

CareAdvantage 雙重資格特別需求計劃 (D-SNP) 是一項同時與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和加州低收入醫療保險 (白卡) 有合約的計劃。註冊登記 CareAdvantage D-SNP 計劃取決於本計劃是否已續期。

填寫本申請表是您獲得各種健康護理福利和服務的第一步。另外，您還能與一個本地團隊建立關係，協助您使用這些福利並讓您維持健康。

加入 CareAdvantage 很簡單。您可透過三種方式向聖馬刁健康計劃 (HPSM) 提交本申請表：

郵寄：

Health Plan of San Mateo
C/O Medicare Specialist Team
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

或

電郵：

為每一頁拍照或掃描，
並以附件形式傳送到
sales@hpsm.org

或

傳真：

650-616-2190

誰能填寫本申請表？ 僅擁有聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 和 B 以及聖馬刁健康計劃 (HPSM) 加州低收入醫療保險 (白卡) 承保的人士

我何時可使用本申請表？ 您可以在下列期間內填寫本申請表，申請加入 CareAdvantage：

- 每年 10 月 15 日至 12 月 7 日 (承保從隔年 1 月 1 日起生效)
- 從獲得聯邦醫療保險 (紅藍卡) 起前 3 個月內
- 在某些情況下，您可以加入或轉換計劃 (更多資訊請見 www.medicare.gov)

欲參加本計劃，您必須是美國公民或合法居民，同時住在聖馬刁縣。

填寫本申請表需要哪些資料？ 您將需要您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 號碼 (位於紅藍卡上)、您的加州低收入醫療保險 (白卡) 號碼、您的地址和電話號碼。如果您沒有永久地址，可使用郵政信箱、收容所或診所地址，或者您用來接收任何郵件 (如社會安全金支票) 的地址，作為您的永久地址。

我怎樣得到有關本申請表的協助？ 聖馬刁健康計劃 (HPSM) 的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 專科醫生可協助您註冊 CareAdvantage。請致電 1-888-252-3153 (免費電話) 或 650-616-1500，服務時間為週一至週五上午 9 時至晚上 6 時。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者應致電 1-800-735-2929 或撥 7-1-1。

重要事項

請勿將本申請表或任何項目 (如索償申請表、付款、病歷表等) 寄至 PRA Reports Clearance Office。若收到任何與改善本申請表或與其資料收集任務 (如 OMB 0938-1378 所述) 無關的項目，我們會予以銷毀。這些項目將不會被保留、經審閱或轉交給計劃。

隱私法聲明

聯邦醫療保險 (紅藍卡) 與公共醫療補助計劃服務中心 (CMS) 會向聯邦醫療保險 (紅藍卡) 計劃收集資訊，以便追蹤受益人註冊登記聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage (MA) 計劃的狀態、改善醫療護理品質，以及處理聯邦醫療保險 (紅藍卡) 福利付款事宜。收集這類資訊是由《社會安全法案》(Social Security Act) 第 1851 節及 42 CFR §§ 422.50 和 422.60 授權進行。CMS 可根據以下記錄系統通知 (SORN) 所指明的範圍，使用、披露和交換來自聯邦醫療保險 (紅藍卡) 受益人的註冊資料：「聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 處方藥」(Medicare Advantage Prescription Drug，簡稱 MARx)，系統編號：09-70-0588。您對本申請表的回覆純屬自願。但若不回覆，可能會影響您註冊登記此計劃的結果。

根據 1995 年《文書簡化法案》(Paperwork Reduction Act) 規定，凡未顯示有效 OMB 管制編號的資訊收集文件，均無必要回覆。本資訊收集文件的有效 OMB 管制編號為 0938-1378。本資訊收集文件平均每次回覆估計約需 20 分鐘，其中包括閱讀說明、搜尋現有資料來源、蒐集所需資料，以及完成和檢查所填資訊所花的時間。若您對預估時間的準確性有任何意見，或者對如何改善本申請表有任何建議，請寫信至：CMS, 7500 Security Boulevard, Attn:PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850。

個人資料 (除非註明選填，否則所有欄位均須填寫)：

名字	姓氏	中間名 (選填)
	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
出生日期 (MM/DD/YYYY)	性別	電話號碼
住址 (您住的地方)	城市	州 郵遞區號 縣 (選填)
郵寄地址 (若與住址不同)	城市	州 郵遞區號 縣 (選填)
電郵地址	緊急聯絡人	緊急聯絡人電話號碼
聯邦醫療保險 (紅藍卡) 號碼 (列於您的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 正面)	加州低收入醫療保險 (白卡) 號碼 (列於您的聖馬刁健康計劃會員卡正面。)	
您是否有工作？ 是 否	您的配偶是否有工作？ 是 否	

