

# SCAN Medi-Cal 服務

## 申請書與瞭解聲明書



生效日期	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
郡	電話 ( )		

### 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郡，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、郡、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 Health Plan 的代表。
3. 1) 本人已收到有關 SCAN 福利的資訊。  
2) 本人理解，**本人只能使用 SCAN 簽約提供者**。一旦本人參保 SCAN，則無法使用目前的醫生，除非該醫生與 SCAN Health Plan 簽約。
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. 自參保生效日期起 7 天內，本人將從 SCAN 收到關於如何獲取紙質版或電子版「承保範圍說明書」的說明。
7. 如果本人搬離服務區域，則需要通知 SCAN，以便將本人退保。SCAN 的服務區域為「承保範圍說明書」中列出的經批准之郡縣。
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，服務時間為：10 月 1 日至 3 月 31 日期間，每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；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. 只要本人參保 Medi-Cal，在一年前的九個月中，本人每個季度有一次從 SCAN 退保的機會。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。基於某些情況，也許有其他時間可以退保。
11. SCAN 代表已給予本人一份申請表收悉函。

**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。若由授權代表簽名，此簽名確認：1) 此人在州政府法律下經授權完成此參保程序，且 2) 在 Medicare 要求時可提供該授權之證明文件。

簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

若您是授權代表，您必須在上方簽名並提供以下資訊：

姓名：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

住宅電話號碼：\_\_\_\_\_ 與參保人的關係：\_\_\_\_\_

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 是與 Medicare 及加州 Medicaid (Medi-Cal) 計劃簽有合約的 HMO 計劃。能否參保 SCAN Health Plan 視合約續簽情況而定。