

MODELO DE CARTA

5503 XX#### XX P2 EN AT

PO BOX ##### SALEM,
OR 97309
NÃO ENCAMINHE: DEVOLUÇÃO EM 3 DIAS

Nome da filial/Divisão: OHP/CAF

Identificação do funcionário/Telefone:

XX/503-555-5555

JOHN DOE 123
MAIN ST
HOMETOWN OR 97000

Este é o funcionário
na OHA ou no ODHS
que pode ajudar
você.

Guarde esta carta!

Esta carta explica os benefícios do seu Plano de Saúde do Oregon (Oregon Health Plan, OHP).

Esta carta tem a finalidade única de informar. Não é necessário levá-la às suas consultas de cuidados de saúde.

Apenas enviaremos uma nova carta em caso de alteração em sua cobertura e caso você solicite.

Bem-vindo ao Plano de Saúde do Oregon (OHP). **Esta é a carta da sua nova cobertura.**

Esta carta relaciona informações de cobertura para sua família. Esta carta não garante a elegibilidade aos serviços. Esta carta não substitui os avisos sobre decisões enviados pelo funcionário que acompanha seu caso.

Enviaremos a você uma nova carta e cartão de identificação de serviço médico a qualquer momento mediante solicitação ou no caso de alguma alteração nesta carta ou em seu cartão de identificação de serviço médico. Para solicitar uma nova carta ou cartão de identificação de serviço médico, entre em contato com o funcionário que acompanha seu caso.

A folha amarela inclusa contém um gráfico que descreve os serviços cobertos por cada pacote de benefícios e uma lista com números de telefones úteis.

Abaixo, relacionamos o motivo pelo qual você está recebendo esta carta. A data em que estas informações entram em vigência está indicada ao lado de seu nome.

Motivo da carta:

Plano de assistência médica administrado ou inscrição do gerente de Cuidados Primários alterado para: Doe, Timothy - 01/08/2010

Nomes alterados para:
Doe, Jane - 01/08/2010

Esta carta será a mesma todas as vezes, exceto por esta parte. Estas são as informações novas.

Esta é a página 2 de sua carta. Veja aqui informações sobre sua CCO e demais coberturas que a OHA tem conhecimento.

O gráfico a seguir relaciona as informações de cobertura para todas as pessoas da família que são elegíveis. Consulte o gráfico do Pacote de benefícios incluso para ver as informações sobre o que cada pacote de benefício cobre. As letras na seção Assistência médica administrada/Inscrição em TPR referem-se aos planos relacionados na página Assistência médica administrada/Inscrição em TPR.

Nome	Data de nascimento	Número de identificação do cliente	Coparticipações?	Pacote de benefício	Assistência médica administrada/Inscrição em TPR
John Doe	01/01/1968	xx1234xx	Não	OHP Plus	A, B, C
Jane Doe	01/02/1969	xx1235xx	Não	OHP with Limited Drug	A, B, C, G, H, I
Tim Doe	01/03/2006	xx1236xx	Não	OHP Plus	B, C, D, F
Kathy Doe	01/04/2007	xx1237xx	Não	OHP Plus	B, C, E, G, H

Estes tipos de coberturas estarão relacionados como uma letra na coluna “Assistência médica gerenciada/Inscrição em TPR” (“Third-party resource”):

- ▶ Sua CCO
- ▶ Outras coberturas do conhecimento da OHA, como seguro de saúde privado ou Medicare
- ▶ Farmácia designada, para membros da modalidade com pagamento por serviço inscritos no Pharmacy Management Program (Programa de Gerenciamento de farmácias)

A página 3 de sua carta relaciona o nome e número de telefone que acompanha cada letra nesta coluna.