

2024 年個人參保申請表



此表格適用於什麼人士？

想要加入 SCAN Connections (HMO D-SNP) 或 SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) 的 Medicare 會員

通常，要加入其中一項計劃，您必須：

- 是美國公民或在美國合法居留
- 居住在本計劃的服務區域內

重要提示：要加入其中一項計劃，您還必須擁有：

- Medicare A 部分 (住院保險)
- Medicare B 部分 (醫療保險)
- 完整 Medi-Cal 福利

我何時使用此表格？

您可以加入一項計劃的條件為：

- 每年 10 月 15 日 - 12 月 7 日期間 (保險生效時間為次年 1 月 1 日)
- 首次參保 Medicare 的 3 個月內
- 允許您加入或更換計劃的特定情況
- 只要我參保了 Medi-Cal，在一年前的九個月中，我每個季度擁有一次參保機會

請瀏覽 [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)，進一步瞭解有關何時您可以註冊參加計劃的資訊。

我需要為填寫此表格準備什麼？

- 您的 Medicare 編號 (您的紅白藍 Medicare 卡上的號碼)
- 您的永久住址和電話號碼
- 您的 Medi-Cal 號碼 (藍白 Medi-Cal 卡上的號碼)

註：您必須填寫第 1 部分的所有項目。您可自願選擇是否填寫第 2 部分的項目，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

接下來會如何？

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計劃的申請後便會聯絡您。

如何獲取填寫此表格的幫助？

請致電 SCAN Health Plan，電話：**1-800-559-3500**，TTY 使用者可致電 (TTY: 711)。

或者致電 Medicare 專線 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者可致電 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.

無家可歸者

如果您想參保某項計劃但沒有永久住所，則郵政信箱、收容所或診所地址，或您接收郵件 (例如，社會保險支票) 的地址可作為您的永久居住地址。

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 0938-1378。完成此資訊收集所需的時間預計為 20 分鐘 (每次回應)，包含檢查說明、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情況。若您對於該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。



1

本頁中的所有欄位均為必填欄位 (除非標記為選填項)

選擇您想要加入的計劃：

SCAN Connections (HMO D-SNP)

- 001 洛杉磯郡、河濱郡、聖貝納迪諾郡和聖地牙哥郡每月 \$0

SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

- 002 洛杉磯郡、河濱郡、聖貝納迪諾郡和聖地牙哥郡每月 \$0

重要提示

請勿將本表或任何帶有您個人資訊的物品 (如理賠、付款、醫療記錄等) 寄送給 PRA 報告審核辦公室。我們收到的任何內容, 如果與改進本表或收集資訊 (如 OMB 0938-1378 中所述) 無關, 都將被銷毀。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?」, 將填妥的表格郵寄至計劃。



1

本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）（接上頁）

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（請勿填寫郵政信箱號）：

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）（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 編號： -

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

其他保險名稱：

此保險的會員編號： 此保險的團體編號

您是否已加入您居住的州政府 Medi-Cal (Medicaid) 計劃？ 是 否

如果「是」，請提供您的 Medi-Cal (Medicaid) 號碼：

簽發日期：

/ /
月 月 日 日 年 年 年 年

僅限參保 SCAN Connections at Home (HMO D-SNP) 時才填寫

您是否接受過療養院級醫療護理的評估？ 是 否

您當前是否正在參加任何以下計劃？

家庭和社區替代方案 (HCBA) 豁免計劃（以前稱為 NF/AH 豁免計劃）？ 是 否

多目的長者服務計劃 (MSSP)？ 是 否

愛滋病 Med-Cal 豁免計劃？ 是 否

輔助生活豁免計劃？ 是 否

居家援助服務 (IHSS)？ 是 否

根據各個州的要求，如果您已經加入以上所列任何一個計劃，在透過 SCAN Health Plan 加入 Medi-Cal 前，您必須先退出有關計劃。



1 本頁中的所有欄位均為必填欄位（除非標記為選填項）（接上頁）

重要提示：閱讀並簽署以下內容：

- 我知道，如果我選擇接受上述任何計劃的服務，則必須從 SCAN Health Plan 退出 Medi-Cal 保險。
- 我必須保留住院保險（A 部分）和醫療保險（B 部分）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。
- 我瞭解，我一次僅可參保一項 MA 計劃，並且參保此計劃將自動終止參保其他 MA 計劃的資格（MA PFFS 計劃和 MA MSA 計劃除外）。
- 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 會員手冊（承保範圍說明書）文件（亦稱為會員合約或保戶協議）中承保的所有福利和服務皆在承保範圍內。
- 本人授權我居住所在的郡，可向在工作中需要獲取本人的 Medi-Cal 狀態的相關資訊以確定或保持本人的 SCAN 保險資格之 SCAN Health Plan、郡、州或聯邦工作人員披露該等資訊。本人瞭解，在法律上本人並不需要授權該等資訊的披露，但是若不提供授權，則會使本人不符合 SCAN Medicare/Medi-Cal Plan 的資格。本人瞭解，該項授權自簽署之日起一年內有效。
- 如果我搬離服務區域，則需要通知 SCAN，以便將我退保。SCAN 的服務區域為「承保範圍說明書」中列出的經批准之郡縣。
- 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。
- 只要我參保 Medi-Cal，在一年的前九個月中，我每個季度有一次從 SCAN 退保的機會。本人可透過電話要求為我寄送一份退保表。本人無需親自辦理退保。基於某些情況，也許有其他時間可以退保。
- 本人特此加入 SCAN Health Plan，以便 SCAN 可管理本人的 Medi-Cal 福利，且本人可藉此透過 SCAN 享有醫療保健服務。本人瞭解，除非本人失去 Medi-Cal 資格或自願退保，否則本人的 Medi-Cal 將會分配給 SCAN，並且衛生保健服務部可能需要 15-45 天的時間才能正式將我的 Medi-Cal 從 SCAN Health Plan 中退保。
- 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填寫此參保表格，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。

