

ОБРАЗЕЦ ПИСЬМА

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

Название отделения/отдела: ОНР/CAF

Идентификационный
номер/тел. сотрудника: XX/503-555-5555

JOHN DOE
123 MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

Это сотрудник ОНА
или ODHS, который
может вам помочь.

5503 XX#### XX P2

Сохраните это письмо!

Настоящее письмо подробно описывает ваши пособия по программе льготного медицинского страхования штата Oregon (ОНР).

Это письмо прилагается лишь для вашего ознакомления. Вам не нужно брать его с собой на прием в медицинское учреждение.

Мы вышлем вам новое уведомление в случае внесения изменений в ваше страхование или по вашему запросу.

Добро пожаловать в ряды участников программы льготного медицинского страхования штата Oregon (ОНР). Настоящее письмо – ваше новое уведомление с разъяснением условий страхования.

В настоящем письме перечислены сведения о медицинском страховании членов вашей семьи. Настоящее письмо не дает никаких гарантий вашей правомочности на получение услуг в будущем. Это письмо не отменяет действия уведомлений о принятых решениях, которые высылаются вашим соц. работником.

Мы вышлем вам новое письмо и идентификационную карту медицинского страхования (Medical ID card) в любой момент по вашему запросу или если какая-либо информация, указанная в настоящем письме или в вашей идентификационной карте изменится. Свяжитесь с вашим соц. работником для того, чтобы подать запрос на получение нового письма или идентификационной карты медицинского страхования.

В прилагаемом желтом листе содержится таблица, которая описывает услуги, предоставляемые в рамках каждого пакета льгот, а также список полезных телефонных номеров.

Ниже мы указали причину, по которой вам было отправлено это письмо. Дата, в которую действие перечисленных сведений вступает в силу, указана рядом с вашим именем.

Причина, по которой было отправлено это письмо:

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

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

Письмо каждый раз будет одинаковым, за исключением этой части. Это новая информация.

Это вторая страница вашего письма. В нем рассказывается о вашей ССО и других страховых материалах, известных ОНА.

В следующей таблице приведена информация о страховом покрытии для всех членов вашего домохозяйства, имеющих на него право. См. прилагаемую таблицу страховых пакетов для получения информации о том, что входит в каждый страховой пакет. Буквы в разделе «Регистрация на управляемое медицинское обслуживание/TPR» относятся к программам, перечисленным на странице «Регистрация на управляемое медицинское обслуживание/TPR».

Имя и фамилия	Дата рождения	Идентификационный номер клиента	Доплаты?	Страховой пакет	Регистрация на управляемое медицинское обслуживание/TPR
John Doe	01/01/1968	xx1234xx	Нет	ONP Plus	A, B, C
Jahn Doe	02/01/1969	xx1235xx	Нет	ONP с ограниченным количеством лекарственных препаратов (ONP with Limited Drug)	A, B, C, G, H, I
Tim Doe	03/01/2006	xx1236xx	Нет	ONP Plus	B, C, D, F
Kathy Doe	04/01/2007	xx1237xx	Нет	ONP Plus	B, C, E, G, H

Эти виды страхового покрытия будут указаны в виде буквы в столбце «Регистрация на управляемое медицинское обслуживание/TPR (third-party resource — сторонние ресурсы)»:

- ▶ Ваша ССО
- ▶ Другие виды страхового покрытия, известные ОНА, такие как частное страхование или Medicare
- ▶ Назначенная аптека для членов со сдельным способом оплаты Программы управления аптеками, зарегистрированным в Программе работы с аптеками

На третьей странице вашего письма указаны имя и номер телефона, соответствующие каждой букве в этом столбце.