

CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare–Medicaid Plan) 申請表

如果您符合以下條件，您便可以加入 CareAdvantage 計劃： 居住在聖馬刁縣 參加聯邦醫療保險（紅藍卡）
Part A 與 Part B 計劃 參加全面的加州低收入醫療保險（白卡）計劃

要加入 CareAdvantage 計劃，您可以：

- 致電 **1-888-252-3153**（免費電話）
- 聯絡聖馬刁健康計劃（HPSM），或列印並填寫此表格，簽署後以下列其中一個方式把表格寄回HPSM：

郵寄（地址）：

Health Plan Of San Mateo
C/O Marketing
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, Ca 94080

電郵：

把每一頁拍照或掃描
下來，以附件形式寄
往 info@hpsm.org

傳真 Fax：

650-616-2190

或

或

收到您的申請後，聖馬刁健康計劃（HPSM）會致電通知您的 CareAdvantage 會籍是否獲得批核，還是我們需要更多資料才能作出決定。

個人資訊：

*名字		中間名首字母	*姓氏		
		男性	女性		
*出生日期	*性別	電子郵件地址			
電話號碼		其他電話號碼			
*居住地址	城市	州	郵遞區號	縣（選填）	
郵寄地址（若與居住地址不同）	城市	州	郵遞區號	縣（選填）	
緊急聯絡人姓名			緊急聯絡電話		

若您並非以英語為母語，您可撥打 **1-888-252-3153** 索取其他語言的表格。

聽力或語言障礙人士（TTY）應撥打 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**（加州聽力及語言障礙傳譯服務）。

您習慣使用哪種語言？（選擇一項）

口語： 英語 西班牙語 塔加拉語 中文 俄語 其他： _____
 閱讀： 英語 西班牙語 塔加拉語 中文 俄語 其他： _____

您是否希望我們寄給您該語言版本的資料？ 是 否

您是否希望我們寄給您其他格式的資格？（選填）

請指明類型： 標準尺寸 大字版 點字 錄音帶 其他： _____

OFFICE USE ONLY S/Code S SA Ref. Source

主治醫生，診所或健康中心的名稱

*名稱

電話號碼

聯邦醫療保險(紅藍卡)及加州低收入醫療保險(白卡)承保資訊：

請在下方填寫您的聯邦醫療保險(紅藍卡)及加州低收入醫療保險(白卡)資訊。您可在聯邦醫療保險紅白藍卡或是社會安全局或鐵路退休委員會的信函上找到此資訊。同時，請填寫加州低收入醫療保險(白卡)卡正面所顯示的會員卡號碼。



聯邦醫療保險(紅藍卡)號碼：_____ 加州低收入醫療保險(白卡)會員 ID 號碼：_____

*其他個人資訊

您是否患有末期腎臟疾病 (ESRD)? 是 否 若是，請填寫以下資訊：

洗腎機構名稱

洗腎機構所在的城市

若「是」，且您已成功完成腎臟移植手術且(或)不再需要定期洗腎透析，請附上您醫生的註明。

您是否住在長期護理機構內? 是 否 若是，請填寫以下資訊：

長期護理機構名稱

長期護理機構電話號碼

包含處方藥物承保的健康保險

有些人會透過私人保險、TRICARE、雇主、工會、退伍軍人事務部或國家藥物補助計劃等，享有其他健康保險或藥物承保。若您現在享有雇主、工會或其他私人或公共健康保險提供的健康保險，您將無法加入CareAdvantage CMC。

除聯邦醫療保險(紅藍卡)和加州低收入醫療保險(白卡)外，您是否還有其他健康保險? 是 否
若是，請填寫以下資訊：

計劃名稱：(與雇主名稱，若有)

