

ID del Fondo de Atención Médica: [U Number]

RE: [Estado de Elegibilidad en Curso: Nuevo Año del Plan, Se Necesita Prueba de cobertura]

Estimado [Provider Name]:

Gracias por participar en el Fondo de reembolso de atención médica de Child Care Providers United (CCPU). Necesitamos confirmar su cobertura de seguro médico a partir de enero de 2025. Esta confirmación le permitirá continuar accediendo a los beneficios del CCPU Health Care Fund y a los beneficios dentales y oftalmológicos de MetLife para el año del plan 2025.

Para continuar con sus beneficios, necesitamos la siguiente información:

Prueba de Cobertura de su plan de seguro médico actual: Esta documentación complementaria debe proporcionar detalles que verifiquen su nombre como titular de la póliza, el nombre de su plan de atención médica, el período de cobertura y la prima mensual actualizada.

Para obtener información sobre las pautas de documentación aceptables, visite la página de Recursos de nuestro sitio web a través del siguiente código QR:



Le solicitamos amablemente que nos proporcione información adicional antes del **20 de diciembre** para evitar cualquier posible interrupción en sus beneficios. Si no presenta prueba de cobertura, sus beneficios de reembolso de atención médica y sus beneficios dentales y de la vista de MetLife finalizarán el 12/31/2024. Puede enviar su información a:

Correo: CCPU Health Care Fund  
P.O. Box 57027  
Irvine, CA 92619

Correo electrónico:  
[eligibility@ccpuhealth.org](mailto:eligibility@ccpuhealth.org)

Fax: (949) 809-8943

Asegúrese de incluir su ID del Fondo de Reembolso de Atención Médica CCPU [Número U] en toda la correspondencia que envíe.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (833) 714-6028.

Gracias,

Fondo de Atención Médica CCPU