

如果您要求退出計劃，您必須繼續向 CareAdvantage (HMO D-SNP) 取得所有醫療護理服務，直到退出生效日期為止。在您尋求 CareAdvantage (HMO D-SNP) 網絡外的醫療服務之前，請先聯絡我們以確認您的退出是否生效。在收到您的申請表後，我們將通知您退出生效日期。

姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中間名 \_\_\_\_\_ 先生 太太 小姐 女士  
首字母 \_\_\_\_\_ 生 太 姐 士

CareAdvantage ID 號碼 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 男 女  
出生日期(月/日/年) \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 住家電話號碼 \_\_\_\_\_

**請詳閱和填寫以下資料，然後在此退出計劃申請表上簽名，並寫上日期：**

我了解，如果我加入其他聯邦醫療保險(紅藍卡) Advantage 或聯邦醫療保險(紅藍卡) 處方藥計劃，在我新加入計劃的生效日期當天，聯邦醫療保險(紅藍卡) 將取消我目前的 CareAdvantage (HMO D-SNP) 會員資格。我了解，我目前可能無法註冊登記其他計劃。我亦了解，如果我現在退出聯邦醫療保險(紅藍卡) 處方藥承保，但未來想再獲得聯邦醫療保險(紅藍卡) 處方藥承保，我可能得為此承保支付更高的保費。

您的簽名\* \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

\*或根據您居住州的法律規定，由獲授權可代表您行事的人士簽名。若由獲授權人簽名(如上所述)，則此簽名證明：1) 此人是依加州法律獲得授權來填寫此退出計劃申請表，以及2)若 CareAdvantage (HMO D-SNP) 或聯邦醫療保險(紅藍卡) 提出要求，可提供相關此授權文件。

若您是獲授權代理人，必須提供以下資料：

姓名 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_

與入會者的關係 \_\_\_\_\_

退出計劃原因(選填)： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 破例註冊期的資格證明

一般而言，您只能夠在每年 10 月 15 日至 12 月 7 日的年度註冊登記期內，或每年 1 月 1 日至 3 月 31 日的聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 公開註冊登記期內，退出聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃。但有些例外情況可能允許您在這個時期以外退出聯邦醫療保險 (紅藍卡) Advantage 計劃。

請仔細閱讀以下聲明，若聲明符合您的情況，請勾選該空格。勾選以下空格即表示您盡自己所知，確認您符合此破例註冊期的資格。

- 我的加州低收入醫療保險 (白卡) 最近於 (輸入日期) \_\_\_\_\_ 有變動 (新加入加州低收入醫療保險 (白卡)、加州低收入醫療保險 (白卡) 援助級別有變動，或失去加州低收入醫療保險 (白卡))。
- 為我支付聯邦醫療保險 (紅藍卡) 處方藥承保費用的額外補助計劃 (Extra Help) 最近於 (輸入日期) \_\_\_\_\_ 有更動 (新加入額外補助計劃、額外補助計劃的級別有變動，或失去額外補助計劃)。
- 我正要搬入、現正居住在或近期已搬出長期護理機構 (如療養院或長期護理機構)。我已搬出/將搬入/將搬出該機構，日期是 (輸入日期) \_\_\_\_\_。
- 我準備於 (輸入日期) \_\_\_\_\_ 加入長者綜合護理計劃 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)。
- 我準備於 (輸入日期) \_\_\_\_\_ 加入僱主或工會保險計劃。
- 我已註冊登記聯邦醫療保險 (紅藍卡) (或州政府) 提供的一項計劃，而我想選擇另一個計劃。我開始註冊登記該計劃的日期是 (輸入日期) \_\_\_\_\_。

若以上聲明沒有一項適用於您或您不太確定的話，請致電 CareAdvantage 部門，電話：**1-866-880-0606** (免費電話) 或 **650-616-2174**。TTY 聽力及語言障礙裝置使用者可以致電 **1-800-735-2929** (聽力及語言障礙專線)，使用加州聽力及語言障礙傳譯服務 (California Relay Services, CRS)。您可在週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00 致電與我們聯絡。