

範例信函

PO BOX #####
SALEM, OR 97309
DO NOT FORWARD: RETURN IN 3 DAYS

部門名稱 / 分部 : OHP/CAF

工作人員識
別號碼 / 電話號碼 : XX/503-555-5555

JOHN DOE
123 MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

這是可以協助您的 OHA 或 ODHS 職員。

請妥善保管本信函！

本信函將會說明您的奧勒岡州健康計劃 (OHP) 福利。

本信函僅供您參考。您無需攜帶本信函前去醫療保健約診。

僅有在您變更承保或您向我們索取時，我們才會寄新信函給您。

歡迎加入奧勒岡州健康計劃 (OHP)。這是您的新承保信函。

本信函列出了適用於您家庭的承保資訊。本信函無法保證您將可持續保有服務資格。本信函並不會使工作人員寄給您的決定通知失效。

只要您向我們索取或者如果本信函或您醫療會員卡上的任何資訊有變更，我們均會寄送新的信函和醫療會員卡給您。如欲索取新信函或醫療會員卡，請致電與工作人員聯絡。

隨附的黃色表單包含了說明各福利組合的承保服務表以及實用電話號碼清單。

我們在下方列出了您收到本信函的原因。本信函中的資訊生效日期就列於您的姓名旁。

寄送本信函的原因：

Managed care plan or Primary Care Manager enrollment changed for:
Doe, Timothy - 08/1/2010

Names were changed for:
Doe, Jane - 08/1/2010

該信函每次都一樣，除了這一部分。這是全新資訊。

這是您信函的第 2 頁。它會告知您有關您的 CCO 和其他 OHA 已知道的保險。

下列圖表列出您家中每個合資格人士的承保資訊。請參閱所附的福利組合圖表，了解每個福利組合所承保的內容。管理式醫療護理/TPR 保險章節中的信函是指管理式醫療護理/TPR 保險頁面上列出的計劃。

| 姓名 | 出生日期 | 客戶 ID# | 共付額? | 福利組合 | 管理式醫療護理/ TPR 保險 |
|-----------|------------|----------|------|-------------|--------------------|
| John Doe | 01/01/1968 | xx1234xx | 否 | OHP Plus | A、B、C |
| Jahn Doe | 02/01/1969 | xx1235xx | 否 | 具有受限藥物的 OHP | A、B、C、G、H、I |
| Tim Doe | 03/01/2006 | xx1236xx | 否 | OHP Plus | B、C、D、F |
| Kathy Doe | 04/01/2007 | xx1237xx | 否 | OHP Plus | B、C、E、G、H |

這些類型的保險將被列在「管理式醫療護理/TPR 保險」欄中，以信函方式呈現：

- ▶ 您的 CCO
- ▶ 其他 OHA 已知道的保險，如私人保險或 Medicare
- ▶ 指定的藥房，針對加入藥房管理計劃的 FFS 會員

信函的第 3 頁在這一欄列出每封信函含有的名字和電話號碼。