

MẪU YÊU CẦU GHI DANH CÁ NHÂN NĂM 2025



Ai có thể sử dụng mẫu đơn này?

Những người có Medicare muốn tham gia Chương trình Medicare Advantage

Để tham gia một chương trình, 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 Chương trình Medicare Advantage, quý vị cũng phải có cả:

- Medicare Phần A (Bảo hiểm Bệnh viện)
- Medicare Phần B (Bảo hiểm Y tế)

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 hàng năm (đối với bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực 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

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 một chương trình trong thời gian ghi danh mở mùa thu (từ ngày 15 tháng 10 đến ngày 7 tháng 12), chương trình phải nhận được mẫu đơn đã hoàn thành tất cả các mục của quý vị chậm nhất vào ngày 7 tháng 12.
- Chương trình của quý vị sẽ gửi cho quý vị một hóa đơn tính phí bảo hiểm của chương trình. Quý vị có thể chọn đăng ký để được khấu trừ các khoản thanh toán phí bảo hiểm từ tài khoản ngân hàng hoặc phúc lợi An sinh Xã hội (hoặc Ban Hưu trí Ngành đường sắt) hàng tháng của quý vị.

Điều gì sẽ xảy ra tiếp theo?

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

Các cá nhân 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

Trang 1/7

Y0057_SCAN_21182_2025_M 07242024

8/24 25F-CAENRFORMVT

Chọn chương trình quý vị muốn tham gia:**SCAN Affirm (HMO)**

- 092 Quận Los Angeles \$0 mỗi tháng
- 092 Quận Orange \$0 mỗi tháng
- 092 Quận Riverside \$0 mỗi tháng
- 096 Quận San Diego \$0 mỗi tháng
- 107 Quận San Francisco \$0 mỗi tháng

SCAN Allied (HMO)

- 123 Quận Los Angeles \$0 mỗi tháng
- 118 San Francisco \$0 mỗi tháng
- 122 San Mateo \$0 mỗi tháng

SCAN Alta (HMO)

- 082 Quận San Diego \$0 mỗi tháng

SCAN Classic (HMO)

- 001 Quận Ventura \$0 mỗi tháng
- 005 Quận San Diego \$0 mỗi tháng
- 006 Quận Los Angeles \$0 mỗi tháng
- 007 Quận Orange \$0 mỗi tháng
- 008 Quận Riverside \$0 mỗi tháng
- 009 Quận San Bernardino \$0 mỗi tháng
- 019 Quận San Francisco \$0 mỗi tháng
- 069 Quận Santa Clara và Stanislaus \$0 mỗi tháng
- 075 Quận Alameda và San Mateo \$0 mỗi tháng
- 101 Quận Fresno và Madera \$0 mỗi tháng

SCAN Inspired (HMO)

- 100 Quận Los Angeles và Orange \$25 mỗi tháng

SCAN MyChoice (HMO)

- 108 Quận Los Angeles, Orange, Riverside và San Bernardino \$0 mỗi tháng
- 109 Quận San Diego \$0 mỗi tháng
- 110 Quận Alameda và San Mateo \$0 mỗi tháng
- 119 Fresno và Madera \$0 mỗi tháng
- 120 Santa Clara và Stanislaus \$0 mỗi tháng
- 121 San Francisco \$0 mỗi tháng

SCAN Prime (HMO)

- 065 Quận Los Angeles, Orange và San Bernardino \$22 mỗi tháng

SCAN Strive (HMO C-SNP)

- 097 Quận Riverside \$25.70 mỗi tháng
- 098 Quận Alameda, Fresno, Madera, Santa Clara, San Francisco, San Mateo và Stanislaus \$25.90 mỗi tháng

SCAN Venture (HMO)

- 084 Quận Los Angeles và Orange \$0 mỗi tháng
- 085 Quận Riverside và San Bernardino \$0 mỗi tháng

SCAN Balance (HMO C-SNP)

- 034 Quận Los Angeles và Orange \$0 mỗi tháng
- 070 Quận Santa Clara và Stanislaus \$0 mỗi tháng
- 076 Quận Alameda và San Mateo \$0 mỗi tháng
- 102 Quận Fresno và Madera \$0 mỗi tháng
- 104 Quận Riverside và San Bernardino \$0 mỗi tháng
- 105 Quận San Diego \$0 mỗi tháng
- 106 Quận San Francisco \$0 mỗi tháng

SCAN Embrace (HMO I-SNP)

- 086 Quận Los Angeles \$0 mỗi tháng
- 087 Quận Orange \$0 mỗi tháng

SCAN Embrace (HMO-POS-I-SNP)

- 091 Quận San Bernardino \$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 "Điều gì xảy ra tiếp theo?" trên trang trước để gửi mẫu đơn đã hoàn thành của quý vị đến chương trình.



