

# 信函示例

5503 XX#### XX P2

PO BOX #####  
SALEM, OR 97309  
请勿转发, 请在3日内返还

分公司名称/部门: OHP/CAF  
工作人员 ID/电话: XX/503-555-5555

JOHN DOE  
123 MAIN ST  
HOMETOWN OR 97000

这是 OHA 或  
ODHS 的工作人  
员, 他/她可以帮  
助您。

## 妥善保管本函!

本函对您的俄勒冈州健康计划 (OHP) 福利进行了说明。

本函仅供您参考。您无需携带本函参加医疗保健预约。

我们仅在您的保险有任何更改或您申请进行更改的情况下向您寄送一份新信函。

欢迎参加俄勒冈州健康计划 (OHP)。这是您的新保险函。

本函列出了您家人的保险信息。本函未保证您仍有资格获得相关服务。本函未否决您的工作人员寄送给您的决策通知。

我们将在您申请的任何时间或本函或您 Medical ID 卡上的任何信息变更时向您卡。您在任何时间对 Medical ID 卡上的任何信息的变更后, 我们都会向您寄送一份新信函和 Medical ID 欲申请新信函或 Medical ID, 请联系您的工作人员。

随附的黄色表格包含阐述了每个福利包涵盖的服务的图表以及一份有用的电话号码列表。

我们已在下方列出了向您寄送本函的原因。本函中信息生效的日期已列载于您的姓名栏旁。

收到信函的原因:

托管护理和初级保健经理注册变更为:  
Doe, Timothy - 08/1/2010

名字变更为:  
Doe, Jane - 08/1/2010

除了这一部分外, 这封信的内容每次都一样。这是新信息。

这是信函的第 2 页。它将向您说明您的 CCO 和 OHA 知道的其他保险。

下表列出您家中符合条件的每个人的保险信息。请参见随附的福利套餐表，了解每个福利套餐的内容。“托管护理/TPR 注册”部分中的字母指“托管护理/TPR 注册”页面上列出的计划。

姓名	出生日期	客户编号	共付额	福利套餐	托管护理/TPR 注册
John Doe	01/01/1968	xx1234xx	无	OHP Plus	A、B、C
Jahn Doe	1969 年 1 月 2 日	xx1235xx	无	OHP with Limited Drug	A、B、C、G、H、I
Tim Doe	2006 年 1 月 3 日	xx1236xx	无	OHP Plus	B、C、D、F
Kathy Doe	2007 年 1 月 4 日	xx1237xx	无	OHP Plus	B、C、E、G、H

这些类型的保险将在“托管护理/TPR 注册”列中以字母形式列出：

- ▶ 您的 CCO
- ▶ OHA 已知的其他保险，如私人保险或 Medicare
- ▶ 分配药房，适用于加入药房管理计划的按次付费成员

信函的第 3 页列出了与本列中每个字母相关的名称和电话号码。