

Ang CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) ay isang Dual Special Needs Plan na may mga kontrata sa Medicare at Medi-Cal. Ang pagpapa-enroll sa CareAdvantage D-SNP ay nakadepende sa pagpapa-renew ng kontrata.

Ang pagsagot sa aplikasyong ito ang una ninyong hakbang para magkaroon ng access sa malawak na hanay ng mga benepisyo at serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan. Bukod pa rito, maaari kayong kumonekta sa isang lokal na pangkat para tulungan kayong magamit ang mga benepisyong iyon para manatili kayong malusog.

Madali lang ang pagsali sa CareAdvantage. Kung gusto ninyong sumali sa bukas na panahon ng pagpapa-enroll sa taglagas (Oktubre 15–Disyembre 7), dapat makuha ng Health Plan of San Mateo (HPSM) ang nasagutan ninyong form hanggang Disyembre 7. Maaari ninyong isauli ang form na ito sa HPSM sa tatlong paraan:

Mail:

Health Plan of San Mateo
C/O Marketing
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

o

Email:

Kunan ng larawan o i-scan ang bawat pahina at ipadala bilang attachment sa customersupport@hpsm.org

o

Fax:

650-616-2190

Sino ang maaaring sumagot ng form na ito? Ang mga tao **lang** na may mga Medicare Part A at B at pagkakasakop sa kalusugan ng HPSM Medi-Cal

Kailan ko dapat gamitin ang form na ito? Maaari ninyong sagutan ang form na ito para sumali sa CareAdvantage:

- Mula Oktubre 15 – Disyembre 7 kada taon (para sa pagkakasakop simula Enero 1 ng susunod na taon)
- Sa loob ng 3 buwan mula noong unang magkaroon ng Medicare
- Sa ilang sitwasyon, kapag pinayagan kayong sumali o lumipat ng plano (alamin ang higit pa sa www.medicare.gov)

Ano ang kailangan ko para masagutan ang form na ito? Kakailanganin ninyo ang inyong numero sa Medicare (mula sa inyong pula, puti, at asul na Medicare card), ang inyong numero sa Medi-Cal, ang inyong address, at ang inyong numero ng telepono. *Kung wala kayong permanenteng address, maaaring ituring na permanente ninyong address ang isang post office box, address ng isang shelter o klinika, o address kung saan kayo nakakatanggap ng anumang mail (mga tseke ng social security, atbp.).*

Paano ako makakahingi ng tulong kaugnay ng form na ito? Handa ang pangkat ng Mga Espesyalista sa Medicare ng HPSM na tulungan kayong mag-sign up sa CareAdvantage. Tawagan sila sa **1-888-252-3153** (toll free) o **650-616-1500** Lunes hanggang Biyernes mula 9 a.m. hanggang 6 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o ang anumang item na naglalaman ng inyong personal na impormasyon (gaya ng mga claim (paghahabol ng kabayaran), mga pagbabayad, mga medikal na rekord, atbp.) sa PRA Reports Clearance Office. Sisirain ang anumang item na makukuha namin na hindi tungkol sa pagpapahusay sa form na ito o pagpapagaan sa bigat ng pangongolekta nito (nakabalangkas sa OMB 0938-1378). Hindi ito itatabi, susuriin, o ipapasa sa plano.

PAHAYAG NG BATAS SA PRIVACY

Nangongolekta ang Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) ng impormasyon mula sa mga plano ng Medicare para subaybayan ang pagpapa-enroll ng mga benepisyaryo sa mga Plano ng Medicare Advantage (MA), mapaganda ang pangangalaga, at para bayaran ang mga benepisyo ng Medicare. Pinapahintulutan ng mga seksyon 1851 ng Social Security Act at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pangongolekta sa impormasyong ito. Magagawa ng CMS na gamitin, ibahagi, at ipagpalit ang data ng pagpapa-enroll mula sa mga benepisyaryo ng Medicare alinsunod sa System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-70-0588. Boluntaryo ang pagsagot ninyo sa form na ito. Gayunpaman, ang hindi pagsagot ay maaaring makaapekto sa pagpapa-enroll sa plano.

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995 (Batas ng Pagbabawas ng Papeles), walang sinuman ang kailangang sumagot sa pagkolekta ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong valid na OMB control number. Ang valid na OMB control number para sa pangongolektang ito ng impormasyon ay 0938-1378. Ang oras na kailangan para makumpleto ang impormasyong ito ay tinatayang nasa average na 20 minuto kada sagot, kabilang ang oras para basahin ang mga instruksiyon, maghanap ng mga kasalukuyang mapagkukunan ng data, mangalap ng kailangang data, at sagutan at repasuhin ang pangongolekta ng impormasyon. Kung mayroon kayong mga komento tungkol sa kawastuhan ng (mga) tinatayang oras o mungkahi para sa pagpapahusay ng form na ito, pakisulatang ang: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Sabihin sa amin ang tungkol sa inyong sarili (kinakailangan ang lahat ng patlang maliban kung minarkahang opsyonal):

