# 2025 年個人參保申請表

## 此表格適用於什麼人士?

想要加入 Medicare Advantage 計劃的 Medicare 會員

## 如要加入計劃，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:**若要加入 Medicare Advantage 計劃，您還必須同時擁有:

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

## 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

請瀏覽 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

**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。
- 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，以便從您的銀行賬號或您的每月社會安全局（或鐵路退休委員會）福利金中扣繳您的保費。

## 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。

## 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」，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。OMB No. 0938-1378 Expires:6/30/2026

## 1 本部分的所有欄位均為必填項 (除非標註了選填)

**選擇您想要加入的計劃:**

**SCAN Affirm (HMO)**
- ☐ 092 洛杉磯郡, 每月 $0
- ☐ 092 橘郡, 每月 $0
- ☐ 092 河濱郡, 每月 $0
- ☐ 096 聖地牙哥郡, 每月 $0
- ☐ 107 舊金山郡, 每月 $0

**SCAN Allied (HMO)**
- ☐ 123 洛杉磯郡, 每月 $0
- ☐ 118 舊金山郡, 每月 $0
- ☐ 122 聖馬刁郡, 每月 $0

**SCAN Alta (HMO)**
- ☐ 082 聖地牙哥郡, 每月 $0

**SCAN Classic (HMO)**
- ☐ 001 文圖拉郡, 每月$0
- ☐ 005 聖地牙哥郡, 每月 $0
- ☐ 006 洛杉磯郡, 每月 $0
- ☐ 007 橘郡, 每月 $0
- ☐ 008 河濱郡, 每月 $0
- ☐ 009 聖貝納迪諾郡, 每月 $0
- ☐ 019 舊金山郡, 每月 $0
- ☐ 069 聖塔克拉拉郡和斯坦尼斯勞斯郡, 每月 $0
- ☐ 075 阿拉米達郡和聖馬刁郡, 每月 $0
- ☐ 101 弗雷斯諾郡和馬德拉郡, 每月 $0

**SCAN Inspired (HMO)**
- ☐ 100 洛杉磯郡和橘郡, 每月 $25

**SCAN MyChoice (HMO)**
- ☐ 108 洛杉磯郡、橘郡、河濱郡和聖貝納迪諾郡, 每月 $0
- ☐ 109 聖地牙哥郡, 每月 $0
- ☐ 110 阿拉米達郡和聖馬刁郡, 每月 $0
- ☐ 119 弗雷斯諾郡和馬德拉郡, 每月 $0
- ☐ 120 聖塔克拉拉郡和斯坦尼斯勞斯郡, 每月 $0
- ☐ 121 舊金山郡, 每月 $0

**SCAN Prime (HMO)**
- ☐ 065 洛杉磯郡、橘郡和聖貝納迪諾郡, 每月 $22

**SCAN Strive (HMO C-SNP)**
- ☐ 097 河濱郡, 每月 $25.70
- ☐ 098 阿拉米達郡、弗雷斯諾郡、馬德拉郡、聖塔克拉拉郡、舊金山郡、聖馬刁郡和斯坦尼斯勞斯郡, 每月 $25.90

**SCAN Venture (HMO)**
- ☐ 084 洛杉磯郡和橘郡, 每月 $0
- ☐ 085 河濱郡和聖貝納迪諾郡, 每月 $0

**SCAN Balance (HMO C-SNP)**
- ☐ 034 洛杉磯郡和橘郡, 每月 $0
- ☐ 070 聖塔克拉拉郡和斯坦尼斯勞斯郡, 每月 $0
- ☐ 076 阿拉米達郡和聖馬刁郡, 每月 $0
- ☐ 102 弗雷斯諾郡和馬德拉郡, 每月 $0
- ☐ 104 河濱郡和聖貝納迪諾郡, 每月 $0
- ☐ 105 聖地牙哥郡, 每月 $0
- ☐ 106 舊金山郡, 每月 $0

**SCAN Embrace (HMO I-SNP)**
- ☐ 086 洛杉磯郡, 每月 $0
- ☐ 087 橘郡, 每月 $0

**SCAN Embrace (HMO-POS-I-SNP)**
- ☐ 091 聖貝納迪諾郡, 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。請參閱上一頁的「接下來會怎樣?」, 將填妥的表格郵寄至計劃。

## 1 本部分的所有欄位均為必填項（除非標註了選填）（續）

姓氏:

名字: 中間名（選填）

出生日期: 月 月 / 日 日 / 年 年 年 年 性別: ☐男 ☐女

電話號碼: ( ) -

**永久居住街道地址**（請勿填寫郵政信箱號。註: 對於無家可歸者，郵政信箱號可被視為您的永久居住地址。）:

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:

**緊急聯絡人**（選填）:

電話號碼: ( ) -

關係:_____

## 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

其他保險的名稱: _____

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:_____

**僅限參保 SCAN Balance 或 SCAN Strive 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 | ☐是 ☐否 |
| 冠狀動脈疾病 | ☐是 ☐否 |
| 心律失常 | ☐是 ☐否 |
| 週邊血管疾病 | ☐是 ☐否 |
| 慢性靜脈血栓栓塞症 | ☐是 ☐否 |
| 糖尿病 | ☐是 ☐否 |

