

Servicios de Medi-Cal de SCAN

Solicitud y declaración de entendimiento



G9977 08/18 19F-ENR006SP H5425_SCAN_7029_2012_SP_CMS Approved 08062012 DHCS Approved 04242012

Número de Seguro Social (obligatorio)											Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre del beneficiario: Apellido						Nombre			Inicial del segundo nombre			
Dirección particular										Apart. nro.		
Ciudad						Estado			Código postal			
Condado					Teléfono ()				Fecha de vigencia			

Información de Medi-Cal

Escriba su nro. de identificación de Medi-Cal												
Fecha de emisión			/		/							
	M	M		D	D		A	A	A	A		

Autorizo al condado en el que resido a divulgar información relacionada con mi estado de Medi-Cal al personal de SCAN Health Plan, del condado, del estado o federal, que por razones laborales necesite acceder a esta información con el objetivo de determinar o mantener mi elegibilidad para la cobertura de SCAN. Comprendo que las leyes no me exigen autorizar esta divulgación, pero que si no lo hago, no reuniré los requisitos para el Plan de Medicare/Medi-Cal de SCAN. Comprendo que esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha de mi firma. Por la presente me inscribo en SCAN Health Plan para que SCAN pueda administrar mis beneficios de Medi-Cal y, al hacerlo, es posible que reciba servicios de atención médica a través de SCAN. Comprendo que mi Medi-Cal se asignará a SCAN a menos que pierda mi elegibilidad para Medi-Cal o cancele mi inscripción voluntariamente, y que el Departamento de Servicios de Atención Médica puede demorar de 15 a 45 días en cancelar oficialmente mi Medi-Cal de SCAN Health Plan.

Nro. de identificación

STATE OF CALIFORNIA
BENEFITS IDENTIFICATION CARD

→ ID No. 01234567A96144
JOHN Q RECIPIENT
M 05 20 1991 Issue Date 05 24 16

Fecha de nacimiento Fecha de emisión

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN			
	County Code	Aid Code	

¿Está inscrito actualmente en alguno de los siguientes programas?

1. Exención de centro de enfermería/hospital para casos agudos (NF/AH)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. Programa de Servicios Multipropósito para Personas Mayores (MSSP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Operaciones Domiciliarias (IHO)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Proyecto Piloto de Exención de Vida Asistida (ALWPP)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Servicios de Apoyo Domiciliario (IHSS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

De acuerdo con los requisitos del estado, si usted está inscrito en alguno de los programas mencionados anteriormente, primero debe cancelar su inscripción para poder inscribir su Medi-Cal con SCAN Health Plan.

G9977 08/18 19F-ENR006SP H5425_SCAN_7029_2012_SP_CMS Approved 08062012 DHCS Approved 04242012

Información importante. Lea lo siguiente:

1. Sé que debo cancelar la inscripción de mi Medi-Cal de SCAN Health Plan si elijo recibir servicios de cualquiera de los programas mencionados anteriormente.
2. La persona que me inscribió me dijo su nombre, me mostró su identificación de SCAN y declaró ser empleada de SCAN.
3. **He recibido información completa por escrito acerca de los beneficios de SCAN y comprendo que solo puedo visitar a los proveedores contratados de SCAN.** No podré visitar a mi médico actual una vez que esté inscrito en SCAN a menos que él/ella participe en el Plan.
4. La inscripción no entrará en vigencia hasta que se complete su procesamiento.
5. Si actualmente soy beneficiario de otra Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), debo **continuar recibiendo atención médica de mi actual HMO hasta mi fecha de inscripción confirmada de SCAN.**
6. Al momento de mi inscripción, recibiré una tarjeta de identificación especial de SCAN. Recibiré la Evidencia de cobertura y la Información de divulgación en un plazo de no más de 7 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de mi inscripción.
7. El área de servicio de SCAN comprende la lista de códigos postales aprobados que aparece en la Evidencia de cobertura. Si me mudo fuera del área de servicio deberé notificar a SCAN para que se cancele mi inscripción.
8. Puedo comunicarme con la Línea de asistencia personal (Personal Assistance Line, PAL) en cualquier momento si tengo un problema o una queja relacionada con los servicios que recibo de SCAN Health Plan llamando al 1-866-722-6725 (1-866-SCAN-PAL) o al 711 para usuarios de TTY, de 8.00 A.M. a 8.00 P.M., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8.00 A.M. a 8.00 P.M. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.
9. SCAN enviará un cuestionario a mi hogar para evaluar mis necesidades con precisión. Toda la información será confidencial y no se usarán nombres en los informes.
10. Puedo cancelar mi inscripción en cualquier momento si me comunico con SCAN. Puedo llamar y solicitar que me envíen un formulario de cancelación de inscripción. No es necesario que me presente en persona para cancelar mi inscripción.
11. El representante de SCAN me entregó una copia de este formulario y acepto las condiciones de este acuerdo.

Firma

Entiendo que mi firma en esta solicitud y declaración de entendimiento significa que he leído y comprendido el contenido de este documento en su totalidad.

Firme aquí* _____ Fecha _____

*Si alguien ayudó al beneficiario a completar este formulario, esa persona debe firmar aquí.

Firma _____ Fecha _____

Relación con el individuo: _____

* Si el individuo no puede firmar, un tutor legal nombrado por el tribunal o una persona designada indicada en instrucciones anticipadas por escrito, si lo permite la ley estatal, debe firmar más abajo. Adjunte una copia del comprobante de tutoría legal, las instrucciones anticipadas por escrito o la autorización por parte de la ley estatal.

Firma _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN	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)。