團體號碼：

會員號碼：

1

2

請閱讀並在段落結尾簽名

當你在表格上簽名時，即表示你了解：

- **CareAdvantage** 加州醫療連線計劃(屬於聯邦醫療保險(紅藍卡)及公共醫療補助計劃)與聯邦政府及加州州政府簽約合作
- 你參加新計劃後取得的服務可能不同於以往的服務。
- 我必須有聯邦醫療保險(紅藍卡)Part A 及 Part B 資格，且透過聖馬刁健康計劃 (HPSM)享有加州低收入醫療保險(白卡)資格
- 我一次僅能加入一項聯邦醫療保險(紅藍卡)計劃。
- 加入**CareAdvantage**，我將終止參加聯邦醫療保險(紅藍卡)其他健康或處方藥物計劃。
- 我必須告知**CareAdvantage** 有關我所享有或日後可能取得的任何處方藥物承保。

- 若搬家，我必須告知**CareAdvantage**。
- 我成為**CareAdvantage**的一員後，若不同意**CareAdvantage**CMC關於付款或服務的決定，我有權上訴。
- **CareAdvantage**通常不為身在國外的人提供承保。
- 在**CareAdvantage**承保日期生效時，我必須接受**CareAdvantage**醫師所提供的健康護理服務；但是急診或緊急護理、跨區洗腎透析，或是取得**CareAdvantage**同意，在特定情況下赴其他醫療機構就診等情形除外。
- 若我需要接受非**CareAdvantage**醫師或其他醫療機構所提供的服務，我可能需要事先授權或為所取得的服務支付自付費用。
- 我了解若**CareAdvantage**雇用或與**CareAdvantage**簽約的銷售代理、經紀人或其他人士協助我參加此項計劃，**CareAdvantage**將因此付費給他們。
- 加入**CareAdvantage**，我了解**CareAdvantage**可為了治療、付費及健康護理營運的目的，與聯邦醫療保險（紅藍卡），加州低收入醫療保險（白卡）及其他計劃分享我的資訊。
- 我了解處方藥物在承保範圍內，但不一定是我已服用的相同藥物。我了解，在**CareAdvantage**承保的前90天內，我將可隨時獲得目前所服用的處方藥物至少30天份。自我加入**CareAdvantage**生效日起十二（12）個月內，我可以持續找現在的醫生取得聯邦醫療保險（紅藍卡）服務和加州低收入醫療保險（白卡）服務。關於如何繼續取得服務，我必須聯絡**CareAdvantage**。同是，我了解**CareAdvantage**擁有服務提供者和藥房，我必須使用其網絡獲得健康護理服務，但非例行和緊急狀況除外。
- 我了解**CareAdvantage**可與聯邦醫療保險（紅藍卡）及加州低收入醫療保險（白卡）分享我的資訊，包括我的處方藥物資訊。依聯邦法令和法規規定，他們可公開這些資訊供研究和其他用途。
- 就我所知範圍內，本表格上的資訊正確無誤。我了解，若我故意在此表格上提供虛假資料，**CareAdvantage**將撤消我的參加資格。
- 我（或我所授權的代表）在本表格上簽名，即表示我已閱讀並了解本表格。若經授權的代表簽名，該人士的簽名表示他或她是依加州法律規定獲得授權填寫此加入表格，聯邦醫療保險（紅藍卡）或加州低收入醫療保險（白卡）可要求取得此授權文件。

*您的簽名

*日期

若您是經授權的代表，你必須提供以下資料，並在下方簽名與填寫日期：

姓名（正楷）

簽名

地址

與參加者的關係

電話號碼

今日日期

欲了解更多資訊，請瀏覽 www.hpsm.org/careadvantage。

如果您有疑問，請撥打 **1-888-252-3153** 聯絡持照 **CareAdvantage** 聯邦醫療保險（紅藍卡）專員，服務時間為週一至週五上午 9:00 至下午 6:00。

TTY 使用者應致電 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**（聽力及語言障礙）專線。該電話是免費電話。

此信息是免費提供其他語言和格式，如盲文或音頻光碟。