

SCAN Medi-Cal 服務

申請書與瞭解聲明



G9977 08/18 19F-ENR006CH H5425_SCAN_7029_2012_CH_CMS Approved 08062012 DHCS Approved 04242012

社會安全碼 (必填)										出生日期 / /	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受益人姓名：姓氏								名字		中間名縮寫	
家庭地址										公寓號	
城市							州		郵遞區號		
縣					電話 ()			生效日期			

Medi-Cal 資訊

請填寫您的 Medi-Cal ID 號碼											
簽發日期			/		/						
月 月 日 日 年 年 年 年											

本人授權我居住所在的縣，可向在工作中需要獲取本人的 Medi-Cal 狀態的相關資訊以確定或保持本人的 SCAN 保險資格之 SCAN Health Plan、縣、州或聯邦工作人員披露該等資訊。本人瞭解，在法律上本人並不需要授權該等資訊的披露，但是若不提供授權，則會使本人不符合 SCAN Medicare/Medi-Cal Plan 的資格。本人瞭解，該項授權自簽署之日起一年內有效。本人特此加入 SCAN Health Plan，以便 SCAN 可管理本人的 Medi-Cal 福利，且本人可藉此透過 SCAN 享有醫療保健服務。本人瞭解，本人的 Medi-Cal 將會分配給 SCAN，除非本人失去享有 Medi-Cal 的資格或自願退保，並且醫療保健服務部需要 15 至 45 天的時間來將我的 Medi-Cal 從 SCAN Health Plan 中正式除名。

ID 號碼

出生日期 簽發日期

僅限辦事處 使用				
County Code		Aid Code		

您當前是否正在參加任何以下計劃？

1. 護理機構急症醫院 (NF/AH) 豁免計劃？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 多用途的高級服務計劃 (MSSP)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 居家管理計劃 (IHO)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 輔助生活豁免計劃試點項目 (ALWPP)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 居家援助服務計劃 (IHSS)？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

根據各個州的要求，如果您已經加入以上所列任何一個計劃，在透過 SCAN Health Plan 加入 Medi-Cal 前，您必須先退出有關計劃。

重要資訊請閱讀下文：

1. 本人明白，如果本人選擇接受上述任何計劃的服務，則必須自 SCAN Health Plan 退出 Medi-Cal 保險。
2. 為本人註冊參保之人士已告知本人他/她的姓名，向本人展示其 SCAN 身分證件，並說明其為 SCAN 的僱員。
3. **本人已收到有關 SCAN 福利的完整書面資訊，並瞭解本人只能向 SCAN 的簽約醫療服務提供者處求診。** 一旦本人參保 SCAN，則無法使用目前的醫生，除非該醫生在本計劃的網絡內。
4. 處理程序完成後，我的參保方會生效。
5. 如果本人當前為另一個 HMO 的受益人，在確定我參保 SCAN 的日期之前，本人將**繼續從當前的 HMO 處接受醫療護理。**
6. 參保後，SCAN 將為本人提供一張特殊的身分識別卡。自參保生效日期起 7 天內，本人將收到「承保範圍說明書」和「披露資訊」。
7. SCAN 的服務區域為「承保範圍說明書」中列明的經批准郵遞區號。如果本人搬離服務區域，則需要通知 SCAN，以便將本人退保。
8. 如果本人對 SCAN Health Plan 提供的服務存在疑問或不滿，可隨時聯絡個人援助專線 (PAL)，電話：1-866-722-6725 (1-866-SCAN-PAL) 或聽障專線：711，服務時間：10 月 1 日至 3 月 31 日期間，上午 8 點至晚上 8 點，每週七天；4 月 1 日至 9 月 30 日期間，週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
9. SCAN 將會寄送一份調查問卷到本人家，以準確評估本人需求。我們將對所有資訊保密，不會在報告中使用有關姓名。
10. 本人可透過聯絡 SCAN，隨時撤銷參保。本人可透過電話要求為我寄送一份退保表。本人無需親自辦理退保。
11. 本人已收到 SCAN 代表提供的本表格副本，且本人同意本協議書的條件。

簽名

本人確認，在本申請和瞭解聲明書上簽名，即表示本人已經閱讀並瞭解本申請書的全部內容。

請在此簽名* _____ 日期 _____

*如有任何人幫助受益人填寫本表，該人亦須在此簽名。

簽名 _____ 日期 _____

與該人的關係 _____

*如果該人無法簽名，則法院委任的法定監護人或書面預立醫療指示中的指定人員（如經州法律授權）必須在下面簽名。隨函附上法定監護證明、書面預立醫療指示或州法律授權證明的副本。

簽名 _____ 日期 _____

僅限辦事處使用	NAME OF STAFF MEMBER (if assisted in enrollment)	REP. CODE
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE / /	ICEP/IEP: _____ SEP (type): _____	AEP: _____ Not Eligible: _____

SCAN Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. SCAN Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-722-6725 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-722-6725 (TTY: 711). 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-722-6725 (聽障專線：711)。