

MẪU YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN NĂM 2025



Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Những người có Medicare muốn tham gia SCAN Connections (HMO D-SNP) hoặc SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

Để tham gia một trong các chương trình này, quý vị phải:

- Là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ.
- Sống tại khu vực dịch vụ của chương trình

Quan trọng: Để tham gia một trong các chương trình này, quý vị cũng phải có:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)
- Quyền Lợi Medi-Cal Đầy Đủ

Khi nào tôi sử dụng mẫu đơn này?

Quý vị có thể tham gia chương trình:

- Từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 hằng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu từ ngày 1 tháng 1)
- Trong vòng 3 tháng kể từ lần đầu nhận Medicare
- Trong một số trường hợp khi quý vị được phép tham gia hoặc đổi chương trình

Vui lòng truy cập trang Medicare.gov để tìm hiểu thêm về thời điểm quý vị có thể đăng ký chương trình.

Tôi cần những gì để hoàn thành mẫu đơn này?

- Số Medicare của quý vị (số trên thẻ Medicare đỏ, trắng và xanh dương)
- Địa chỉ thường trú và số điện thoại của quý vị
- Số Medi-Cal của quý vị (số trên thẻ Medi-Cal màu xanh dương và trắng)

Lưu ý: Quý vị phải hoàn thành tất cả các mục trong Phần 1. Các mục trong Phần 2 là tùy chọn – quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền vào.

Nhắc nhở:

- Nếu quý vị muốn tham gia chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12) thì chương trình phải nhận được mẫu đơn đã điền đầy đủ thông tin của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.

Điều gì sẽ xảy ra kế tiếp?

Gửi mẫu đơn đã điền và ký của quý vị đến:

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

Sau khi họ xử lý yêu cầu tham gia của quý vị, họ sẽ liên lạc với quý vị.

Làm cách nào để nhận trợ giúp về mẫu đơn này?

Gọi SCAN Health Plan theo số **1-800-559-3500**, người dùng TTY có thể gọi (TTY: 711).

Hoặc gọi Medicare tại 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY có thể gọi số 1-877-486-2048.

Các cá nhân gặp phải tình trạng vô gia cư

Nếu quý vị muốn tham gia chương trình nhưng không có địa chỉ thường trú thì Hòm Thư Bưu điện, địa chỉ nơi tạm trú hoặc phòng khám, hoặc địa chỉ nơi quý vị nhận thư (như séc an sinh xã hội) có thể được cân nhắc làm địa chỉ thường trú của quý vị.

Theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ năm 1995, không ai bắt buộc phải hồi đáp việc thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó có số kiểm soát OMB hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ đối với việc thu thập thông tin này là 0938-1378. Thời gian dự kiến cần để hoàn thành mẫu thông tin này là trung bình 20 phút cho mỗi hồi đáp, bao gồm thời gian xem hướng dẫn, tìm kiếm nguồn dữ liệu sẵn có và thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem lại mẫu thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào về độ chính xác của (các) khoảng thời gian dự kiến hay các gợi ý để cải thiện mẫu đơn này, vui lòng gửi thư tới: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. OMB No. 0938-1378 Expires: 6/30/2026

1

Tất cả các trường trong phần này là bắt buộc (trừ phi được đánh dấu là không bắt buộc)

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:

SCAN Connections (HMO D-SNP)

- 001 Quận Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego \$0 mỗi tháng

SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

- 002 Quận Los Angeles, Riverside, San Bernardino và San Diego \$0 mỗi tháng

QUAN TRỌNG

Không gửi mẫu đơn này hoặc bất kỳ mục nào có thông tin cá nhân của quý vị (chẳng hạn như yêu cầu bồi thường, khoản thanh toán, hồ sơ y tế, v.v.) đến Văn phòng Thông qua Báo cáo theo Đạo luật Cắt giảm Thủ tục Giấy tờ (PRA). Bất kỳ mục nào chúng tôi nhận được không liên quan đến cách cải thiện mẫu đơn này hoặc gánh nặng thu thập (nêu trong OMB 0938-1378) sẽ bị hủy. Những mục đó sẽ không được lưu giữ, xem xét hoặc chuyển tiếp đến chương trình. Xem phần "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang trước để gửi biểu mẫu đã hoàn thành của quý vị đến chương trình.



QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên xuống bên dưới:

- Tôi hiểu rằng tôi phải hủy ghi danh Medi-Cal của mình khỏi SCAN Health Plan nếu tôi chọn nhận các dịch vụ từ bất kỳ chương trình nào nêu trên
- Tôi phải giữ cả bảo hiểm Bệnh viện (Phần A) và Y tế (Phần B) để tiếp tục tham gia SCAN Health Plan.
- Bằng cách tham gia Chương trình Medicare Advantage này, tôi xác nhận rằng SCAN Health Plan sẽ chia sẻ thông tin của tôi với Medicare, và Medicare có thể sử dụng thông tin đó để theo dõi việc ghi danh của tôi, để thanh toán và cho các mục đích khác được phép theo luật Liên bang cho phép thu thập thông tin này (xem Tuyên bố về Đạo luật Bảo vệ Quyền riêng tư bên dưới). Phản hồi của quý vị cho mẫu đơn này dựa trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.
- Tôi hiểu rằng tôi chỉ có thể được ghi danh tham gia một chương trình MA mỗi lần – và việc ghi danh tham gia chương trình này sẽ tự động chấm dứt quyền ghi danh tham gia chương trình MA khác của tôi (các trường hợp ngoại lệ áp dụng cho các chương trình MA PFFS, MA MSA)
- Tôi hiểu rằng khi bảo hiểm SCAN Health Plan của tôi bắt đầu, tôi phải nhận được tất cả các phúc lợi y tế và thuốc kê toa của mình từ SCAN Health Plan. Các quyền lợi và dịch vụ do SCAN Health Plan cung cấp và được đề cập trong tài liệu Sổ Tay Thành Viên SCAN Health Plan (Chứng Từ Bảo Hiểm) của tôi (hay còn được gọi là hợp đồng của hội viên hoặc thỏa thuận đăng ký) sẽ được bảo hiểm. Cả Medicare và SCAN Health Plan đều không thanh toán cho các phúc lợi hoặc dịch vụ không được bao trả.
- Tôi cho phép quận nơi tôi cư trú tiết lộ thông tin liên quan đến tình trạng Medi-Cal của tôi cho nhân viên của SCAN Health Plan, Quận, Tiểu bang hoặc Liên bang khi công việc của họ yêu cầu phải tiếp cận những thông tin này để xác định hoặc duy trì tính đủ điều kiện tham gia chương trình bảo hiểm SCAN của tôi. Tôi hiểu rằng, về mặt pháp lý, tôi không bắt buộc phải cho phép tiết lộ thông tin này nhưng nếu tôi không cho phép, tôi sẽ không đủ điều kiện tham gia SCAN Medicare/Medi-Cal Plan. Tôi hiểu rằng sự cho phép này sẽ hết hiệu lực sau một năm kể từ ngày tôi ký tên.
- Nếu tôi chuyển ra khỏi khu vực dịch vụ thì tôi sẽ cần phải thông báo cho SCAN để hủy ghi danh. Khu vực dịch vụ của SCAN là danh sách các quận được phê duyệt có trong Sổ Tay Thành Viên (Chứng Từ Bảo Hiểm).
- Thông tin ghi trên mẫu đơn ghi danh này là chính xác theo tất cả những gì tôi biết. Tôi hiểu rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin sai lệch vào mẫu đơn này, tôi sẽ bị hủy ghi danh khỏi chương trình.
- Nếu tôi muốn hủy ghi danh tham gia SCAN thì tôi có thể gọi và yêu cầu gửi biểu mẫu hủy ghi danh qua đường bưu điện cho tôi. Tôi không phải đến trực tiếp để hủy ghi danh. Ở những thời điểm khác, có thể xảy ra trường hợp hủy ghi danh khác.
- Theo đây, tôi ghi danh tham gia SCAN Health Plan, để SCAN có thể quản lý các phúc lợi Medi-Cal của tôi, và khi đó tôi có thể nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua SCAN. Tôi hiểu rằng Medi-Cal của tôi sẽ được chuyển nhượng sang cho SCAN trừ khi tôi không còn đủ điều kiện hưởng Medi-Cal hoặc tự nguyện hủy ghi danh, và Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe có thể mất từ 15 – 45 ngày để chính thức hủy ghi danh Medi-Cal của tôi khỏi SCAN Health Plan.
- Tôi hiểu rằng chữ ký của tôi (hoặc chữ ký của người được ủy quyền hợp pháp thay mặt tôi) trong đơn này có nghĩa là tôi đã đọc và hiểu nội dung của đơn này. Nếu có chữ ký của người đại diện được ủy quyền (như đã mô tả ở trên), chữ ký này xác nhận rằng:
 - 1) Người này được ủy quyền theo luật pháp Tiểu bang để hoàn thành việc ghi danh và
 - 2) Tài liệu ủy quyền này sẽ được cung cấp theo yêu cầu của Medicare.