1

Tất cả các trường trong phần này là bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn) (tiếp theo)

Họ:

Tên: Tên đệm: (tùy chọn)

Ngày sinh: / Giới tính: Nam Nữ

M M D D Y Y Y Y

Số điện thoại: () -

Địa chỉ Đường phố Thường trú (Không nhập Hộp thư Bưu điện Lưu ý: Đối với những người vô gia cư, Hộp thư Bưu điện có thể được coi là địa chỉ thường trú của quý vị.):

Thành phố: Tiểu bang: Mã bưu điện (ZIP code):

Địa chỉ Nhận thư, nếu khác với địa chỉ thường trú của quý vị (cho phép nhập Hộp thư Bưu điện):

Địa chỉ Đường phố:

Thành phố: Tiểu bang: Mã bưu điện (ZIP code):

Người liên hệ Khẩn cấp: (tùy chọn)

Số điện thoại: () -

Mối quan hệ: _____

Thông tin về Medicare của quý vị:

Số Medicare: -

Trả lời các câu hỏi quan trọng sau đây:

Quý vị có bảo hiểm thuốc kê toa khác (như VA, TRICARE) ngoài SCAN Health Plan không? Có Không

Tên bảo hiểm khác: _____

Mã số hội viên đối với bảo hiểm này: _____ Mã số nhóm đối với bảo hiểm này: _____

Quý vị có ghi danh vào chương trình Medi-Cal (Medicaid) của tiểu bang không? Có Không

Nếu trả lời "có", vui lòng cung cấp số Medi-Cal (Medicaid) của quý vị: _____

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình SCAN Balance hoặc SCAN Strive.

Bác sĩ có chẩn đoán quý vị mắc một trong những bệnh lý sau đây không?

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Suy tim sung huyết | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Bệnh động mạch vành | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Rối loạn nhịp tim | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Bệnh mạch ngoại biên | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |
| Tiểu đường | <input type="checkbox"/> Có | <input type="checkbox"/> Không |



1

Tất cả các trường trong phần này là bắt buộc phải điền (trừ khi được đánh dấu là tùy chọn) (tiếp theo)

Chỉ hoàn thành nếu quý vị đang ghi danh vào chương trình SCAN Embrace.Quý vị có sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, chẳng hạn như viện dưỡng lão không? Có Không

Tên Tổ chức: _____

Địa chỉ của Tổ chức: (số nhà và đường phố) _____

Số Điện thoại của Tổ chức: () - Ngày Chuyển vào Tổ chức: / /

Tôi sẽ chuyển vào hoặc hiện đang sống trong một Cộng đồng Hỗ trợ Sinh hoạt trong 90 ngày hoặc lâu hơn (ví dụ: viện dưỡng lão, nhà nhóm người cao tuổi hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn). Tôi đã chuyển/sẽ chuyển vào cơ sở vào ngày

 / / **QUAN TRỌNG: Đọc và ký tên xuống bên dưới:**

- 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 phúc lợi và dịch vụ do SCAN Health Plan cung cấp và được đề cập trong tài liệu “Chứng từ Bảo hiểm” SCAN Health Plan 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.
- 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.
- 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:

Tên:	Địa chỉ:
Số điện thoại:	Mối quan hệ với người ghi danh:

2

Tất cả các trường trong phần này là tùy chọn

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 Bồ Đào Nha/Tây Ban Nha, La tinh hay Tây Ban Nha không? Chọn tất cả những phương án áp dụng.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Không, không phải gốc Bồ Đào Nha/Tây Ban Nha, La tinh hay 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, một nguồn gốc Bồ Đào Nha/Tây Ban Nha, Latinh hoặc Tây Ban Nha khác |
| <input type="checkbox"/> Có, người Puerto Rico | <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời. |



