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

註冊申請表

OMB 編號：0938-1378 (到期日 12/31/2026)

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。您可透過兩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 Medicare Specialists
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

或

傳真：
650-829-2015

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：

- 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**)

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。

HealthPlan OF SAN MATEO

註冊申請表

H6019_Enrollment_E 2026

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

若是，請填寫以下資訊:

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，表示您確認且同意並完成頁面另一側的項目：

- 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

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)。

填寫另一面的項目

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　資料光碟

其他：_____

目前的主治醫生、診所或健康中心：

National Producer Number (NPN):
(僅供內部使用) _____