其他處方藥承保

除了 CareAdvantage 以外，您是否還有其他處方藥承保 (如 VA、TRICARE) 是 否

承保名稱	會員卡號	團體編號
生效日期 (MM/DD/YYYY)		

重要事項：請閱讀並簽名，表示您確認且同意：

- 我必須同時保留聯邦醫療保險 (紅藍卡) Part A 和 B 以及聖馬刁健康計劃 (HPSM) 加州低收入醫療保險 (白卡)，才能留在 CareAdvantage 計劃中。
- 我一次只能加入一項聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃。當我註冊登記 CareAdvantage 時，會自動退出其他任何計劃 (例外：MA PFFS、MA MSA 計劃)。
- CareAdvantage 將與聯邦醫療保險 (紅藍卡) 分享關於我的資訊，且後者將使用這些資訊來追蹤我的註冊登記狀態、進行付款，以及用來授權此資訊收集之聯邦法律所允許的其他用途 (請見「隱私法聲明」)。您在本申請表中的回覆純屬自願，但不回覆可能影響您註冊登記 CareAdvantage 計劃的結果。
- 從我的 CareAdvantage 承保生效日期開始，我必須透過 CareAdvantage 取得所有的醫療和處方藥福利。凡是由 CareAdvantage 提供且包含在《承保說明》(EOC，亦稱《會員手冊》) 內的福利和服務將獲得承保。聯邦醫療保險 (紅藍卡) 和 CareAdvantage 都不會為未獲承保的福利和服務付款。
- 據我所知，本申請表上的資訊皆正確無誤。我了解，若我故意在本申請表上提供不實資訊，計劃會將我退出 CareAdvantage。
- 我在本申請表上簽名 (或者獲合法授權代我行事的人在本申請書上簽名)，表示我已閱讀並了解本申請表上的內容。若由獲授權代理人簽名 (如上所述)，則此簽名證明：此人是依加州法律獲得授權來完成此註冊程序；同時，若聯邦醫療保險 (紅藍卡) 或加州低收入醫療保險 (白卡) 要求，此人會提供此授權的文件。

您的簽名 _____ 日期 _____

代理人姓名 (正楷) _____ 代理人簽名 _____

代理人地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____ 縣 (選填) _____

與入會者的關係 _____ 代理人電話號碼 _____ 今天日期 _____

其他資訊

您可自行決定是否回答下列問題。您不會因為不填寫這些問題被拒絕承保。

您是西語裔、拉丁裔或有西班牙血統嗎？請選取所有適用項目

- 不是，我不是西語裔、拉丁裔或西班牙血統
- 是，我是波多黎各人
- 是，我有其他西語裔、拉丁裔或西班牙血統

- 是，我是墨西哥人、墨西哥裔美國人或齊卡諾人
- 是，我是古巴人
- 不想回答。

您是什麼種族？請選取所有適用項目。

美洲印第安人或阿拉斯加原住民
亞洲人：

- 印度人
- 日本人
- 其他亞洲人
- 中國人
- 韓國人
- 菲律賓裔
- 越南人

- 黑人或非裔美國人
- 夏威夷原住民或太平洋島民：
 - 關島人或查摩洛人
 - 薩摩亞人
 - 夏威夷原住民
 - 其他太平洋島人
- 白人
- 不想回答

您的性別？請揀選一項。

- 女
- 男
- 非二元性別

我使用其他用詞：
不想回答

以下哪一項最能代表您如何看自己？請揀選一項。

- 女同性戀者或男同性戀者
- 異性戀者，即非男同性戀者或女同性戀者
- 雙性戀

我使用其他用詞：
不知道
不想回答

若您希望我們以英文以外的其他語言版本向您寄送資訊，請選擇一個語言。

- 英文
- 西班牙文
- 他加祿語
- 中文

若您希望我們以其他無障礙輔助格式向您寄送資訊，請選擇一個格式。

- 大型字體
- 盲人點字版
- 有聲光碟版
- 其他：

若您需要以上未列的其他無障礙輔助格式資料，請聯絡 CareAdvantage，電話是 1-866-880-0606。
辦公時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00。(TTY 聽力及語言障礙裝置：1-800-735-2929 或撥 7-1-1)。

目前的主治醫生、診所或健康中心：

只適用於協助入會者填寫本表格的人士

若您為協助入會者填寫本表格的人士 (即代理人、經紀人、SHIP 顧問、家庭成員或其他第三方)，請填寫此部份。

姓名： _____ 與入會者的關係： _____
簽名 _____ 國家保險商牌照編號
(只適用於代理人/經紀人)： _____

[可選擇在此空間填寫本計劃所需要的其他行政資訊]