

Indibidwal na Form ng Kahilingan sa Pagpapatala para Magpatala sa SFHP Care Plus (HMO D-SNP), isang Medicare Medi-Cal Plan

Sino ang puwedeng gumamit ng form na ito?

Mga taong may Medicare na gustong sumali sa isang Medicare Advantage Plan.

Para makasali sa isang plan, dapat ay:

- Isa kang mamamayan ng Estados Unidos o legal kang naninirahan sa U.S.
- Nakatira ka sa lugar na pinagseserbisuhan ng plan

Mahalaga: Para makasali sa Medicare Advantage Dual-Eligible Special Needs Plan, dapat ay mayroon ka ring:

- Medicare Part A (Insurance sa Ospital)
- Medicare Part B (Medikal na Insurance)
- Medi-Cal (Ang Medicaid Insurance ng Estado ng California para sa mga indibidwal na mababa ang kita)

Kailan ko dapat gamitin ang form na ito?

Ang plan na ito ay isang Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) na pinapatakbo sa ilalim ng Panahon ng Espesyal na Pagpapatala para sa Pinagsamang Pangangalaga. Puwedeng magpatala ang mga kuwalipikadong miyembro kahit anong oras sa buong taon, at magsisimula ang saklaw sa unang araw ng susunod na buwan pagkatapos ng pagpapatala.

Bisitahin ang **Medicare.gov** para malaman pa ang tungkol sa kung kailan ka pwedeng mag-sign up sa isang plan.

Ano ang kailangan ko para makumpleto ang form na ito?

- Ang iyong Medicare Number (ang numero sa iyong pula, puti, at asul na Medicare card)
- Ang iyong permanenteng address at numero ng telepono

Tandaan: Dapat mong sagutan ang lahat ng item sa Seksyon 1. Opsyonal ang mga item sa Seksyon 2 — hindi ka maaaring pagkaitan ng saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Mga Paalala:

Dahil isa itong Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP), maaaring magpatala ang mga kwalipikadong miyembro anumang oras sa buong taon sa pamamagitan ng Espesyal na Panahon ng Pagpapatala (Special Enrollment Period o SEP) kada buwan.

Ano ang susunod na mangyayari?

Ipadala ang iyong nasagutan at nalagdaang form sa:

SFHP Care Plus (HMO D-SNP)
San Francisco Health Plan
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Kapag naiproseso na nila ang iyong kahilingang sumali, makikipag-ugnayan sila sa iyo.

Paano ako makakahingi ng tulong sa form na ito?

Tawagan ang SFHP Care Plus sa **1(415) 988-8500** o **1(844) 254-8500** (toll-free). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**.

O kaya, tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

En español:

Llame a SFHP Care Plus al **1(415) 727-2273** o **1(888) 765-7327** (llamada gratuita), TTY **711**, o a Medicare gratis al **1-800-633-4227** y oprima el **8** para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Mga indibidwal na walang tirahan

Kung gusto mong sumali sa isang plan pero wala kang permanenteng tirahan, ang post office box, address ng isang shelter o klinika, o ang address kung saan ka tumatanggap ng mail (hal., mga tseke ng Social Security) ang maaaring ituring na address ng permanenteng tirahan mo.

Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, hindi kailangang sagutin ng sinumang tao ang pangangalagap ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong valid na OMB control number. Ang valid na OMB control number para sa pangangalagap ng impormasyon na ito ay 0938-NEW. Tinatayang aabutin ng humigit-kumulang 20 minuto bawat sagot para makumpleto ang impormasyong ito, kasama na ang oras para basahin ang mga tagubilin hanapin ang mga kinakailangang data resources, tipunin ang kinakailangang data, at kumpletuhin at suriin ang nakalap na impormasyon. Kung mayroon kang mga komento tungkol sa pagiging tumpak ng tinatayang oras o mga mungkahi para mapabuti ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MAHALAGA

Huwag ipadala ang form na ito o anumang item na naglalaman ng iyong personal na impormasyon (gaya ng mga claim, pagbabayad, medikal na rekord, atbp.) sa PRA Reports Clearance Office. Ang anumang item na matatanggap namin na hindi tungkol sa kung paano pa mapapaganda ang form na ito o mapapabilis ang pangangalagap nito (nakabalangkas sa OMB 0938-1378) ay sisirain. Hindi ito itatabi, susuriin, o ipapasa sa plan. Tingnan ang "Ano ang susunod na mangyayari?" sa pahinang ito para ipadala ang nasagutan mong form sa plan.

