

# DC Healthy Families

## 행위별 수가제(Fee-for-Service) 연장 양식

목적: 행위별 수가제(Fee-for-Service) 연장 양식은 HIV/AIDS 감염자에게 건강 플랜에 등록하지 않아도 되는 선택권을 주려는 것입니다. 이 양식을 통해 HIV/AIDS 감염자의 특별 요구에 응하는 일차의료 의사나 전문가와 개인적인 관계를 갖게 될 것입니다. 일차의료 의사가 관리의료(managed care)에 속하여 있지 않아도 HIV/AIDS 감염자 진료를 할 수 있습니다. HIV/AIDS 감염자는 메디케이드 수혜를 직접적으로 받는 선택권을 가집니다.

해야할 일: 귀하나 자녀가 HIV/AIDS 에 감염되었다면, 반드시 다음을 따라 주십시오.

- 이 양식의 1 항과 2 항을 작성해 주십시오.
- 양식을 담당 의사에게 가져가 3 항과 4 항을 따르도록 하십시오.

**이상이 귀하가 선택권을 사용하기 위해 해야 할 모든 사항입니다. 지금 당장 하십시오!**

1. **DC Healthy Families Medicaid Managed Care** 건강 플랜 중 하나에 등록 하지 않을 것입니다. 사유:

HIV/AIDS 감염자 면제-본인은 HIV 양성이거나 AIDS 에 감염되었습니다 (아래 의사 서명 첨부) .

2. 환자 증명:

이름 ( 활자체로 기입) \_\_\_\_\_ 출생일 \_\_\_\_\_

메디케이드 번호 \_\_\_\_\_ 사회보장 번호 \_\_\_\_\_

전화 번호 \_\_\_\_\_ 대체 전화번호 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

3. 진료사실 확인

\_\_\_\_\_ 은(는) 제 담당 환자로 HIV/AIDS 진료를 받고 있음을 확인합니다.

의사명 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

4. 우편이나 팩스로 이 양식을 반환해 주십시오.

*Elisa Fauntleroy, Medical Assistance Administration, 825 North Capitol Street, NE Rm. 5135, Washington D.C. 20002* 팩스번호: 202-478-1379