



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

[DATE]

Kính gửi [HEAD OF HOUSEHOLD],

### Các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị

Thư này xác nhận các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị trong chương trình Community HealthChoices (CHC).

Những người này có thể bắt đầu nhận dịch vụ từ các chương trình bảo hiểm y tế CHC vào những ngày được liệt kê dưới đây. Nếu quý vị đã chọn một bác sĩ chăm sóc chính (PCP), PCP của quý vị cũng sẽ được liệt kê.

► Điều này sẽ **không** làm thay đổi chương trình Medicare của quý vị.

Tên/ Số ID	PCP/ Số Điện Thoại	Chương Trình/ Số Điện Thoại/ Ngày Hiệu Lực
[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]

*Quý vị có thể tìm hiểu thêm thông tin ở mặt sau »*

Quý vị có thể nhận được các thông tin này bằng các ngôn ngữ hoặc định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ lớn hoặc định dạng âm thanh.

Tên/ Số ID	PCP/ Số Điện Thoại	Chương Trình/ Số Điện Thoại/ Ngày Hiệu Lực
[Participant Name4] [Participant CIN4]	[PCP Name4] [PCP Phone4]	[Detail Name4] [Detail Phone Number4] [Detail Action Effective Date4]
[Participant Name5] [Participant CIN5]	[PCP Name5] [PCP Phone5]	[Detail Name5] [Detail Phone Number5] [Detail Action Effective Date5]
[Participant Name6] [Participant CIN6]	[PCP Name6] [PCP Phone6]	[Detail Name6] [Detail Phone Number6] [Detail Action Effective Date6]
[Participant Name7] [Participant CIN7]	[PCP Name7] [PCP Phone7]	[Detail Name7] [Detail Phone Number7] [Detail Action Effective Date7]
[Participant Name8] [Participant CIN8]	[PCP Name8] [PCP Phone8]	[Detail Name8] [Detail Phone Number8] [Detail Action Effective Date8]

### Chuyện gì sẽ xảy ra tiếp theo?

- Nếu quý vị muốn thay đổi **PCP** của mình, hãy gọi tới chương trình bảo hiểm y tế của quý vị theo số điện thoại được liệt kê ở trên.
- Nếu quý vị muốn thay đổi **chương trình bảo hiểm y tế** của mình, vui lòng truy cập **www.enrollchc.com**. Hoặc gọi cho chúng tôi theo số **1-844-824-3655** (TTY: 1-833-254-0690). Quý vị có thể thay đổi chương trình bảo hiểm y tế của mình bất kỳ lúc nào.

### Quý vị có thắc mắc?

Chúng tôi có thể giúp quý vị! Vui lòng truy cập vào **www.enrollchc.com**. Hoặc gọi cho chúng tôi theo số **1-844-824-3655** (TTY: 1-833-254-0690). Cuộc gọi được miễn phí!

Cảm ơn quý vị.

Community HealthChoices