



¿Alguna pregunta? Visite www.enrollchc.com/es o llámenos al **1-844-824-3655** (Número de TTY: 1-833-254-0690). ¡La llamada es gratuita! You can get this information in English. Call 1-844-824-3655.



[<Head of household> 0000332948HP
 <Address Line 1>
 <Address Line 2>
 <City>, <State> <ZIP Code>]

[DATE]

Estimado [HEAD OF HOUSEHOLD],

Sus selecciones de cuidados de salud

Esta carta confirma sus selecciones de cuidados de salud en el programa Community HealthChoices (CHC).

Estas personas pueden comenzar a recibir servicios de los planes de salud de CHC en las fechas anotadas abajo. Se mostrará también su PCP si usted eligió un proveedor personal.

► Esto **no** cambia su plan de Medicare.

Nombre / Número de identificación	PCP / Teléfono	Plan / Teléfono / Fecha inicial
[Participant Name1] [Participant CIN1]	[PCP Name1] [PCP Phone1]	[Detail Name1] [Detail Phone Number1] [Detail Action Effective Date1]
[Participant Name2] [Participant CIN2]	[PCP Name2] [PCP Phone2]	[Detail Name2] [Detail Phone Number2] [Detail Action Effective Date2]
[Participant Name3] [Participant CIN3]	[PCP Name3] [PCP Phone3]	[Detail Name3] [Detail Phone Number3] [Detail Action Effective Date3]

Más en la parte de atrás »

Usted puede obtener esta información en otros idiomas o formatos, como letras grandes o audio.

Nombre / Número de identificación	PCP / Teléfono	Plan / Teléfono / Fecha inicial
[Participant Name4] [Participant CIN4]	[PCP Name4] [PCP Phone4]	[Detail Name4] [Detail Phone Number4] [Detail Action Effective Date4]
[Participant Name5] [Participant CIN5]	[PCP Name5] [PCP Phone5]	[Detail Name5] [Detail Phone Number5] [Detail Action Effective Date5]
[Participant Name6] [Participant CIN6]	[PCP Name6] [PCP Phone6]	[Detail Name6] [Detail Phone Number6] [Detail Action Effective Date6]
[Participant Name7] [Participant CIN7]	[PCP Name7] [PCP Phone7]	[Detail Name7] [Detail Phone Number7] [Detail Action Effective Date7]
[Participant Name8] [Participant CIN8]	[PCP Name8] [PCP Phone8]	[Detail Name8] [Detail Phone Number8] [Detail Action Effective Date8]

¿Qué sucederá después?

- Si quiere cambiar su **PCP**, llame a su plan de salud al número de teléfono anotado arriba.
- Si quiere cambiar su **plan de salud**, vaya a **www.enrollchc.com/es**. O, llámenos al **1-844-824-3655** (Número de TTY: 1-833-254-0690). Usted puede cambiar su plan de salud en cualquier momento.

¿Alguna pregunta?

¡Podemos ayudar! Visite **www.enrollchc.com/es**. O, llámenos al **1-844-824-3655** (Número de TTY: 1-833-254-0690). ¡La llamada es gratuita!

Muchas gracias,

Community HealthChoices