

편지 샘플

5503 XX#### XX P2 EN AT

PO BOX ##### SALEM,
OR 97309
전달하지 마십시오. 3일 내에 반환해 주십시오

지정명/부서: OHP/CAF

담당자 ID/전화번호: XX/503-555-5555

JOHN DOE 123
MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

가입자에게
도움을 줄 수 있는
OHA 또는 ODHS
직원입니다.

이 편지를 보관하십시오!

이 편지는 **Oregon 건강 보험(Oregon Health Plan, OHP)** 혜택에 대한 설명서입니다.

이 편지는 정보 참조용입니다. 진료 예약에 휴대하실 필요는 없습니다.

귀하의 보험 보장 범위에 변경 사항이 있거나 귀하가 요청하신 경우에만 새 편지를 보내드립니다.

OHP에 오신 것을 환영합니다. 이 편지는 귀하의 신규 보장에 대해 알려드립니다.

이 편지에는 귀하의 가구에 대한 보장 정보가 수록되어 있습니다. 이 편지는 귀하가 계속 서비스를 받을 수 있다고 약속하지는 않습니다. 담당자가 귀하에게 보낸 결정 통지가 이 편지에 우선합니다.

귀하가 요청하시거나 이 편지나 귀하의 **Medical ID** 카드에 수록된 정보가 변경되는 경우 새 편지와 **Medical ID** 카드를 보내드립니다. 새 편지나 **Medical ID**를 요청하시려면 담당자에게 전화하십시오.

동봉한 노란색 시트에는 각 혜택 패키지에서 보장되는 서비스를 설명하는 차트와 유용한 전화번호 목록이 포함되어 있습니다.

귀하가 이 편지를 받으시는 이유는 아래에 기재되어 있습니다. 귀하의 이름 옆에 명시된 날짜는 이 편지의 정보가 유효한 날짜를 의미합니다.

편지 수신 사유:

다음 가입자에 대한 관리형 치료 계획 또는 1차 진료 관리자 등록이 변경됨:

Doe, Timothy - 2010년 8월 1일

다음에 대해 이름이 변경되었습니다.

Doe, Jane - 2010년 8월 1일

편지는 이
부분을
제외하고는
매번 동일할
것입니다. 이
부분은 새로운
정보입니다.

가입자 편지의 2페이지입니다. 해당 CCO 및 OHA가 알고 있는 기타 보장 범위에 대해 가입자에게 알려줍니다.

다음 차트에는 가입자의 가구에서 자격이 있는 모든 구성원에 대한 보장 정보가 명시되어 있습니다. 각 혜택 패키지가 보장하는 내용에 대한 정보는 동봉된 혜택 패키지(Benefit Package) 차트를 참조하십시오. 관리형 치료/TPR 가입 섹션에 있는 글자는 관리형 치료/TPR 가입 페이지에 명시된 보험을 나타냅니다.

이름	생일	고객 ID#	본인 부담금?	혜택 패키지	관리형 치료/TPR 가입
John Doe	01/01/1968	xx1234xx	아니요	OHP Plus	A, B, C
Jahn Doe	02/01/1969	xx1235xx	아니요	OHP with Limited Drug	A, B, C, G, H, I
Tim Doe	03/01/2006	xx1236xx	아니요	OHP Plus	B, C, D, F
Kathy Doe	04/01/2007	xx1237xx	아니요	OHP Plus	B, C, E, G, H

이러한 유형의 보장은 다음과 같이 '관리형 치료/TPR 가입(Managed Care/TPR enrollment)' 열에 한 글자로 명시됩니다.

- ▶ 가입자의 CCO
- ▶ 민영 보험 또는 Medicare와 같이 OHA에 알려진 기타 보장
- ▶ Pharmacy Management Program에 가입한 FFS 가입자를 위한 지정 약국

편지의 3페이지에는 이 열의 각 글자에 해당하는 이름과 전화번호가 수록되어 있습니다.