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

FORM SA PAGPAPA-ENROLL

OMB No. 0938-1378 (Mawawalan ng bisa sa 12/31/2026)

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. Maaari ninyong isauli ang form na ito sa HPSM sa dalawa paraan:

Mail:
Health Plan of San Mateo
C/O Medicare Specialists
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

o

Fax:
650-829-2015

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:

- 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, pakisulatan ang: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

HealthPlan OF SAN MATEO

FORM SA PAGPAPA-ENROLL

H6019_Enrollment_E 2026

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

Pangalan | Apelyido | Panggitnang Inisyal *(opsyonal)*

Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY) | Kasarian: Lalaki Babae | # ng Telepono

Address ng Bahay *(kung saan kayo nakatira)* | Lungsod | Estado | Zip | County *(opsyonal)*

Mailing Address *(kung iba sa address ng bahay)* | Lungsod | Estado | Zip | County *(opsyonal)*

Email Address | Kontak Kung May Emergency | # ng Telepono ng Kontak Kung May Emergency

 # sa Medicare (Makikita ang impormasyong ito sa harapan ng inyong card.) | # sa Medi-Cal (*Makikita ang impormasyong ito sa harapan ng inyong card.)*

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

Kung oo, kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba:

Pangalan ng Pagkakasakop | Member ID# | Group ID#

Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa (MM/DD/YYYY) _____

MAHALAGA: Basahin at lagdaan para kumpirmahing nauunawaan ninyo na at kumpletuhin ang mga item sa kabilang panig ng pahina:

- 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 ibinibigay 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

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**).

KUMPLETO ANG MGA ITEMS SA IBANG SIDE

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.

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 CD ng Datos

Iba pa: _____

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

National Producer Number (NPN):
(Para sa HPSM lamang) _____