



有疑问? 请访问 www.enrollchc.com 或致电 1-844-824-3655 (TTY 用户请拨打: 1-833-254-0690) 联系我们。通话免费! You can get this information in other languages. 如需免费的译员服务, 请拨打 1-844-824-3655。



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

[DATE]

亲爱的 [HEAD OF HOUSEHOLD],

您的健康护理选择

本函旨在确认您在 Community HealthChoices (CHC) 计划中的健康护理选择。

以下人员可从下列日期开始获得 CHC 健康计划提供的服务。如果您已选择主治医生 (PCP), 您的 PCP 亦会显示。

▶ 这并不会更改您的 Medicare 计划。

姓名/身份证号码	主治医生/电话号码	计划/电话号码/生效日期
[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]

更多信息请见背面 »

您可获取该信息的其他语言版本或格式 (如大字版或音频版) 。

姓名/身份证号码	主治医生/电话号码	计划/电话号码/生效日期
[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]

后续步骤

- 如果您希望更改您的 **PCP**，请通过上述电话号码联系您的健康计划。
- 如果希望更改您的**健康计划**，请访问 www.enrollchc.com。或致电 **1-844-824-3655** (TTY 用户请拨打: 1-833-254-0690) 联系我们。您可随时更改您的健康计划。

有疑问?

我们可提供帮助! 请访问 www.enrollchc.com。或致电 **1-844-824-3655** (TTY 用户请拨打: 1-833-254-0690) 联系我们。通话免费!

谢谢,

Community HealthChoices