Pangalan	Apelyido	Panggitnang Inisyal <i>(opsyonal)</i>			
	Lalaki Kasarian	Babae			
Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY)			# ng Telepono		
Address ng Bahay <i>(kung saan kayo nakatira)</i>	Lungsod	Estado	Zip	County <i>(opsyonal)</i>	
Mailing Address <i>(kung iba sa address ng bahay)</i>	Lungsod	Estado	Zip	County <i>(opsyonal)</i>	
Email Address	Kontak Kung May Emergency	# ng Telepono ng Kontak Kung May Emergency			
# sa Medicare <i>(Makikita ang impormasyong ito sa harapan ng inyong card.)</i>		# sa Medi-Cal <i>(Makikita ang impormasyong ito sa harapan ng inyong card.)</i>			
Nagtatrabaho ba kayo?	Oo	Hindi	Nagtatrabaho ba ang asawa ninyo?	Oo	Hindi

Iba Pang Pagkakasakop sa Inireresetang Gamot

Magkakaroon ba kayo ng iba pang pagkakasakop sa inireresetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bukod pa sa CareAdvantage

Oo

Hindi

Pangalan ng Pagkakasakop	Member ID#	Group ID#
Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa (MM/DD/YYYY)		

MAHALAGA: Basahin at lagdaan para kumpirmahing nauunawaan ninyo na:

- Dapat kong panatilihin pareho ang Medicare Part A at B, at HPSM Medi-Cal para manatili sa CareAdvantage.
- Sa isang plano ng Medicare Advantage lang ako puwedeng naka-enroll sa isang pagkakataon. Awtomatikong wawakasan ng pagpapa-enroll sa anumang iba pang plano ang pagpapa-enroll ko sa CareAdvantage (maliban sa mga MA PFFS, MA MSA na plano).
- Ibabahagi ng CareAdvantage ang aking impormasyon sa Medicare, na maaari nitong gamitin para subaybayan ang aking pagpapa-enroll, para magbayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan sa ilalim ng Pederal na batas, at pinapayagan ko ang pangongolekta ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag ng Batas sa Privacy). Boluntaryo ang pagsagot ninyo sa form na ito, pero ang hindi pagsagot ay puwedeng makaapekto sa pagpapa-enroll ninyo sa CareAdvantage.
- Kapag nagsimula na ang aking pagkakasakop sa CareAdvantage, dapat kong kunin sa CareAdvantage ang lahat ng aking medikal na benepisyo at benepisyo sa inireresetang gamot. Sasakupin ang mga benepisyo at serbisyong ibinigay ng CareAdvantage at nakalagay sa aking Katibayan ng Pagkakasakop (Evidence of Coverage, EOC) (kilala rin bilang Aklat-Gabay ng Miyembro). Hindi babayaran ng Medicare at CareAdvantage ang mga benepisyo o serbisyong hindi sakop.
- Sa abot ng aking kaalaman, wasto ang impormasyon sa form na ito. Nauunawaan ko na kung sinadya kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage.
- Ang aking lagda (o ang lagda ng taong legal na pinahintulutang kumilos sa ngalan ko) sa form na ito ay nangangahulugang nabasa at nauunawaan ko ang form na ito. Kung nilagdaan ng awtorisadong kinatawan (ayon sa nakasaad kanina), pinatutunayan ng lagdang ito na ang taong ito ay awtorisado sa ilalim ng batas ng Estado na sagutan ang pagpapa-enroll na ito at makukuha ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiningi ng Medicare o Medi-Cal.

Ang Inyong Lagda

Petsa

Pangalan ng kinatawan (paki-print)

Lagda ng kinatawan

Address ng kinatawan

Lungsod

Estado

Zip

County *(opsyonal)*

Kaugnayan sa naka-enroll

ng telepono ng kinatawan

Petsa ngayong araw

Iba Pang Impormasyon

Nasa sa inyo kung sasagutin ninyo ang mga tanong na ito. Hindi kayo pagkakaitan ng pagkakasakop kung hindi ninyo pupunan ang mga ito.

Hispanic, Latino/a, o Spanish ba ang origin ninyo? Piliin ang lahat ng naaangkop

Hindi, hindi Hispanic, Latino/a, o Spanish ang origin

Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a

Oo, Puerto Rican

Oo, Cuban

Oo, iba pang Hispanic, Latino/a, o Spanish na origin

Pinili kong hindi sumagot.

Ano ang inyong lahi? Pakipili ang lahat ng naaangkop.

American Indian o Alaska Native

Asian Indian

Black o African American

Chinese

Pilipino

Guamanian o Chamorro

Japanese

Korean

Native Hawaiian

Iba Pang Asian

Iba Pang Pacific Islander

Samoan

Vietnamese

White

Pinili kong hindi sumagot.

Anong wika ang gusto ninyong gamitin?

Ingles

Espanyol

Tagalog

Chinese

Russian

Iba pa (pakilista):

Nais ba ninyong makatanggap ng impormasyon sa gusto ninyong wika?

