

2021 年個人參保申請表



此表格適用於什麼人士？

適用於享有 Medicare 且想加入 Medicare Advantage 計劃的人士

若要加入一項計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 居住在計劃的服務區域內

重要提示：若要加入 Medicare Advantage 計劃，您必須同時擁有：

- Medicare A 部份 (住院保險)
- Medicare B 部份 (醫療保險)

我需要在何時使用此表格？

您可以加入一項計劃時：

- 每年 10 月 15 日 - 12 月 7 日之間 (保險生效時間為次年 1 月 1 日)
- 首次參保 Medicare 的 3 個月內
- 您可以加入或更換計劃的某些情況下

請瀏覽 Medicare.gov 瞭解您在可以註冊加入一項計劃時的更多資訊。

我需要為填寫此表格準備什麼？

- 您的 Medicare 號碼 (您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久居住地址和電話號碼

註：您必須填寫第 1 部份的所有項目。您可自願選擇是否填寫第 2 部份的項目，即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

在此提醒您：

- 如果您想要在秋季開放參保期 (10 月 15 日 - 12 月 7 日) 加入一項計劃，則該計劃必須在 12 月 7 日之前收到您填好的表格。
- 您的計劃將向您發出該計劃保費的賬單。您可以選擇進行註冊，以便從您的銀行賬戶或您的每月社會保障局 (或鐵路職工退休委員會) 福利金中扣繳您的保費。

接下來會如何進展？

將填妥並已簽名的表格郵寄至：

SCAN Health Plan
Attention: Enrollment and Reconciliation
PO BOX 22616
LONG BEACH CA 90801

他們在處理完您加入本計劃的申請便會聯絡您。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 SCAN Health Plan，電話 **1-800-559-3500**，聽障人士可致電 (聽障專線：711)。
或者致電 Medicare 專線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障人士可致電 1-877-486-2048。

En español: Llame a SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

根據 1995 年的「文書削減法案」(Paperwork Reduction Act)，任何人皆無須對資訊收集作出回應，除非其顯示了有效的 OMB 控制號碼。此資訊收集的有效 OMB 控制號碼為 0938-NEW。完成此資訊所需的時間預計平均為 20 分鐘 (每次回應)，包含瀏覽說明、搜尋現有資料資源、收集所需資料，以及完成並檢查該資訊收集的時間。如果您對預估時間的準確性有任何意見，或有改善此表格的建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

Y0057_SCAN_12110_2020_C 08192020

R1563 08/20 21F_ENFORMCH



選擇您想要加入的計劃：**SCAN Classic (HMO)**

- 001 文圖拉郡，每月 \$19
- 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 \$59

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 \$31.50

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 \$31.50
- 071 斯坦尼斯勞斯郡，每月 \$31.50
- 072 聖塔克拉拉郡，每月 \$31.50

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)

- 030 洛杉磯郡、河濱郡和聖伯納迪諾郡，每月 \$0

重要提示

請勿將此表格或帶有您個人資訊的任何填寫項目 (如賠付要求、付款、醫療記錄等) 郵寄到 PRA Reports Clearance Office。我們將銷毀與改善此表格或其收集負擔無關的任何項目 (如 OMB 0938-1378 中所述)。對於這些項目，我們不會保留、審查或將其轉寄至計劃。請參見此頁面中的「接下來會怎樣？」以將填妥的表格郵寄至計劃。

OMB 號碼 0938-1378 有效期至：7/31/2023



1

本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）（續）

姓：名： 中間名縮寫：出生日期： / / 性別： 男 女
月 月 日 日 年 年 年 年電話號碼： () -

永久居住街道地址（不可填寫郵政信箱號）：

城市： 州： 郵遞區號：

郵寄地址，如與您的永久居住地址不同（可填寫郵政信箱號）：

街道地址：城市： 州： 郵遞區號：

您的 Medicare 資訊：

Medicare 號碼： -

請回答以下重要問題：

您是否擁有除了 SCAN Health Plan 之外的其他處方藥保險（如 VA、TRICARE）？ 是 否其他保險的名稱：此保險的會員號碼： 此保險的團體號碼 您是否已加入您居住地的州政府 Medi-Cal (Medicaid) 計劃？ 是 否若選擇「是」，請提供您的 Medi-Cal (Medicaid) 號碼：

僅限參保 SCAN Heart First (HMO SNP) 計劃的會員填寫。

您的醫生是否診斷出您患有以下其中一種疾病？

- | | | |
|------------|----------------------------|----------------------------|
| 充血性心臟衰竭 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 冠狀動脈疾病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 心律失常 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 週邊血管疾病 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |
| 慢性靜脈血栓性阻塞症 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 |

僅限參保 SCAN Balance (HMO SNP) 計劃的會員填寫。

您的醫生是否診斷出您患有糖尿病？ 是 否

1 本頁中的所有欄位均為必填欄位 (除非標記為選填項) (續)

