

**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

«Run\_Date»

325-460

«HOH\_First\_Name» «HOH\_Last\_Name»

«HOH\_Address1» «HOH\_Address2»

«HOH\_City», «HOH\_State» «HOH\_Zip»

**Subject:** Annual Renewal/Review

**CASE #:** «Case\_NO»

**Child/Children:**

«CIN\_1» «Member\_First\_Name\_1» «Member\_Middle\_Name\_1» «Member\_Last\_Name\_1»

«MBR\_DOB\_1»

«CIN\_2» «Member\_First\_Name\_2» «Member\_Middle\_Name\_2» «Member\_Last\_Name\_2»

«MBR\_DOB\_2»

«CIN\_3» «Member\_First\_Name\_3» «Member\_Middle\_Name\_3» «Member\_Last\_Name\_3»

«MBR\_DOB\_3»

**Healthy Kids Program Annual Renewal Date:** «Run\_Date»

Dear «HOH\_First\_Name» «HOH\_Last\_Name»,

It is time to review your child(ren) eligibility in the Healthy Kids program as part of their annual renewal. Since coverage options are changing, we need to confirm that your child(ren) still qualifies/qualify for the program.

An L.A. Care representative will be calling you to review/renew your child(ren) eligibility in the Healthy Kids program. If your child(ren) no longer qualifies/qualify for the Healthy Kids program, we will check if your child(ren) qualifies/qualify for another program and discuss if other health coverage options may be available to you and your family.

If you have questions, please call us at **1-855-222-4239**. TTY/TDD users should call **1-866-522-2731**. L.A Care representatives are available 24 hours a day, 7 days a week, including holidays.

Sincerely,

L.A. Care Health Plan

LAHK232



«Run\_Date»

325-460

«HOH\_First\_Name» «HOH\_Last\_Name»

«HOH\_Address1» «HOH\_Address2»

«HOH\_City», «HOH\_State» «HOH\_Zip»

**Asunto:** Renovación/revisión anual

**N.º DE CASO:** «Case\_NO»

**Hijo(s):**

«CIN\_1» «Member\_First\_Name\_1» «Member\_Middle\_Name\_1» «Member\_Last\_Name\_1»  
«MBR\_DOB\_1»

«CIN\_2» «Member\_First\_Name\_2» «Member\_Middle\_Name\_2» «Member\_Last\_Name\_2»  
«MBR\_DOB\_2»

«CIN\_3» «Member\_First\_Name\_3» «Member\_Middle\_Name\_3» «Member\_Last\_Name\_3»  
«MBR\_DOB\_3»

**Fecha de renovación anual de la membresía en el programa Healthy Kids:** «Run\_Date»

Estimado(a) «HOH\_First\_Name» «HOH\_Last\_Name»:

Llegó el momento de revisar la elegibilidad de su(s) hijo(s) para participar en el programa Healthy Kids como parte de su renovación anual. Como las opciones de cobertura están cambiando, necesitamos confirmar que su(s) hijo(s) siga(n) reuniendo los requisitos para participar en el programa.

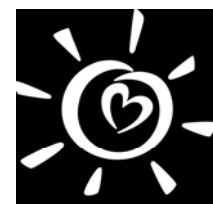
Un representante de L.A. Care lo llamará para revisar/renovar la elegibilidad de su(s) hijo(s) para participar en el programa Healthy Kids. Si su(s) hijo(s) ya no reúne(n) los requisitos para participar en el programa Healthy Kids, verificaremos si reúne(n) los requisitos para participar en otro programa y analizaremos si hay alguna otra opción de cobertura de salud disponible para usted y su familia.

Si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-855-222-4239**. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY/TDD) deben llamar al **1-866-522-2731**. Los representantes de L.A. Care atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.

Atentamente,

L.A. Care Health Plan

LAHK232 SP



**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

«Run\_Date»

325-460

«HOH\_First\_Name» «HOH\_Last\_Name»

«HOH\_Address1» «HOH\_Address2»

«HOH\_City», «HOH\_State» «HOH\_Zip»

**제목:** 연례 갱신/검토

**케이스 #:** «Case\_NO»

**어린이/어린이들:**

«CIN\_1» «Member\_First\_Name\_1» «Member\_Middle\_Name\_1» «Member\_Last\_Name\_1»

«MBR\_DOB\_1»

«CIN\_2» «Member\_First\_Name\_2» «Member\_Middle\_Name\_2» «Member\_Last\_Name\_2»

«MBR\_DOB\_2»

«CIN\_3» «Member\_First\_Name\_3» «Member\_Middle\_Name\_3» «Member\_Last\_Name\_3»

«MBR\_DOB\_3»

**Healthy Kids 프로그램 연례 갱신 날짜:** «Run\_Date»

«HOH\_First\_Name» «HOH\_Last\_Name»님께,

연례 갱신 절차의 일환으로서 귀하의 자녀/자녀들의 **Healthy Kids** 프로그램 가입 자격을 검토할 때가 되었습니다. 혜택 선택사항이 변경되기 때문에 귀하의 자녀(들)이 여전히 프로그램 가입 자격이 있는지 확인해야 합니다.

L.A. Care 상담원이 귀하의 자녀(들)의 **Healthy Kids** 프로그램 가입 자격을 검토/갱신하기 위해 전화 드릴 것입니다.. 귀하의 자녀(들)이 더 이상 **Healthy Kids** 프로그램 가입 자격이 없으면 저희는 귀하의 자녀(들)이 다른 프로그램 가입 자격이 있는지 확인하고 귀하와 귀하의 가족에게 다른 건강보험 혜택 선택사항이 있는지 논의할 것입니다.

문의사항이 있으신 경우, **1-855-222-4239** 번으로 전화하셔서 저희에게 문의하십시오. TTY/TDD 사용자들은 **1-866-522-2731** 번으로 전화하십시오. L.A. Care 상담원들은 공휴일을 포함해 주 7일 하루 24시간 이용하실 수 있습니다.

감사합니다.

L.A. Care Health Plan

LAHK232