

## Healthfirst Provider Toolkit: Patient Recertification

# Patient Renewal Letter

An easy-to-read letter that explains recertification to your Healthfirst patients. You can copy and paste it into your patient mailings.

**Customize only the information between the [brackets].**

**Header:** No pierda su cobertura

Estimado(a) paciente:

Este es un mensaje importante para los miembros de Healthfirst de **[PROVIDER PRACTICE NAME]**.

Si usted o un miembro de su familia está inscrito en Medicaid, el Plan Esencial, el plan Child Health Plus, el Plan Medicare Advantage con Medicaid o Programa de Ahorros de Medicare, o el plan de Atención Administrada a Largo Plazo es posible que deba renovar su cobertura médica pronto.

Usted recibirá un aviso, por correo postal o correo electrónico, antes de la fecha de renovación del plan de parte de:

- NY State of Health (NYSOH)
- la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) (si vive en la ciudad de Nueva York)
- o el Departamento de Servicios Sociales local (LDSS) (si vive en otro lugar)

Cuando lo reciba, comuníquese con Healthfirst. Podemos ayudarle en cada paso del proceso para garantizar que usted no pase un solo día sin la cobertura que necesita para las consultas médicas, los medicamentos recetados y demás.

Asegúrese de renovar su plan de Healthfirst antes de la fecha de renovación.

Para obtener más información sobre las renovaciones, visite [es.healthfirst.org/renew-your-coverage](https://es.healthfirst.org/renew-your-coverage).

Si ya renovó su cobertura, o si esto no se aplica en su caso, ignore este mensaje.

Atentamente,  
Healthfirst y **[INSERT YOUR PRACTICE NAME]**

Healthfirst Health Plan, Inc., Healthfirst PHSP, Inc. o Healthfirst Insurance Company, Inc. (en forma conjunta, "Healthfirst") proporciona la cobertura. Healthfirst PHSP, Inc. proporciona la cobertura del Plan Senior Health Partners de Atención Administrada a Largo Plazo. Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)

0708-23\_SP  
Y0147\_MSD23\_176 0242-23\_C  
SHP23\_46 0242-23  
XP23\_91