Chúng tộc của quý vị là gì? Chọn tất cả những phương án áp dụng.	
<input type="checkbox"/> Người Mỹ da đỏ hoặc thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Trung Quốc <input type="checkbox"/> Người Nhật <input type="checkbox"/> Người Châu Á khác <input type="checkbox"/> Người Việt <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời.	<input type="checkbox"/> Người Ấn Độ gốc Á <input type="checkbox"/> Người Campuchia <input type="checkbox"/> Người Philipin <input type="checkbox"/> Người Hàn Quốc <input type="checkbox"/> Người dân đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Người da trắng
<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Guamanian hoặc người Chamorro <input type="checkbox"/> Người Hawaii bản địa <input type="checkbox"/> Người Samoa <input type="checkbox"/> Chúng tộc Hỗn hợp <input type="checkbox"/> Không xác định	
Bản dạng giới của quý vị là gì? Chọn một phương án.	
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Chuyển giới Nam <input type="checkbox"/> Chuyển giới Nữ <input type="checkbox"/> Giới tính không được liệt kê _____	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời.
Xu hướng tình dục của quý vị là gì? Chọn một phương án.	
<input type="checkbox"/> Đồng tính nữ <input type="checkbox"/> Đồng tính nam <input type="checkbox"/> Thăng - Dị tính <input type="checkbox"/> Lưỡng tính <input type="checkbox"/> Xu hướng tình dục không được liệt kê _____	<input type="checkbox"/> Không chắc chắn <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời.
Đại từ xưng hô của quý vị là gì? Chọn một phương án.	
<input type="checkbox"/> Anh ấy <input type="checkbox"/> Cô ấy <input type="checkbox"/> Họ	<input type="checkbox"/> Khác _____ <input type="checkbox"/> Tôi chọn không trả lời.
Chọn Nhận Email:	Địa chỉ Email: _____
Tôi muốn nhận các tài liệu sau qua email:	
<input type="checkbox"/> Bằng cách cung cấp địa chỉ email của mình, tôi đồng ý nhận tài liệu SCAN bằng hình thức trực tuyến thay vì qua đường Bưu điện 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 Hàng năm (ANOC) Tôi có thể thay đổi lại thành hình thức nhận tài liệu qua đường Bưu Điện Hoa Kỳ bất cứ lúc nào.	
Đồng ý nhận Tin nhắn:	Số điện thoại di động: () -
* Bằng cách cung cấp số điện thoại của mình, tôi đồng ý nhận tin nhắn văn bản tự động và/hoặc các tin nhắn văn bản khác của SCAN Health Plan cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe, quyền lợi hoặc 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: <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Trung <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn <input type="checkbox"/> Tiếng Việt Ngôn ngữ nói ưu tiên của quý vị là gì nếu không phải tiếng Anh: <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Tiếng Quảng Đông <input type="checkbox"/> Tiếng Quan thoại <input type="checkbox"/> Tiếng Hàn <input type="checkbox"/> Tiếng Việt
Chọn một phương án nếu quý vị muốn chúng tôi gửi cho quý vị thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật: <input type="checkbox"/> Chữ nổi Braille <input type="checkbox"/> Bản in cỡ lớn <input type="checkbox"/> CD âm thanh <input type="checkbox"/> CD dữ liệu Vui lòng liên hệ với SCAN Health Plan theo số 1-800-559-3500 (TTY: 711) nếu quý vị cần thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cho người khuyết tật khác với những phương án được liệt kê ở trên. Giờ làm việc của chúng tôi là 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ Thứ Hai đến Thứ Sáu. Hội viên TTY có thể gọi TTY 711.	
Quý vị có việc làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Vợ/chồng/bạn tình của quý vị có làm việc không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tôi không có bác sĩ chăm sóc chính ưu tiên. Vui lòng tự động chỉ định tôi cho một bác sĩ chăm sóc chính đã ký 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: _____	
Số Bác sĩ Chăm sóc Chính: _____ - _____	Số Nhóm Y tế: _____
Quý vị hiện có phải là bệnh nhân của bác sĩ này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	



3

Đóng Phí bảo hiểm Chương trình của quý vị

Quý vị có thể thanh toán phí bảo hiểm chương trình hàng tháng (bao gồm tiền phạt ghi danh muộn mà quý vị đang hoặc có thể nợ) qua thư, Chuyển Tiền Điện tử (EFT), hoặc thẻ tín dụng mỗi tháng. **Quý vị cũng có thể chọn cách đóng phí bảo hiểm bằng cách tự động trừ tiền từ quyền lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Hỏa xa (RRB) vào mỗi tháng.**

Nếu quý vị phải trả Số tiền Điều chỉnh Hàng tháng Liên quan đến Thu nhập Phần D (Phần D-IRMAA), quý vị phải trả thêm số tiền này ngoài phí bảo hiểm của chương trình. KHÔNG thanh toán cho SCAN Health Plan Phần D-IRMAA.

