указан Ваш PCP.

► Это **не** изменяет Ваш план Medicare.

Имя / Идентификационный номер	PCP / Телефон	План/ Телефон / Дата начала действия
[Participant Name1] [Participant CIN1]	[PCP Name1] [PCP Phone1]	[Detail Name1] [Detail Phone Number1] [Detail Action Effective Date1]
[Participant Name2] [Participant CIN2]	[PCP Name2] [PCP Phone2]	[Detail Name2] [Detail Phone Number2] [Detail Action Effective Date2]
[Participant Name3] [Participant CIN3]	[PCP Name3] [PCP Phone3]	[Detail Name3] [Detail Phone Number3] [Detail Action Effective Date3]
[Participant Name4] [Participant CIN4]	[PCP Name4] [PCP Phone4]	[Detail Name4] [Detail Phone Number4] [Detail Action Effective Date4]

Далее на оборотной стороне »

Вы можете получить эту информацию на других языках или в других форматах, например, крупным шрифтом или в аудио-формате.

Имя / Идентификационный номер	PCP / Телефон	План / Телефон / Дата начала действия
[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]

Какие будут следующие шаги?

- Если Вы хотите сменить Вашего **PCP**, позвоните в Ваш план медицинского страхования по номеру телефона, указанному выше.
- Если Вы хотите перейти в другой **план медицинского страхования**, посетите сайт **www.enrollchc.com**. Или позвоните нам по номеру **1-844-824-3655** (для лиц с нарушениями слуха: 1-833-254-0690). Вы можете перейти в другой план медицинского страхования в любое время.

Вопросы?

Мы можем помочь! Посетите сайт **www.enrollchc.com**. Или позвоните нам по номеру **1-844-824-3655** (для лиц с нарушениями слуха: 1-833-254-0690). Звонок бесплатный!

Благодарим Вас,

Community HealthChoices