Oo

Hindi

Nais ba ninyong makatanggap ng impormasyon sa ibang accessible na format? Kung oo, pumili ng isa:

Malalaking titik

Braille

Audio CD

Iba pa:

Kontakin ang CareAdvantage sa **1-866-880-0606** kung kailangan ninyo ng impormasyon sa isang accessible na format bukod sa kung ano ang nakalista sa itaas. Bukas kami Lunes – Linggo 8:00 am hanggang 8:00 pm. (TTY: **1-800-735-2929** o **7-1-1**).

Kasalukuyang Tagabigay ng Serbisyo sa Pangunahing Pangangalaga, klinika, o health center:

Karaniwan, maaari kang magpatala sa isang plano ng Medicare Advantage lamang sa panahon ng taunang panahon ng pagpapatatala mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon. May mga pagbubukod na maaaring magpahintulot sa iyo na magpatala sa isang plano ng Medicare Advantage sa labas ng panahong ito.

Basahing mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung angkop sa iyo ang pahayag. Sa paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon, pinatutunayan mo na, sa abot ng iyong kaalaman, ikaw ay karapat-dapat para sa isang Panahon ng Pagpapatatala. Kung matukoy namin kinalaunan na mali ang impormasyong ito, maaari kang maalis sa pagkakatala.

- Bago lang ako sa Medicare.
- Ako ay nakatala sa isang plano ng Medicare Advantage at nais kong gumawa ng pagbabago sa panahon ng Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- Kamakailan lamang ay lumipat ako sa labas ng lugar ng serbisyo para sa aking kasalukuyang plano o lumipat ako kamakailan at ang planong ito ay isang bagong pagpipilian para sa akin. Lumipat ako noong (ilagay ang petsa) _____.
- Kamakailan lang ay nakalaya ako mula sa pagkakakulong. Pinalaya ako noong (ilagay ang petsa) _____.
- Kamakailan ay bumalik ako sa Estados Unidos matapos manirahan nang permanente sa labas ng U.S. Bumalik ako sa U.S. noong (ilagay ang petsa) _____.
- Kamakailan ay nakakuha ako ng status na legal na naninirahan sa Estados Unidos. Nakuha ko ang status na ito noong (ilagay ang petsa) _____.
- Kamakailan ay nagkaroon ako ng pagbabago sa aking Medicaid (bagong nakuha na Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong ng Medicaid, o nawala ang Medicaid) noong (ilagay ang petsa) _____.
- Kamakailan ay nagkaroon ako ng pagbabago sa aking Ekstrang Tulong na nagbabayad para sa coverage ng inireresetang gamot ng Medicare (bagong nakakuhang Ekstrang Tulong, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Ekstrang Tulong, o nawala ang Ekstrang Tulong) noong (ilagay ang petsa) _____.
- Mayroon ako ng parehong Medicare at Medicaid (o tumutulong ang aking estado sa pagbabayad para sa aking mga premium ng Medicare) o nakakuha ako ng Ekstrang Tulong sa pagbabayad para sa aking coverage ng inireresetang gamot ng Medicare, ngunit hindi ako nagkaroon ng pagbabago.
- Ako ay lumilipat sa, nakatira sa, o lumipat kamakailan lamang sa labas ng isang Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang nursing home o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga). Lumipat ako/lilipat sa loob/labas ng pasilidad sa (ilagay ang petsa) _____.
- Kamakailan lang ay umalis ako sa isang programa ng PACE noong (ilagay ang petsa) _____.

- Kamakailan lamang, di-sinasadyang nawala ang aking creditable coverage ng inireresetang gamot (coverage na kasinghusay ng Medicare). Nawala ang aking coverage sa gamot noong (ilagay ang petsa) _____.
- Aalis ako sa employer o coverage ng unyon sa (insert date) _____.
- Kabilang ako sa isang programa ng tulong sa parmasya na ibinigay ng aking estado.
- Tinatapos ng aking plano ang kontrata nito sa Medicare, o tinatapos ng Medicare ang kontrata nito sa aking plano.
- Ako ay nakatala sa isang plano ng Medicare (o ng aking estado) at nais kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang pagpapatala ko sa planong iyon noong (ilagay ang petsa) _____.
- Nagpatala ako sa isang Special Needs Plan (SNP) pero nawala na ang kwalipikasyon sa espesyal na mga pangangailangan na kailangan para makasama sa planong iyon. Naalis ako sa pagkakatala sa SNP noong (ilagay ang petsa) _____.
- Naapektuhan ako ng isang emergency o malaking sakuna na may kaugnayan sa panahon (ayon sa ipinahayag ng Federal Emergency Management Agency (FEMA). Isa sa iba pang mga pahayag dito ay naaangkop sa akin, ngunit hindi ko nagawa ang aking pagpapatala dahil sa natural na kalamidad.

Kung wala sa mga pahayag na ito ang naaangkop sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnay sa CareAdvantage Unit sa **1-866-880-0606** (toll free) o **650-616-2174** Maaaring gamitin ng mga gumagamit ng TTY ang California Relay Service sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1** para makita kung kwalipikado kang magpatala. Bukas kami Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.