Nếu quý vị không chọn tùy chọn đóng phí, quý vị sẽ nhận được hóa đơn mỗi tháng.

Vui lòng chọn tùy chọn đóng phí bảo hiểm:

- Nhận hóa đơn.**
- Tự động khấu trừ từ phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Hội đồng Hưu trí Ngành Đường sắt (RRB) hàng tháng của quý vị.**

Tôi nhận được trợ cấp hàng tháng từ:

An sinh Xã hội

RRB

Có thể mất từ hai tháng trở lên để bắt đầu khấu trừ phúc lợi An Sinh Xã Hội/RRB sau khi Sở An Sinh Xã Hội hoặc RRB phê duyệt khoản khấu trừ đó. Trong hầu hết các trường hợp, nếu Sở An sinh Xã hội hoặc RRB chấp nhận yêu cầu khấu trừ tự động của quý vị, đợt khấu trừ đầu tiên từ séc trợ cấp An sinh Xã hội hoặc RRB của quý vị sẽ bao gồm tất cả các khoản phí bảo hiểm đến hạn tính từ ngày ghi danh có hiệu lực đến thời điểm bắt đầu khấu trừ. Nếu Sở An sinh Xã hội hoặc RRB không chấp thuận yêu cầu tự động trừ tiền của quý vị, chúng tôi sẽ xuất cho quý vị một hóa đơn bằng giấy cho các khoản phí bảo hiểm hàng tháng của quý vị. Quý vị có thể thiết lập phương thức thanh toán theo lựa chọn, bao gồm Chuyển Tiền Điện tử (EFT) hoặc bằng Thẻ Tín dụng hoặc Thẻ Ghi nợ bằng cách gọi điện cho bộ phận Dịch vụ Hội viên SCAN theo số 1-800-559-3500, từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần và từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9: 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Người dùng TTY.

Quý vị cũng có thể thực hiện thanh toán trực tuyến bằng cách truy cập www.scanhealthplan.com/members/register và đăng ký tài khoản hội viên SCAN trực tuyến.

CHỈ DÀNH CHO CÁC CÁ NHÂN GIÚP NGƯỜI GHI DANH HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN NÀY

Hoàn thành 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 mẫu đơn 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_21182_2025_M 07242024

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 hàng 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⁾



Xác nhận tình trạng đủ điều kiện hưởng một giai đoạn ghi danh (tiếp theo)

- 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. Tôi 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⁾ [] [] / [] [] / [] [] [] [] [] []
- 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 tôi nộp phí bảo hiểm Medicare) hoặc tôi nhận được Trợ cấp Đặc biệt để thanh toán cho bảo hiểm thuốc kê toa Medicare của mình, nhưng tôi không 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 điều dưỡng 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 nhận định khác ở đây áp dụng cho tôi, nhưng tôi không thể đưa ra yêu cầu ghi danh của mình vì thảm họa.⁽¹⁸⁾
- Tôi đang tham gia chương trình Medicare Advantage đã bị đưa vào diện tiếp quản hoặc 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 từ 2.5 sao trở xuống ở Phần C hoặc Phần D trong 3 năm qua và nhận được biểu tượng hiệu suất thấp từ Trung Tâm Dịch Vụ Medicare & Medicaid (CMS).⁽²⁰⁾
- Tôi đóng phí bảo hiểm cho Phần A và tôi đã đăng ký Phần B trong Thời gian Ghi danh Chung (từ ngày 1 tháng 1 đến ngày 31 tháng 3 hàng 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 Thời gian 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, xin liên hệ SCAN Health Plan theo số 1-800-559-3500 (TTY: 711) để xem quý vị có đủ điều kiện để ghi danh hay không. Chúng tôi làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo PT, 7 ngày trong 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 từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo PT từ Thứ Hai đến Thứ Sáu (tin nhắn nhận được vào ngày lễ và ngoài giờ làm việc của chúng tôi sẽ được trả lời trong vòng một ngày làm việc).

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#	

