

# Servicios de SCAN Medi-Cal

## Solicitud y declaración de entendimiento



Y0057\_SCAN\_11403\_2019\_M\_SP DHCS Approved 08232019

Número de Seguro Social ( <i>obligatorio</i> )											Fecha de nacimiento / /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del beneficiario: Apellido						Nombre						Inicial del 2.º nombre
Dirección											N.º de apartamento	
Ciudad								Estado		Código postal		
Condado						Teléfono ( )				Fecha de vigencia		

### Información de Medi-Cal

Escriba su número de ID de Medi-Cal												
Fecha de emisión			/			/						
	M	M		D	D		A	A	A	A		

Autorizo a mi condado de residencia a divulgar información sobre mi estado de Medi-Cal a SCAN Health Plan y al personal del condado, el estado o el personal federal cuyo trabajo requiera acceso a esta información para determinar o mantener mi elegibilidad para la cobertura de SCAN. Comprendo que no tengo la obligación legal de autorizar esta divulgación, pero que, si no lo hago, dejaré de ser elegible para el plan Medicare/Medi-Cal de SCAN. Comprendo que esta autorización se vencerá un año después de la fecha de mi firma. Por la presente me inscribo en SCAN Health Plan para que SCAN administre mis beneficios de Medi-Cal y, al hacerlo, podré recibir servicios de atención médica a través de SCAN. Comprendo que mi plan Medi-Cal se asignará a SCAN a menos que pierda mi elegibilidad para Medi-Cal o me dé de baja voluntariamente, y que el Departamento de Servicios de Atención Médica puede demorar entre 15 y 45 días para dar de baja oficialmente mi plan Medi-Cal de SCAN Health Plan.

Número de ID

Fecha de nacimiento

Fecha de emisión

<b>SOLO PARA USO OFICIAL</b>				
	County Code	Aid Code		

¿Actualmente está inscrito en alguno de los siguientes programas?

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nursing Facility Acute Hospital (NF/AH) Waiver (Exención de Centro de Enfermería Especializada u Hospital de Cuidados Agudos [NF/AH]) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Multipurpose Senior Services Program (Programa de Servicios Multipropósitos para las Personas Mayores, MSSP)                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. In-Home Operations (Operaciones en el Hogar, IHO)   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Assisted Living Waiver Pilot Project (Proyecto Piloto de Exención de Vida Asistida, ALWPP)  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. In-Home Supportive Services (Servicios de Apoyo en el Hogar, IHSS)  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Según los requisitos estatales, si está inscrito en alguno de los programas que se mencionan anteriormente, primero debe darse de baja del programa antes de que pueda inscribir su plan Medi-Cal en SCAN Health Plan.

R1136 06/19 20F-ENR006SP

R1136 06/19 20F-ENR006SP Y0057\_SCAN\_11403\_2019\_M\_SP DHCS Approved 08232019

**Información importante. Lea lo siguiente:**

1. Estoy al tanto de que debo dar de baja mi plan Medi-Cal de SCAN Health Plan si decido recibir servicios de alguno de los programas que se mencionan anteriormente.
2. La persona que me inscribió me indicó su nombre, me mostró su placa identificatoria de SCAN y me informó que era representante de SCAN Health Plan.
3. 1) Recibí información sobre los beneficios de SCAN.  
2) Comprendo que **debo consultar únicamente a proveedores contratados por SCAN**. No podré consultar a mi médico actual después de inscribirme en SCAN a menos que esté contratado por SCAN Health Plan.
4. La inscripción no está en vigencia hasta que se complete el procesamiento.
5. Si actualmente soy beneficiario de otra HMO, debo **seguir recibiendo atención médica de mi HMO actual hasta la fecha de inscripción confirmada con SCAN**.
6. Recibiré instrucciones de SCAN sobre cómo obtener una copia física o electrónica de la Evidencia de cobertura a más tardar 7 días después de la fecha de vigencia de mi inscripción.
7. Si me mudo fuera del área de servicio, deberé notificarle a SCAN para poder darme de baja. El área de servicio de SCAN es la lista de condados aprobados que se brinda en la Evidencia de cobertura.
8. Puedo comunicarme con la línea de asistencia personal (PAL) ante cualquier problema o queja sobre los servicios que recibo de SCAN Health Plan al 1-866-722-6725 (1-866-SCAN-PAL), para usuarios de TTY: 711, de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 A. M. a 8:00 P. M., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
9. SCAN enviará un cuestionario a mi hogar para evaluar adecuadamente mis necesidades. Toda la información se tratará con confidencialidad y no se usará ningún nombre en los informes.
10. Mientras siga inscrito en Medi-Cal, podré darme de baja de SCAN una vez por trimestre calendario durante los primeros nueve meses del año. Puedo llamar y solicitar que se me envíe por correo un formulario de terminación de la inscripción. No es necesario que me presente en persona para darme de baja. La terminación de la inscripción puede llevarse a cabo en otros momentos si se dan ciertas circunstancias.
11. El representante de SCAN me entregó una copia del formulario de recibo de solicitud.

**Firma**

Acepto que mi firma en esta solicitud y declaración de entendimiento indica que leí y comprendo por completo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de un representante autorizado, esta firma certifica que 1) dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción y que 2) toda documentación de esta autoridad está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su hogar: \_\_\_\_\_ Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

<b>SOLO PARA USO OFICIAL</b>	NAME OF STAFF MEMBER (if assisted in enrollment)	REP. CODE
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE / /	ICEP/IEP: _____ SEP (type): _____	AEP: _____ Not Eligible: _____

SCAN Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare y un contrato del programa Medicaid de California (Medi-Cal). La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.