

個人參保申請表



1

如需參保 SCAN Health Plan，請提供以下資訊：

請勾選您要參加的計劃：

SCAN Classic (HMO)

- 001 文圖拉郡每月 \$29
- 006 洛杉磯郡每月 \$0
- 007 橘郡每月 \$0
- 008 河濱郡每月 \$0
- 009 聖伯納迪諾郡每月 \$0
- 019 舊金山郡每月 \$35
- 020 聖塔克拉拉郡每月 \$54
- 052 拿帕郡和索諾馬郡每月 \$34
- 069 斯坦尼斯勞斯郡每月 \$0

SCAN Compass (HMO)

- 074 拿帕郡和索諾馬郡每月 \$25

SCAN Balance (HMO SNP)

- 034 洛杉磯郡和橘郡每月 \$0
- 054 拿帕郡和索諾馬郡每月 \$38
- 070 斯坦尼斯勞斯郡每月 \$0

SCAN Heart First (HMO SNP)

- 028 橘郡每月 \$0
- 033 河濱郡和聖伯納迪諾郡每月 \$0
- 053 拿帕郡和索諾馬郡每月 \$38

SCAN Classic II (HMO)

- 064 洛杉磯郡每月 \$39

SCAN Options (HMO)

- 073 聖塔克拉拉郡每月 \$0

SCAN Prime (HMO)

- 065 洛杉磯郡每月 \$25
- 066 橘郡每月 \$26
- 067 河濱郡每月 \$23
- 068 聖伯納迪諾郡每月 \$23

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO)

- 005 聖地牙哥郡每月 \$0

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO)

- 004 聖地牙哥郡每月 \$74

Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP)

- 055 聖地牙哥郡每月 \$26

Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO)

- 040 聖地牙哥郡每月 \$32.00

SCAN Plus (HMO)

- 045 洛杉磯郡、橘郡、河濱郡、聖伯納迪諾郡、舊金山郡和文圖拉郡，每月 \$32.00
- 071 斯坦尼斯勞斯郡每月 \$32.00
- 072 聖塔克拉拉郡每月 \$32.00

SCAN Healthy at Home (HMO SNP)

- 006 洛杉磯郡、橘郡、河濱郡和聖伯納迪諾郡每月 \$0

SCAN Connections (HMO SNP)

- 010 洛杉磯郡、河濱郡和聖伯納迪諾郡每月 \$0

SCAN Connections at Home (HMO SNP)

- 029 洛杉磯郡每月 \$0
- 030 河濱郡每月 \$0
- 031 聖伯納迪諾郡每月 \$0



1 如需參保 SCAN Health Plan，請提供以下資訊：（續）

姓：

名： 中間名縮寫 先生 夫人 女士

出生日期： / / 月 月 日 日 年 年 年 年 性別： 男 女

住宅電話號碼： () -

電子郵件地址：

請選擇您希望收取計劃資訊的方式：

勾選此處即表示您希望線上獲取 C 部份福利說明 (EOB) 和年度更改通知 (ANOC)，而非透過美國郵政獲取。每當可獲取這些文件時，您都將收到一封電子郵件。您可以隨時改回使用美國郵政。

永久居住地址（不允許使用郵政信箱）：

城市： 州： 郵遞區號：

郵寄地址（僅在與您的永久居住地址不同時才需填寫）：

街道地址：

城市： 州： 郵遞區號：

緊急聯絡人（選填）：

電話號碼： () -

與您的關係：

如果您希望獲取除英語外的其他語言版本的資訊，請勾選以下的一個方塊。

語言： 西班牙文 繁體中文

如果您需要以上所列之外的其他語言或無障礙格式（例如音訊版或大號字體版）的資訊，請致電 1-800-559-3500（聽障專線：711）聯絡 SCAN Health Plan。10 月 1 日至 3 月 31 日期間的服務時間為早上 8 點至晚上 8 點，每週七天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。在節假日及營業時間之外收到的訊息將在一個工作日內回覆。

2 請提供您的 Medicare 保險資訊

請取出您的紅白藍 Medicare 卡以填寫此部份。

- 請按您 Medicare 卡上所示填寫此資訊。

—或—

- 附上您的 Medicare 卡副本或社會保障局/鐵路職工退休委員會給您的信函。

姓名（如您 Medicare 卡上所示）：

Medicare 號碼：

有權享有： 生效日期：

醫院保險 (A 部份)： / /

醫療保險 (B 部份)： / /

您必須擁有 Medicare A 部份及 B 部份，才能參加 Medicare Advantage 計劃。



4

請閱讀並回答以下重要問題

- 1 您是否患有晚期腎病 (ESRD) ? 是 否

若您已順利進行腎臟移植手術和/或您已不再需要進行定期透析，請附上醫生提供的說明或記錄，證明您已順利進行腎臟移植手術或不需要透析服務，否則我們可能需要聯絡您，以取得額外資訊。

- 2 有些人可能擁有其他藥物保險，包括其他私人保險、TRICARE、聯邦政府員工健康福利保險、VA 福利或州政府醫藥補助計劃。您是否擁有除了 SCAN Health Plan 之外的其他處方藥保險？ 是 否

若選擇「是」，請列出您的其他保險和用於該保險的身份 (ID) 號碼：

其他保險的名稱：

用於該保險的 ID 號碼： 用於該保險的團體號碼：

3. 您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者？ 是 否

若選擇「是」，請提供以下資訊：

機構名稱：

機構的地址和電話號碼（門牌號碼和街道）：

4. 您是否已加入您居住地的州政府 Medicaid 計劃？ 是 否

若選擇「是」，請提供您的 Medicaid 號碼：

5. 您或您的配偶是否在工作？ 是 否

6. 僅限參保 Heart First (HMO SNP) 計劃的會員填寫。若參加任何其他計劃，請跳過這一題。
您的醫生是否診斷出您患有以下其中一種疾病？

充血性心力衰竭 是 否 冠狀動脈疾病 是 否

心律失常 是 否 周邊血管疾病 是 否

慢性靜脈血栓栓塞症 是 否

7. 僅限參保 SCAN Balance (HMO SNP) 計劃的會員填寫。若參加任何其他計劃，請跳過這一題 是 否

您的醫生是否診斷出您患有糖尿病？

請選擇主治醫生 (PCP) 和醫療團體的名稱：

您是否是該醫生的現有患者？ 是 否



5

請閱讀以下重要資訊

停

若您目前擁有僱主或工會提供的健康保險，加入 SCAN Health Plan 可能會影響您的僱主或工會健康福利。若您加入 SCAN Health Plan，您可能會失去您的僱主或工會健康保險。請閱讀僱主或工會傳送給您的函件。若您有疑問，請瀏覽其網站或與函件上列出的辦事處聯絡。如未提供任何聯絡人資訊，請洽詢您的福利管理員或任何能夠回答承保有關問題的辦事處人員。

6

請仔細閱讀並在下方簽名

填寫本參保申請表，即表明我同意以下內容：

SCAN Health Plan 是一項與聯邦政府簽有合約的 Medicare Advantage 計劃。我必須保持我的 Medicare A 部份和 B 部份資格。我一次僅可參保一項 Medicare Advantage 計劃，並且我理解參保此計劃將自動終止參保其他 Medicare 健康計劃或處方藥計劃的資格。我有責任告知計劃我所擁有的或在將來可能獲得的任何處方藥保險。參加此計劃通常為期一整年。一旦我參加，我只能在年中開放註冊的某些時間（例如，每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日），或在某些特殊情況下才能退出計劃或做出變更。

SCAN Health Plan 為特定的服務區域提供服務。若我搬離 SCAN Health Plan 的服務區域，我需要通知計劃以便退保和在新區域尋找新的計劃。一旦我成為 SCAN 的成員，若我不同意計劃對付款或服務所做的決定，我有權提出上訴。我將在收到 SCAN 的承保範圍說明書文件後仔細閱讀該文件，以瞭解要獲得此 Medicare Advantage 計劃的承保，我必須遵守哪些規則。我理解，除美國邊界附近的有限範圍之外，身在國外的 Medicare 計劃成員通常無法獲得 Medicare 保險。

我瞭解，從 SCAN 保險生效的日期開始，我所有的醫療保健服務皆須自 SCAN 取得，緊急服務、急症治療服務或區域外透析服務除外。SCAN 授權的服務及 SCAN 承保範圍說明書文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中涵蓋的其他服務皆在承保範圍內。未經授權，MEDICARE 或 SCAN 均不會為服務付費。

我瞭解，若我接受銷售代理、經紀人或受雇於 SCAN 或與其訂有合約的其他個人之幫助，他/她可能會因我參保 SCAN 而取得報酬。

資訊披露：加入此 Medicare 健康計劃，即表明我確知，出於治療、支付和醫療保健運作方面的原因，SCAN 在必要時將向 Medicare 及其他計劃披露我的資訊。我也確知，SCAN 將向 Medicare 披露我的資訊（包括我的處方藥事件資料），而 Medicare 可能出於研究目的或符合所有適用聯邦法令和法規的其他目的披露該資訊。就我所知，本參保表上的資訊正確無誤。我瞭解，若我有意在此表上提供虛假資訊，我將被計劃除名。

我瞭解，我（或根據所在州之法律取得授權的代表人）在此申請表上簽名即表示我已閱讀並瞭解此申請表的內容。若由授權代表（如上所述）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： _____ 今天的日期： - -

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：



參保期資格合格證明

通常，您只能在每年 10 月 15 日到 12 月 7 日的年度參保期內參保 Medicare Advantage 計劃。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。

請詳閱下列聲明，並且勾選其中與您的情況相符的聲明。勾選下列任一方塊即表示，據您所知的範圍內，您符合參保期的資格。如果我們日後判定此項資訊不正確，您可能會遭到退保。

- 我是初次參保 Medicare。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間變更計劃。
- 我最近搬離了現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是新的選項。
我搬家的日期是： / /
- 我最近被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是： / /
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。
我回到美國的日期是： / /
- 我最近獲得了美國的合法居留身份。我獲得此身份的日期是： / /
- 我的Medicaid最近發生了變化（剛開始參保Medicaid、Medicaid援助等級發生變化或喪失Medicaid資格），發生變化的日期為：
 / /
- 我支付 Medicare 處方藥保險的額外補助情況最近發生了變化（剛開始獲得額外補助、額外補助等級發生變化或失去額外補助資格），發生變化的日期為： / /
- 我同時擁有 Medicare 和 Medicaid（或我所在的州政府幫助支付我的 Medicare 保費），或者我享有額外補助以支付 Medicare 處方藥保險，且我的情況沒有發生變化。
- 我即將搬入、居住於或於最近搬出長期護理機構（例如療養院或長期護理機構）。我（將）搬入/搬出該機構的日期是： / /
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是： / /
- 我最近非自願性地喪失了有信譽度的處方藥保險（與 Medicare 同等級的保險）。
我喪失藥物保險的日期是： / /
- 我將要退出雇主或工會保險，退出日期是： / /
- 我受居住地之州政府提供的藥房協助計劃承保。
- 我的計劃即將終止與 Medicare 的合約，或者 Medicare 即將終止與該計劃的合約。
- 我透過 Medicare（或我所在的州）參保了一項計劃，但我想選擇另一種不同的計劃。我參保前一項計劃的日期是：
 / /
- 我曾參保 Special Needs Plan (SNP)，但現已失去了參保該計劃所需的特殊需求資格。我被 SNP 退保的日期是：
 / /
- 我曾受到與氣候相關的緊急狀況或重大災害（由聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 發佈）的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於自然災害，我無法參保。

若以上描述皆不符合您的情況，或您不確定是否符合，請聯絡 SCAN Health Plan，電話：1-800-559-3500（聽障專線：711）。

僅限辦事處使用	
NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	REC'D DATE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enrollee's preferred spoken language (if other than English):	<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#