Chữ Ký: _____ **Hôm nay là Ngày:** / - / - /

Nếu quý vị là người đại diện được ủy quyền, hãy ký tên vào phần bên trên và điền vào các ô trống sau:

| | |
|----------------|---------------------------------|
| Họ tên: | Địa chỉ: |
| Số điện thoại: | Mối quan hệ với người ghi danh: |



2

Tất cả các trường trong phần này đều là không bắt buộc

Trả lời các câu hỏi này hay không là tùy thuộc vào quý vị. Quý vị không thể bị từ chối bảo hiểm vì quý vị không điền vào.

Quý vị có phải là người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc có gốc là quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha không? Chọn tất cả các đáp án phù hợp.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải là người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc có gốc là quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha | <input type="checkbox"/> Có, người Cuba |
| <input type="checkbox"/> Có, người Mexico, người Mỹ gốc Mexico, người Chicano | <input type="checkbox"/> Có, người gốc Tây Ban Nha, Latinh hoặc quốc gia nói tiếng Tây Ban Nha khác |
| <input type="checkbox"/> Có, người Puerto Rica | <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời. |

Chủng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả các đáp án phù hợp.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Địa hoặc Người Alaska Bản Xứ | <input type="checkbox"/> Người Ấn gốc Á | <input type="checkbox"/> Người Da Đen hay Người Mỹ gốc Phi |
| <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc | <input type="checkbox"/> Người Campuchia | <input type="checkbox"/> Người dân Đảo Guam hoặc Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Người Nhật | <input type="checkbox"/> Người Philipines | <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ |
| <input type="checkbox"/> Người Châu Á Khác | <input type="checkbox"/> Người Hàn | <input type="checkbox"/> Người Samoan |
| <input type="checkbox"/> Người Việt | <input type="checkbox"/> Người dân Đảo Thái Bình Dương Khác | <input type="checkbox"/> Đa Chủng Tộc |
| <input type="checkbox"/> Tôi không muốn trả lời. | <input type="checkbox"/> Người Da Trắng | <input type="checkbox"/> Không Rõ |

Đồng ý nhận email:

Địa Chỉ Email: _____

Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email:

- Bằng việc cung cấp địa chỉ email, tôi đồng ý nhận các tài liệu SCAN gửi đến theo hình thức trực tuyến thay vì gửi qua Bưu Cục Hoa Kỳ. Tôi hiểu điều này sẽ bao gồm các tài liệu như Giải Thích Quyền Lợi (EOB) Phần C và Phần D, Thông Báo Thay Đổi Hằng Năm (ANOC) Tôi có thể thay đổi lại thành thư Hoa Kỳ bất cứ lúc nào.

Đồng ý nhận thư:

Số điện thoại di động: () -

* Bằng việc cung cấp số điện thoại, tôi đồng ý nhận thư văn bản tự động và/hoặc các thư khác từ SCAN Health Plan về dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các quyền lợi hoặc vì bất kỳ mục đích nào khác. Việc đồng ý này không phải điều kiện để nhận được bất kỳ dịch vụ nào và tôi có thể hủy bỏ bất kỳ lúc nào. Có thể áp dụng cước phí gửi tin nhắn và mạng dữ liệu.

Ưu tiên Ngôn ngữ:

Chọn một ngôn ngữ nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh:

- Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Trung Tiếng Hàn Tiếng Việt

Ngôn ngữ nói ưu tiên của quý vị là gì nếu không phải tiếng Anh:

- Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Quảng Đông Tiếng Quan thoại Tiếng Hàn Tiếng Việt

Chọn một định dạng nếu quý vị muốn chúng tôi gửi thông tin cho quý vị bằng một định dạng dễ sử dụng:

- Chữ nổi Braille Bản in khổ chữ lớn CD Âm Thanh CD Dữ Liệu

Vui lòng liên lạc SCAN Health Plan theo số 1-800-559-3500 (TTY: 711) nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ sử dụng khác với những loại được liệt kê trên. Giờ làm việc của văn phòng từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày mỗi tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Người dùng TTY có thể gọi TTY 711.

