

如何更新您的地址

1. 此份表格只適用於您自己。若您家中的其他成員也需要更改地址，請分別為每一名成員額外填寫表格。
2. 在頁底簽名前，請檢查全份表格，以確保資料完整和正確。
3. 請使用以下您所屬計劃的聯絡資料，以郵寄、電郵或傳真方式提交表格。

如有任何問題或需要協助，請致電以下您所屬計劃的電話號碼，聯絡聖馬刁健康計劃 (HPSM)。

CareAdvantage 會員：

郵寄：801 Gateway Blvd., Suite 100

c/o The CareAdvantage Unit

South San Francisco, CA 94080

電郵：CareAdvantageSupport@hpsm.org

傳真：**650-616-2190**

電話：**1-866-880-0606**

TTY (聽力及語言障礙) 專線：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**

加州低收入醫療保險 (白卡)、聖馬刁縣 ACE 和 HealthWorx 計劃 (HMO) 會員

郵寄：801 Gateway Blvd., Suite 100

c/o Member Services

South San Francisco, CA 94080

電郵：MemberServicesSupport@hpsm.org

傳真：**650-616-8581**

電話：**1-800-750-4776** 或 **650-616-2133**

TTY (聽力及語言障礙) 專線：**1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**

會員資訊 (請以正楷填寫)

姓氏 _____ 名字 _____ 聖馬刁健康計劃會員編號 _____

男 女

出生日期 _____

性別

您的主要語言 _____

住家電話 _____

手機 _____

請勾選您所屬計劃的方格：

CareAdvantage

HealthWorx 計劃 (HMO)

加州低收入醫療保險 (白卡) 計劃

聖馬刁縣 ACE

郵寄地址 (請以正楷填寫)

街道地址 _____ 公寓或單位號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

若您的郵寄地址與住宅地址相同，請勾選此方格。

住宅地址 (若與郵寄地址不同)

街道地址 _____ 公寓或單位號碼 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

簽名 _____ 日期 _____

請參閱本頁頂部的說明，了解如何將已填妥的表格交回聖馬刁健康計劃。