您是西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統嗎？請選取所有適用項。

- 否，我不是西班牙語裔、拉美裔，亦無西班牙血統
 是，我是墨西哥裔、墨西哥裔美國人、奇卡諾人
 是，我是波多黎各人
 是，我是古巴裔
 是，我是西班牙語裔、拉美裔，或擁有西班牙血統
 我選擇不回答

您屬於哪個種族？請選取所有適用項。

- 美國印地安人或阿拉斯加原住民
 華裔
 日裔
 其他亞裔
 越南裔
 我選擇不回答
 印度裔
 柬埔寨裔
 菲律賓裔
 韓裔
 其他太平洋島民
 白人
 黑人或非裔美國人
 關島人或查莫羅人
 夏威夷原住民
 薩摩亞裔
 混血
 未知

同意接收電子郵件： 電子郵件地址： _____

我想透過電子郵件獲取以下資料：

- 提供我的電子郵件地址，即表示我同意透過線上方式（而非美國郵政）接收我的 SCAN 資料。我瞭解，這包括 C 部分和 D 部分福利說明 (EOB)、年度更改通知 (ANOC) 等文件，並且我可以隨時改回使用美國郵政。

同意接受簡訊： 手機號碼： (_____) _____ - _____

* 提供我的手機號碼，即表示我同意接收 SCAN Health Plan 出於醫療、福利或任何其他目的發送的自動簡訊和/或其他簡訊。此同意不作為獲得任何服務的前提條件，我有權隨時撤銷。可能會收取訊息和資料費用。

首選語言： 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：
 西班牙文 中文 韓文 越南文

您的首選口語（英語除外）：
 西班牙語 粵語 普通話 韓語 越南語

若您希望我們給您寄送無障礙格式的資訊，請選擇以下的一個方塊。 盲文 大字體 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 (TTY: 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。TTY 使用者可致電 TTY 專線 711。

您在工作嗎？ 是 否 您的配偶或伴侶在工作嗎？ 是 否

我沒有首選的主治醫生。請給我自動指定一位 SCAN 簽約主治醫生。 是 否

請列出您的主治醫生 (PCP)、診所或健康中心：

主治醫生編號： _____ - _____ 醫療團體編號： _____

您是否是該醫生的現有患者？ 是 否

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)、改善護理和支付 Medicare 福利等事宜。《社會保障法》第 1851 條以及 42 CFR §§ 第 422.50 條和第 422.60 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

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。勾選下列任何方框即表示據您所知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。⁽¹⁾
- 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。⁽²⁾
- 我最近剛搬離現有計劃的服務區域，或者我剛搬家，而這項計劃對我來說是一個新的選擇。
我搬家的日期是：⁽³⁾ / /
- 我最近剛被刑滿釋放。我被刑滿釋放的日期是：⁽⁴⁾ / /
- 我常年在國外居住，最近剛回到美國。我回到美國的日期是：⁽⁵⁾
 / /
- 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：⁽⁶⁾ / /
- 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：⁽⁷⁾ / /
- 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：⁽⁸⁾ / /
- 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。⁽⁹⁾
- 我即將搬入、居住在或於最近搬出長期護理機構 (例如療養院或長期護理機構)。
我搬入/將搬出該機構的日期是：⁽¹⁰⁾ / /
- 我最近退出了 PACE 計劃，退出日期是：⁽¹¹⁾ / /
- 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)。我喪失了藥物保險，喪失日期是：⁽¹²⁾ / /
- 我將退出僱主或工會保險，退出日期是：⁽¹³⁾ / /
- 我屬於所在州提供的藥房援助計劃。⁽¹⁴⁾
- 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。⁽¹⁵⁾
- 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：⁽¹⁶⁾ / /
- 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：⁽¹⁷⁾ / /
- 我曾受到緊急狀況或重大災害 (由聯邦緊急事務管理署 [FEMA] 或聯邦、州或當地政府機構宣佈) 的影響。本文有其他描述符合我的情況，但由於災害情況，我無法參保。⁽¹⁸⁾
- 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。⁽¹⁹⁾
- 最近 3 年我已參保評級至少為 3 星級的 Medicare Advantage 計劃。⁽²⁰⁾

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 (TTY: 711)。

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"/>
<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#		
Emergency Contact (optional):	Phone Number:	Relationship to you:

