

# DC Healthy Families 按服務收費續保表格

---

**目的：**按服務收費續保表格可讓 HIV/AIDS 患者選擇不登記醫療保險計劃。HIV/AIDS 患者很可能需要與主治醫師或專科醫師建立長久的醫病關係，以照顧其特殊需求。這麼做的目的是希望醫療照護不會中斷，尤其是如果主治醫師不在管理醫療網路內。HIV/AIDS 患者可選擇繼續參加單純的 Medicaid。

**該怎麼做：**如果您或您的孩子是 HIV/AIDS 患者，則必須：

- 填寫本表**第 1 和第 2 部分**
- 將本表交給醫師，讓醫師填寫第 3 及第 4 部分

**步驟就是這麼簡單。但請立即行動！**

---

1. 目前我不需要登記 DC Healthy Families Medicaid 管理醫療照護的任何一項醫療保險計劃 (MCO)，原因是：

**HIV/AIDS 豁免權** – 我是 HIV+ 或 AIDS 患者 (並有醫師簽名如下)

---

2. **患者證明：**

姓名 (請用正楷) \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

Medicaid 號碼 \_\_\_\_\_ 社會安全卡號碼 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_ 其他電話號碼 \_\_\_\_\_

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

---

3. **醫師證明**

本人證明 \_\_\_\_\_ 確為本人患者，目前正接受 HIV/AIDS 治療。

醫師姓名 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

---

4. **請將本表寄回或傳真至：**

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