Washington State Department of Social & Health Services

MAA Medical Assistance Administration

請沿此線剪下 請沿此線剪下

華盛頓醫療補助整合合作夥伴

Washington Medicaid Integration Partnership

請求除名/退出

[X] 我對現在所受到的健康照顧感到滿意，已不想再隸屬於「華盛頓醫療補助整合合作夥伴 (WMIP) 計劃」當中。

我的姓名是：_____

我的PIC、專案或協助單位號碼是：_____

我的出生日期是：_____

我的社會安全號碼是：_____

☐ 如果您現在屬於「Molina 醫療補助」的一員 (請在您的「醫療 ID 卡」上查看是否有「MINT」這個字)，同時您本月**份沒**有接受任何醫療服務 (包括醫生診查、使用急診室等等)，請在此打勾。

☐ 如果您現在屬於「Molina 醫療補助」的一員 (請在您的「醫療 ID 卡」上查看是否有「MINT」這個字)，同時您本月份有接受一**些**醫療服務 (包括醫生診查、使用急診室等等)，請在此打勾。

請簽名：_____

日期：_____

請將此表格對折妥當，將附有公司回信地址的那面朝外，寄回來給我們。
(郵資已付。)

請沿此線剪下 請沿此線剪下