Quý vị có đi làm không? Có Không

Vợ/chồng/bạn đời quý vị có đi làm không? Có Không



| | |
|--|---|
| Tôi không có bác sĩ chăm sóc chính ưu tiên. Vui lòng tự động chỉ định cho tôi một bác sĩ chăm sóc chính có hợp đồng với SCAN. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |
| Liệt kê Bác Sĩ Chăm Sóc Chính (PCP), phòng khám hoặc trung tâm y tế của quý vị: _____ | |
| Mã Số Của Bác Sĩ Chăm Sóc Chính: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> | Mã Số Của Nhóm Y Tế: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Hiện tại quý vị có phải là bệnh nhân của bác sĩ này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | |

CHỈ DÀNH CHO CÁC CÁ NHÂN GIÚP NGƯỜI GHI DANH ĐIỀN BIỂU MẪU NÀY

| | |
|---|--|
| Điền phần này nếu quý vị là một cá nhân (tức là đại lý, nhà môi giới, cố vấn SHIP, thành viên gia đình hoặc các bên thứ ba khác) giúp người ghi danh điền vào biểu mẫu này. | |
| Tên: | Mối Quan Hệ Với Người Ghi Danh: |
| Chữ Ký: | Số nhà sản xuất quốc gia (chỉ dành cho Đại Lý/Nhà Môi Giới): |

TUYÊN BỐ VỀ ĐẠO LUẬT BẢO VỆ QUYỀN RIÊNG TƯ

Trung tâm Dịch vụ Medicare & Medicaid (CMS) thu thập thông tin từ các chương trình Medicare để theo dõi việc người thụ hưởng ghi danh Medicare Advantage (MA), cải thiện dịch vụ chăm sóc và để thanh toán các phúc lợi Medicare. Phần 1851 của Đạo luật An sinh Xã hội, cũng như 42 CFR §§ 422.50 và 422.60 cho phép thu thập thông tin này. CMS có thể sử dụng, tiết lộ và trao đổi dữ liệu ghi danh từ những người thụ hưởng Medicare như được quy định trong Thông báo về Hệ thống Hồ sơ (SORN) "Thuốc kê toa Medicare Advantage (MARx)", Hệ thống số 09-70-0588. Phản hồi của quý vị cho mẫu đơn này dựa trên tinh thần tự nguyện. Tuy nhiên, việc không phản hồi có thể ảnh hưởng đến việc ghi danh vào chương trình.

Y0057_SCAN_21739_2025_M 02272025

Xác nhận tình trạng đủ điều kiện hưởng một giai đoạn ghi danh

Thông thường, quý vị chỉ được ghi danh vào chương trình Medicare Advantage trong giai đoạn ghi danh hằng năm từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12 mỗi năm. Có những trường hợp ngoại lệ cho phép quý vị được ghi danh tham gia chương trình Medicare Advantage ngoài giai đoạn này. Xin đọc cẩn thận những câu sau đây rồi đánh dấu vào ô nếu câu đó phù hợp với quý vị. Bằng việc chọn bất kỳ ô nào sau đây, quý vị xác nhận rằng, theo tất cả những gì quý vị biết, quý vị đủ điều kiện để được hưởng một Giai đoạn Ghi danh. Nếu sau này chúng tôi biết được rằng thông tin đó không chính xác, quý vị có thể sẽ bị hủy ghi danh.

- Tôi là hội viên mới của Medicare.⁽¹⁾
- Tôi ghi danh vào một chương trình Medicare Advantage và muốn thay đổi trong Khoảng Thời Gian Ghi Danh Mở Vào Medicare Advantage (MA OEP).⁽²⁾
- Gần đây, tôi đã chuyển ra ngoài khu vực dịch vụ của chương trình tôi đang tham gia hoặc gần đây tôi đã chuyển nhà và chương trình này là một lựa chọn mới của tôi. ôi đã chuyển nhà vào:⁽³⁾ / /
- Gần đây tôi đã được thả ra sau khi bị giam giữ. Tôi đã được thả ra vào:⁽⁴⁾ / /
- Tôi mới trở về Hoa Kỳ sau một thời gian sống lâu bên ngoài Hoa Kỳ. Tôi trở lại Hoa Kỳ vào:⁽⁵⁾ / /
- Tôi mới được nhận tình trạng hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ. Tôi đã có được tình trạng này vào:⁽⁶⁾ / /
- Tôi mới có thay đổi về Medicaid (mới nhận Medicaid, đã thay đổi mức hỗ trợ của Medicaid, hoặc mất Medicaid) vào:⁽⁷⁾ / /



Xác nhận tình trạng đủ điều kiện hưởng một Giai Đoạn Ghi Danh (tiếp theo)

- Tôi mới có thay đổi về Trợ Cấp Đặc Biệt thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare (mới nhận Trợ Cấp Đặc Biệt, đã thay đổi mức Trợ Cấp Đặc Biệt, hoặc mất Trợ Cấp Đặc Biệt) vào: ⁽⁸⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Tôi có cả Medicare và Medicaid (hoặc tiểu bang của tôi giúp thanh toán phí bảo hiểm Medicare của tôi) hoặc tôi nhận được Trợ Cấp Đặc Biệt để thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare của mình, nhưng chưa có thay đổi. ⁽⁹⁾
- Tôi chuyển vào, sống ở hoặc gần đây đã dọn ra khỏi Cơ Sở Chăm Sóc Dài Hạn (ví dụ như viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã/sẽ chuyển vào/ra khỏi cơ sở vào: ⁽¹⁰⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Gần đây tôi đã rời khỏi chương trình PACE vào: ⁽¹¹⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Gần đây, tôi đã vô tình để mất bảo hiểm thuốc kê toa đáng tin cậy (bảo hiểm tốt ngang với bảo hiểm của Medicare) của tôi. Tôi đã mất bảo hiểm thuốc của mình vào: ⁽¹²⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Tôi đã rút khỏi bảo hiểm của chủ lao động hoặc công đoàn của mình vào: ⁽¹³⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Tôi thuộc chương trình trợ cấp tiền thuốc do tiểu bang của tôi cung cấp. ⁽¹⁴⁾
- Chương trình của tôi sẽ kết thúc hợp đồng với Medicare, hoặc Medicare sẽ kết thúc hợp đồng với chương trình của tôi. ⁽¹⁵⁾
- Tôi đã được Medicare (hoặc tiểu bang của tôi) ghi danh vào một chương trình và tôi muốn chọn một chương trình khác. Tôi bắt đầu ghi danh chương trình đó vào: ⁽¹⁶⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Tôi được ghi danh vào một Chương Trình Nhu Cầu Đặc Biệt (SNP) nhưng tôi đã không còn đáp ứng tiêu chuẩn tham gia chương trình nhu cầu đặc biệt mà chương trình đó đòi hỏi nữa. Tôi bị hủy ghi danh khỏi SNP vào: ⁽¹⁷⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] []
- Tôi đã bị ảnh hưởng bởi trường hợp khẩn cấp hoặc thảm họa nghiêm trọng (theo tuyên bố của Cơ Quan Quản Lý Tình Trạng Khẩn Cấp Liên Bang (FEMA) hoặc cơ quan chính quyền Liên Bang, tiểu bang hoặc địa phương). Một trong những câu ở đây áp dụng với tôi, nhưng tôi đã không thể thực hiện yêu cầu ghi danh của tôi vì thảm họa. ⁽¹⁸⁾
- Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage vừa mới được tiếp nhận bởi cơ quan quản lý tiểu bang hoặc vùng lãnh thổ vì các vấn đề tài chính. ⁽¹⁹⁾
- Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage có xếp hạng sao dưới 3 sao trong 3 năm qua. ⁽²⁰⁾
- Tôi đóng phí bảo hiểm cho Phần A và tôi đã đăng ký Phần B trong Giai Đoạn Ghi Danh Chung (từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 hằng năm). Tôi muốn tham gia chương trình thuốc Medicare (Phần D) hoặc Chương Trình Medicare Advantage có bảo hiểm thuốc. ⁽²¹⁾
- Tôi đã đăng ký Phần A (Bảo Hiểm Bệnh Viện) hoặc Phần B (Bảo Hiểm Y Tế) trong Giai Đoạn Ghi Danh Đặc Biệt mà tôi đủ điều kiện vì một trường hợp đặc biệt. Tôi muốn tham gia Chương Trình Medicare Advantage (có hoặc không có bảo hiểm thuốc). ⁽²²⁾

Nếu không có câu nào phù hợp với quý vị hoặc quý vị không biết chắc, vui lòng liên hệ SCAN Health Plan theo số 1-800-559-3500 (TTY: 711).

INTERNAL OFFICE USE ONLY

| | |
|--|--|
| NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment): | NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN): |
| EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: [] [] / [] [] / [] [] [] [] | REC'D DATE: [] [] / [] [] / [] [] [] [] |
| <input type="checkbox"/> EE DUP CONF# | |