重要提示：閱讀並簽署以下內容：

- 我必須保留住院保險 (A 部份) 和醫療保險 (B 部份) 才能繼續參保 SCAN Health Plan。
- 加入此 Medicare Advantage 計劃，即表示我承認 SCAN Health Plan 將與 Medicare 分享我的資訊，Medicare 可能會使用這些資訊來追蹤我的參保、付款以及用於授權收集這些資訊的聯邦法律允許的其他目的 (請參見下文的《隱私法聲明》)。
- 您對此表格的回應是自願的。但如果您不回應，可能會影響您參保此計劃。
- 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，我將被計劃退保。
- 我瞭解，即使已參保 Medicare，出國期間通常仍無法享有 Medicare 承保，在美國邊界附近可享有的有限承保除外。
- 我瞭解，當我的 SCAN Health Plan 保險生效後，我所有的醫療和處方藥福利皆須自 SCAN Health Plan 取得。SCAN Health Plan 提供及 SCAN Health Plan「承保範圍說明書」文件 (亦稱為會員合約或保戶協議) 中涵蓋的所有福利和服務皆在承保範圍內。對於不在承保範圍內的福利或服務，Medicare 和 SCAN Health Plan 均不會支付相關費用。
- 我理解，我 (或取得合法授權代表我行事的個人) 在此申請表上簽名即表示本人已閱讀並瞭解此申請表的內容。如由授權代表簽署 (如上所述)，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：_____

今日日期：|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

若您是授權代表，請在上方簽名並填寫以下資訊：

姓名：	地址：
電話號碼：	與參保者的關係：

2 此頁所有欄位均為選填項

您可以選擇性地回答以下問題。即便您選擇不填寫，也不會被拒絕承保。

若您希望我們給您寄送非英文版的資訊，請選擇以下的一個方塊。 <input type="checkbox"/> 西班牙文 <input type="checkbox"/> 中文	
如果您希望我們向您寄送無障礙格式的資訊，請選擇以下的一個方塊。 <input type="checkbox"/> 盲文 <input type="checkbox"/> 大字版 <input type="checkbox"/> 音訊 CD	
除了以上格式之外，如果您需要其他無障礙格式的資訊，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，上午 8 點至晚上 8 點。聽障人士可致電聽障專線：711。	
您是否有工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您的配偶是否有工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：	您目前是該醫生的病人嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
我想透過電子郵件獲取以下資料。 <input type="checkbox"/> 勾選此處即表示您希望從線上獲取 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。	
電子郵件地址：_____	



3

支付您的計劃保費

您可以每月透過郵寄、電子資金轉賬 (EFT) 或信用卡來支付您的月繳計劃保費 (包括您當前已欠付或可能欠付的任何逾期參保罰金)。您也可以選擇每月透過社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金自動扣繳保費。

如您需支付 D 部份按收入每月調整保費 (D 部份-IRMAA)，除了計劃保費，您還必須繳納這筆額外金額。這筆金額通常從您的社會保障局福利金中扣除，或者您可能會收到 Medicare (或 RRB) 發出的一份賬單。請勿向 SCAN Health Plan 支付 D 部份-IRMAA。

如果您未選擇付款方式，您每個月都會收到賬單。

請選擇一項保費付款方式：

收取賬單。

每月從您的銀行賬戶進行電子資金轉賬 (EFT)。請隨附一張作廢的支票或提供以下資訊：

賬戶持有人姓名：

銀行代碼：

銀行賬號：

帳戶類型： 支票賬戶 儲蓄賬戶

信用卡/借記卡。請提供以下資訊：卡片類型： VISA M/C AMEX Discover

卡片上的賬戶持有人姓名：

賬號：

到期日期： / (月/年) 安全碼：

每月自動從您的社會保障局或鐵路職工退休委員會 (RRB) 福利金支票扣繳。

我透過以下來源獲得每月福利：

社會保障局

RRB

社會保障局或 RRB 批准扣繳後，可能需要兩個月或更長時間才會生效。在多數情況下，如果社會保障局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次透過社會保障局或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從參保生效日起到扣繳日止的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會保障局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。

隱私法聲明

Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 從 Medicare 計劃收集資訊以跟進受益人參保 Medicare Advantage (MA) 或處方藥計劃 (PDP)、改善護理和支付 Medicare 福利等事宜。《社會保障法》第 1851 和 1860D-1 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條、第 422.60 條、第 423.30 條和第 423.32 條均授權收集此類資訊。CMS 可根據系統記錄通知 (SORN) 「Medicare Advantage 處方藥 (MARx)」(系統編號 09-70-0588) 中的規定使用、披露和交換來自 Medicare 受益人的參保資料。您對此表格的回應是自願的。但如果您不回應，可能會影響您參保此計劃。



參保期資格合格證明

年度參保期自 10 月 15 日至 12 月 7 日。以下列出可在上述期間以外參保 Medicare Advantage 計劃的例外情形。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。

- 我是初次投保 Medicare。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，並且希望在 Medicare Advantage 開放參保期 (MA OEP) 期間更換計劃。
- 我最近剛搬離現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃為我帶來了全新的選擇。
我搬家的日期是： / /
- 我最近剛被刑滿釋放。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。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同等級的處方藥保險 (與 Medicare 有類似承保內容的保險)。
我喪失藥物保險的日期是： / /
- 我將退出雇主或工會保險，退出日期是： / /
- 我受居住地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。
- 我已參保 Medicare Advantage 計劃，由於財政問題，該計劃最近由州或者地區監管機構接管。
- 最近 3 年我已參保評級至少為 3 星級的 Medicare Advantage 計劃。

INTERNAL OFFICE USE ONLY		
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#
Emergency Contact (optional):	Phone Number:	Relationship to you:

