HealthPlan OF SAN MATEO
CareAdvantage
Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

FORM PARA SA PAGKAKATANGGAL MULA SA PAGKAKA-ENROLL

Kung hihiling kayo ng pagkakatanggal mula sa pagkaka-enroll, dapat ay patuloy pa rin ninyong kunin ang lahat ng pangangalagang medikal mula sa CareAdvantage (HMO D-SNP) hanggang sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkakatanggal mula sa pagkaka-enroll. Kontakin kami para beripikahin ang inyong pagkakatanggal mula sa pagkaka-enroll bago kayo humingi ng mga serbisyong medikal sa labas ng samahan ng CareAdvantage (HMO D-SNP). Aabisuhan namin kayo tungkol sa inyong petsa ng pagkakaroon ng bisa pagkatapos naming makuha ang form na ito mula sa inyo.

Apelyido _____ Pangalan _____ Panggitnang Inisyal _____ ☐ G. ☐ Gng. ☐ Binibini ☐ Bb.

Numero ng ID sa CareAdvantage _____

Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY) _____ Kasarian ☐ Lalaki ☐ Babae # ng Telepono sa Bahay _____

Pakibasa nang mabuti at kumpletuhin ang mga sumusunod na impormasyon bago lagdaan at petsahan ang form na ito para sa pagkakatanggal mula sa pagkaka-enroll:

Kung nag-enroll ako sa ibang Medicare Advantage na Plano o Plano sa Inireresetang Gamot ng Medicare, nauunawaan ko na kakanselahin ng Medicare ang kasalukuyan kong membership sa CareAdvantage (HMO D-SNP) sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng naturang bagong pagpapa-enroll. Nauunawaan ko na posibleng hindi ako puwedeng mag-enroll sa ibang plano sa kasalukuyan. Nauunawaan ko rin na kung sakaling aalis ako sa pagkaka-enroll sa aking pagkakasakop sa inireresetang gamot ng Medicare at gugustuhin kong magkaroon ng pagkakasakop sa inireresetang gamot ng Medicare sa hinaharap, posibleng magkaroon ako ng mas mataas na premium (hulog sa seguro) para sa pagkakasakop na ito.

Ang Inyong Lagda* _____ Petsa _____

*O ang lagda ng taong awtorisadong kumilos sa ngalan ninyo sa ilalim ng mga batas ng Estado kung saan kayo nakatira. Kung nilagdaan ng awtorisadong indibidwal (ayon sa inilarawan sa itaas), pinatutunayan ng lagdang ito na: 1) awtorisado ang taong ito sa ilalim ng batas ng Estado na kumpletuhin ang pagkakatanggal mula sa pagkaka-enroll na ito at 2) makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiningi ng CareAdvantage (HMO D-SNP) o Medicare.

Kung kayo ang awtorisadong kinatawan, dapat ninyong ibigay ang mga sumusunod na impormasyon:

Pangalan _____

Address _____

ng Telepono _____

Kaugnayan sa Naka-enroll _____

Dahilan ng pagkakatanggal mula sa pagkaka-enroll (opsyonal):

_____

_____

_____

_____

_____

Pagpapatunay ng Pagiging Kwalipikado para sa Panahon ng Pagpapalista

Karaniwan, maaari kang umalis sa pagkaka-enroll sa plano ng Medicare Advantage sa panahon ng taunang panahon ng pagpapatala lamang mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon o sa Panahon ng Pagbukas ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage mula Enero 1 hanggang Marso 31 ng bawat taon.
May mga pagbubukod na maaaring payagan kayong umalis sa pagkaka-enroll mula sa isang plano ng Medicare Advantage sa labas ng panahong ito.

Mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung naaangkop ang pahayag sa iyo. Sa paglagay ng tsek sa anuman sa sumusunod na mga kahon iyong pinatutunayan na, sa abot ng iyong kaalaman, ikaw ay karapat-dapat para sa Panahon ng Pagpapalista.

☐ Kamakailan ay nagkaroon ako ng pagbabago sa aking Medi-Cal (bago lang nakakuha ng Medi-Cal, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong sa Medi-Cal, o nawalan ng Medi-Cal) noong (ilagay ang petsa dito) _____.

☐ Kamakailan ay nagkaroon ako ng pagbabago sa aking Karagdagang Tulong (Extra Help) sa pagbabayad para sa pagkakasakop sa iniresetang gamot ng Medicare (bago lang nakakuha ng Karagdagang Tulong, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Karagdagang Tulong, o nawalan ng Karagdagang Tulong) noong (ilagay ang petsa dito) _____.

☐ Ako ay lilipat sa, nakatira sa o kamakailang umalis sa isang Pasilidad para sa Matagalang Pangangalaga (halimbawa, isang tahanan para sa pangangalaga o pasilidad para sa matagalang pangangalaga). Ako ay lumipat/lilipat sa/aalis sa pasilidad sa (ilagay ang petsa) _____.

☐ Ako ay sasali sa programa ng PACE sa (ilagay ang petsa) _____.

☐ Ako ay sasali sa pagkakasakop ng taga-empleyo o unyon sa (ilagay ang petsa) _____.

☐ Ako ay naka-enroll sa isang plano ng Medicare (o ng aking estado) at gusto kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang aking pagkaka-enroll sa planong iyon noong (ilagay ang petsa) _____.

Kung wala sa mga pahayag na ito ang naaangkop sa inyo o hindi kayo sigurado, mangyaring tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606** (libreng toll) o **650-616-2174**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa California Relay Service (CRS) sa **1-800-735-2929** (TTY). Maaari ninyo kaming tawagan mula Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.