

指示:請為您自己或您家中任何會受到此地址變更影響之 Health Plan of San Mateo (HPSM) 會員填寫此表單。
請於底線處為此表單簽名。您可以將此表單寄至 HPSM (地址為 801 Gateway Blvd., Suite 100, South San Francisco, CA 94080)、傳真至以下正確號碼,或以電子郵件的方式寄至 **customersupport@hpsm.org**。

如果您需選擇新的初級保健提供者 (PCP),請填寫表單背面。

如果您對此表單有任何疑問或需協助,請致電 HPSM:

CareAdvantage 會員:

電話:1-866-880-0606

TTY:1-800-735-2929 或撥打 7-1-1

傳真:650-616-2190

Medi-Cal、San Mateo County ACE 和 Healthworx (HMO) 會員

電話:1-800-750-4776 或 650-616-2133

TTY:1-800-735-2929 或撥打 7-1-1

傳真:650-616-8581

會員資訊 (請列印)

姓氏 _____ 名字 _____ HPSM 會員 I.D. 號碼 _____

出生日期 _____ 性別 男性 女性 _____ 您的主要溝通語言 _____

住家電話 _____ 手機 _____

請勾選您註冊計劃旁的方塊:

CareAdvantage

HealthWorx HMO

Medi-Cal

San Mateo County ACE

郵寄地址 (請列印)

街道地址 _____ 公寓/單位號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

如果您的郵寄地址和住家地址相同,請勾選此方塊。

住家地址 (如果與郵寄地址不同)

街道地址 _____ 公寓/單位號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

簽名 _____ 日期 _____

請參閱本頁頂端指示,瞭解如何將填妥的表單寄回 HPSM。