Form ng Pagpapatala sa SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Seksyon 1 – Kailangang punan ang lahat ng field sa pahinang ito (maliban na lang kung minarkahang opsyonal)

Piliin ang plan na gusto mong salihan: ☐ SFHP Care Plus (HMO D-SNP) — \$0 kada buwan

Unang Pangalan: _____ Apelyido: _____ Gitnang Inisyal: _____

Petsa ng Kapanganakan: (BB/AA/TTTT) _____ Kasarian: ☐ Lalaki ☐ Babae

Numero ng telepono: _____ Alternatibong Numero ng Telepono (Opsyonal): _____

Email (Opsyonal): _____

Pumapayag akong makipag-ugnayan sa akin ang SFHP Care Plus, nang direkta o sa pamamagitan ng mga third party na kumikilos sa ngalan nito, tungkol sa mga benepisyo ng saklaw ng plan na pangkalusugan, mga opsyon o serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, edukasyong pangkalusugan, o anupamang paksang nauugnay sa miyembro. Nauunawaan kong maaaring ipadala sa akin ang mga mensaheng ito sa pamamagitan ng mga text message, email, o tawag sa telepono sa cell phone ko, kasama ang mga naka-automate na tawag sa telepono na nagpapaabot ng mga na-prerecord na mensahe.

☐ Oo ☐ Hindi

Puwede mong baguhin ang iyong mga kagustuhan sa mga komunikasyon anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa Serbisyo sa Customer.

Address ng kalye ng permanenteng tirahan (Huwag ilagay ang PO Box): _____

Lungsod: _____ Lalawigan / Probinsya: _____ Estado: _____ Zip: _____

Mailing address, kung iba sa permanenteng tirahan (Puwedeng gumamit ng PO Box):

Address ng kalye: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____

Ang iyong impormasyon sa Medicare

Numero ng Medicare: _____

Bahagi A – Segurong Pang-ospital Petsa ng Bisa: _____

Bahagi B – Segurong Pang-medika Petsa ng Bisa: _____

Sagutin ang mahahalagang tanong na ito

Magkakaroon ka ba ng ibang saklaw sa inireresetang gamot (tulad ng VA, TRICARE) bukod pa sa SFHP Care Plus?

☐ Oo ☐ Hindi

Pangalan ng iba pang saklaw: _____

Numero ng Miyembro para sa saklaw na ito: _____

Numero ng Grupo para sa saklaw na ito: _____

Ang mga Dual-Eligible Special Needs (HMO D-SNP) plan ay para sa mga kwalipikado sa Medicare at Medicaid. Sa pamamagitan ng pagpapatala sa plan na ito, nauunawaan mong dapat kang manatiling nakatala sa programang Medicaid ng iyong estado para manatiling kwalipikado para sa plan na ito.

1) Nakatala ka ba sa programang Medicaid (Medi-Cal) ng iyong estado? ☐ Oo ☐ Hindi

2) Kung “oo,” ibigay ang iyong Client Index Number (CIN) sa Medicaid na may siyam na digit: _____

Form ng Pagpapatala sa SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

MAHALAGA. Basahin at lagdaan sa ibaba.

Dapat kong panatilihin ang Ospital (Part A) at Medikal (Part B) para manatili sa SFHP Care Plus.