## 1 本部分的所有欄位均為必填項（除非標註了選填）（續）

**僅限參保 SCAN Embrace 計劃的會員填寫。**

您是否是長期護理機構（如療養院）的住院患者? ☐ 是 ☐ 否

機構名稱: _____

機構地址（門牌號碼和街道）: _____

機構電話號碼: ( ) -

入院日期: / /

我正要搬進或目前在一個協助生活社區居住了 90 天或更長的時間（例如療養院、老年團體之家或長期護理機構）。我搬進該機構的時間 / /

**重要提示：閱讀並簽署以下內容：**

- 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《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。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。
- 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 本部分的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。**

您是否為西班牙裔、拉美裔或擁有西班牙血統? 請選擇所有適用項。

☐ 否，我不是西班牙裔、拉美裔，或沒有西班牙血統
☐ 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，我是古巴人
☐ 是，我是西班牙裔、拉美裔，或擁有西班牙血統
☐ **我選擇不回答。**

## 2 本部分的所有欄位均為選填項（續）

您的種族是? 請選擇所有適用項。

☐ 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，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:<br>☐ 西班牙語 ☐ 中文 ☐ 韓語 ☐ 越南語 |
|---|---|
| | 您的首選口語（英語除外）:<br>☐ 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 ☐ 數位 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每週七天，上午 8 點至晚上 8 點。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。TTY 使用者可致電 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

## 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安全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 部分按收入每月調整保費 (D 部分 - IRMAA)，除了計劃保費，您還必須繳納這筆額外金額。**請勿向 SCAN Health Plan 支付 D 部分-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。**

☐ **每月自動從您的社會安全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: ☐ 社會安全局 ☐ RRB

社會安全局或 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，如果社會安全局或 RRB 批准自動扣繳申請，第一次從社會安全局或 RRB 福利金支票扣繳的金額將包含您從參保生效日期起到扣繳日開始的所有應繳保費。如果您的自動扣繳申請未獲社會安全局或 RRB 批准，我們將郵寄月繳保費的紙本賬單給您。您可以撥打 1-800-559-3500 致電 SCAN 會員服務部，設置您選擇的支付方式，包括電子資金轉賬 (EFT)、信用卡或轉賬卡支付。服務時間: 10 月 1 日至 3 月 31 日: 上午 8 點至晚上 8 點，每週七天;
4 月 1 日至 9 月 30 日: 週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。TTY 使用者。

您亦可瀏覽 www.scanhealthplan.com/members/register 並註冊您的 SCAN 線上會員帳戶以進行線上付款。

| 僅適用於幫助參保者填寫此表格的個人 | |
|---|---|
| 如果您是幫助參保者填寫此表格的個人 (即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方)，請填寫本部分 | |
| 姓名: | 與參保者的關係: |
| 簽名: | 全國生產商號碼 (僅限代理人/經紀人): |

**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。

Y0057_SCAN_21737_2025_M 02272025

## 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。

☐ 我是初次參保 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) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

## 參保期資格合格證明（續）

- ☐ 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 處方藥承保範圍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] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ 我擁有 Medicare 並享有完整的 Medicaid 福利。我想加入或轉至一項協調我的 Medicare 與 Medicaid 管理式護理計劃之間的承保範圍的計劃（稱為整合雙重資格特殊需求計劃 (D-SNP)）。[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/將搬入該機構的日期是：[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）。我喪失藥物保險的日期是：[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] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ 我曾參保特殊需求計劃 (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。本文有聲明符合我的情況，但由於災害，我無法申請參保。[18]
- ☐ 我已參保 Medicare Advantage 計劃，由於財政問題，該計劃已進入破產接管程序或者由州或地區監管機構接管。[19]
- ☐ 我參加了一項 Medicare Advantage 計劃，該計劃
  在過去 3 年中在 C 部分或 D 部分的星級評級為 2.5 星或以下，並收到了 Medicare 與 Medicaid 服務中心 (CMS) 給出的低績效圖示。[20]
- ☐ 我支付 A 部分的保費，並在一般參保期（每年 1 月 1 日至 3 月 31 日）註冊參保了 B 部分。我想加入附帶藥物承保範圍的 Medicare 藥物計劃（D 部分）或 Medicare Advantage 計劃。[21]
- ☐ 我在特殊參保期註冊參保了 A 部分（住院保險）或 B 部分（醫療保險），我因特殊情況而有資格參保。我想加入一項 Medicare Advantage 計劃（附帶或不附帶藥物承保範圍）。[22]

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)，以瞭解您是否符合參保資格。10 月 1 日至 3 月 31 日期間，我們的服務時間為太平洋時間上午 8 點至晚上 8 點，每週 7 天。4 月 1 日至 9 月 30 日期間，服務時間為太平洋時間上午 8 點至晚上 8 點，週一至週五（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）。

| 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: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ |
| ☐ EE DUP CONF# | |