

**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) 有合約的雙重特別需求計劃。註冊加入 CareAdvantage D-SNP 計劃取決於本計劃是否已續約。**

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。**如果您想在秋季開放註冊期 (10 月 15 日至 12 月 7 日) 加入，聖馬刁健康計劃 (HPSM) 必須在 12 月 7 日以前收到您填好的申請表。您可透過三種方式向聖馬刁健康計劃提交本申請表：

**郵寄：**

Health Plan of San Mateo  
C/O Marketing  
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  
[customersupport@hpsm.org](mailto:customersupport@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 以及加州低收入醫療保險 (白卡) 健康保險的人士

**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 (保險從隔年 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](http://www.medicare.gov))

**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？** 聖馬刁健康計劃的聯邦醫療保險 (紅藍卡) 專員團隊可協助您註冊 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加入聯邦醫療保險 (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，可能會影響您註冊加入此計劃的結果。

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 姓 中間名 (選填)

出生日期 (MM/DD/YYYY) 性別  男  女

電話號碼

住址 (您住的地方) 市 州 郵遞區號 縣 (選填)

郵寄地址 (若與住址不同) 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 (列於卡片正面)

加州低收入醫療保險 (白卡) 號碼 (列於卡片正面)

您是否有工作?  是  否您的配偶是否有工作?  是  否**其他處方藥保險**除了 CareAdvantage 以外，您是否還有其他處方藥保險 (如 VA、TRICARE)  是  否

保險名稱 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。當我加入 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加入狀態、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，但不回覆可能會影響您註冊加入 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 市 州 郵遞區號 縣 (選填)

與註冊者的關係 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、拉丁裔或有西班牙血統

是：墨西哥人、墨西哥裔美國人、齊卡諾人

是：波多黎各人

是：古巴人

是：其他西語裔、拉丁裔或有西班牙血統

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

印度人

黑人或非裔美國人

華人

菲律賓人

關島人或查摩洛人

日本人

韓國人

夏威夷原住民

其他亞洲人

其他太平洋島人

薩摩亞人

越南人

白人

不想回答。

您偏好使用哪種語言？

英語

西班牙語

他加祿語

中文

俄語

其他 (請列出)：

您是否希望收到偏好語言版本的資料？

是

否

您是否希望收到另一種無障礙輔助格式的資料？若是，請選擇一項：

大型字體版

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：