



Программа медицинского обслуживания Washington Medicaid Integration Partnership

Заявление об освобождении от участия в программе или выходе из программы

- Меня удовлетворяет медицинское обслуживание, которым я пользуюсь в настоящее время, и я не желаю участвовать в программе медицинского обслуживания Washington Medicaid Integration Partnership (WMIP).**

Мое полное имя: _____

Мой идентификационный код пациента (PIC), номер дела или номер моей семьи, получающей помощь (Assistance Unit): _____

Дата моего рождения: _____

Мой номер в системе социального страхования: _____

- Отметьте, пожалуйста, здесь, если вы в настоящее время участвуете в программе Molina Integration (обратите внимание на буквы MINT в Вашей медицинской идентификационной карточке) и НЕ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ в течение этого месяца каким-либо видом медицинского обслуживания (посещения врача, отделения неотложной помощи и др.).
- Отметьте, пожалуйста, здесь, если вы в настоящее время участвуете в программе Molina Integration (обратите внимание на буквы MINT в Вашей медицинской идентификационной карточке) и ПОЛЬЗОВАЛИСЬ в течение этого месяца каким-то видом медицинского обслуживания (посещения врача, отделения неотложной помощи и др.).

Ваша подпись: _____

Дата: _____

Сложите форму так, чтобы наш служебный адрес находился снаружи, и отправьте нам по почте (почтовая марка не нужна),

ИЛИ

передайте по факсимильной связи по телефону: 360-725-2144.