

Cómo actualizar su dirección

1. Llene este formulario para usted exclusivamente. Llene un formulario por separado para cada miembro de su hogar que se vea afectado por el cambio de dirección.
2. Revise todo el formulario para asegurarse de que esté completo y con información precisa y luego fírmelo en la parte inferior.
3. Envíe el formulario ya sea por correo postal, email o fax utilizando la información de contacto de su plan que se indica a continuación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a HPSM al número de teléfono de su plan que se indica a continuación.

Miembros de CareAdvantage:

Correo postal: 801 Gateway Blvd., Suite 100
c/o The CareAdvantage Unit
South San Francisco, CA 94080

Email: CareAdvantageSupport@hpsm.org

Fax: **650-616-2190**

Teléfono: **1-866-880-0606**

TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**

Miembros de Medi-Cal, San Mateo County ACE y HealthWorx (HMO)

Correo postal: 801 Gateway Blvd., Suite 100
c/o Member Services
South San Francisco, CA 94080

Email: MemberServicesSupport@hpsm.org

Fax: **650-616-8581**

Teléfono: **1-800-750-4776** o **650-616-2133**

TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**

Información del miembro *(escriba en letra de molde)*

Apellido	Primer nombre	Número de identificación de miembro de HPSM
----------	---------------	---

Masculino Femenino

Fecha de nacimiento	Género	Su idioma primario
---------------------	--------	--------------------

Teléfono de su hogar	Teléfono celular
----------------------	------------------

Por favor marque el casillero del programa en el que está inscrito:

CareAdvantage HealthWorx HMO Medi-Cal ACE del Condado de San Mateo

Dirección postal *(escriba en letra de molde)*

Dirección (calle y número)	# de apto. o unidad
----------------------------	---------------------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Marque esta casilla si su dirección postal y la dirección de su hogar son las mismas.

Dirección del hogar *(en caso de ser distinta a la postal)*

Dirección (calle y número)	# de apto. o unidad
----------------------------	---------------------

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Firma

Fecha

Vea la parte superior de esta página para obtener instrucciones sobre cómo enviar los formularios completados a HPSM.