- Sa pamamagitan ng pagsali sa Medicare Advantage Plan na ito, sumasang-ayon akong ibahagi ng SFHP Care Plus ang impormasyon ko sa Medicare, na maaaring gumamit nito para subaybayan ang pagpapatala ko, para magsagawa ng mga pagbabayad, at para sa iba pang layuning pinapayagan ng Pederal na batas na nagpapahintulot sa pangangalap ng impormasyong ito (tingnan ang Pahayag sa Privacy Act sa ibaba). Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, ang hindi pagsagot ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plan.
- Nauunawaan kong puwede lang akong magpatala sa isang MA plan sa bawat pagkakataon at awtomatikong tatapusin ng pagpapatala sa plan na ito ang pagpapatala ko sa ibang MA plan (may mga pagbubukod para sa mga MA PFFS, MA MSA plan).
- Nauunawaan kong kapag nagsimula na ang aking saklaw sa SFHP Care Plus, dapat kong kunin ang lahat ng aking medikal na benepisyo at benepisyo sa inireresetang gamot sa SFHP Care Plus. Sasaklawin ang mga benepisyo at serbisyong ibinigay ng SFHP Care Plus at nakapaloob sa aking dokumentong “Handbook ng Miyembro” ng SFHP Care Plus (kilala rin bilang kontrata ng miyembro o kasunduan ng subscriber). Hindi babayaran ng Medicare o ng SFHP Care Plus ang mga benepisyo o serbisyong hindi sinasaklaw.
- Tama ang impormasyon sa form sa pagpapatala na ito sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung sasadyain kong magbigay ng maling impormasyon sa form na ito, aalisin ako sa pagkakatala sa plan.
- Nauunawaan kong ang lagda ko (o ang lagda ng taong legal na awtorisadong kumilos para sa akin) sa aplikasyong ito ay nangangahulugang nabasa ko at naunawaan ko ang mga nilalaman ng aplikasyong ito. Kung nilagdaan ng awtorisadong kinatawan (gaya ng inilarawan sa itaas), ang pirma na ito ay nagpapatunay na:
 - 1) Ang taong ito ay awtorisado sa ilalim ng batas ng Estado na kumpletuhin ang pagpapatalang ito, at
 - 2) Available ang dokumentasyon ng awtorisasyong ito kapag hiniling ng Medicare.

Lagda: _____

Petsa: _____

Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, lumagda sa itaas at punan ang mga field na ito:

Pangalan: _____

Address: _____

Numero ng Telepono: _____

Relasyon sa Nagpapatala: _____

Seksyon 2 — Lahat ng field sa pahinang ito ay opsyonal

Ang pagsagot sa mga tanong na ito ay nasa sayo ang pasya. Hindi ka maaaring pagkaitan ng saklaw dahil hindi mo sinagutan ang mga ito.

Mayroon ka bang lahing Hispanic, Latino/a, o Spanish? Piliin ang lahat ng naangkop.

- | | |
|--|---|
| ☐ Hindi, hindi mula sa lahing Hispanic, Latino/a, o Spanish | ☐ Oo, Cuban |
| ☐ Oo, Puerto Rican | ☐ Oo, may ibang lahing Hispanic, Latino/a, o Spanish |
| ☐ Oo, Mexican, Mexican American, Chicano/a | ☐ Pinipili kong hindi sagutin |

Ano ang iyong lahi? Piliin ang lahat ng naangkop.

- | | |
|--|---|
| ☐ Amerikano Indiano o Alaska Native | ☐ Black o African American |
| ☐ Asyano: | ☐ Native Hawaiian at Pacific Islander: |
| ☐ Asyano Indiano | ☐ Guamanian o Chamorro |
| ☐ Intsik | ☐ Native Hawaiian |
| ☐ Filipino | ☐ Samoan |
| ☐ Japanese | ☐ Iba pang Pacific Islander |
| ☐ Korean | ☐ White |
| ☐ Biyetnames | ☐ Pinipili kong hindi sagutin |

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa isang wikang maliban sa Ingles.

- ☐ Intsik ☐ Espanyol ☐ Biyetnames ☐ Ruso ☐ Tagalog

Pumili ng isa kung gusto mong padalhan ka namin ng impormasyon sa isang wikang maliban sa Ingles.

- ☐ Malaking Print ☐ Braille ☐ Suporta ng County ☐ Naka-encrypt na Audio CD ☐ Naka-encrypt na Data CD
- ☐ Audio Electronic (hindi naka-encrypt) ☐ Data Electronic (hindi naka-encrypt)

Mangyaring makipag-ugnayan sa SFHP Care Plus sa **1(415) 988-8500** o **1(844) 254-8500** (toll-free) kung kailangan mo ng impormasyon sa accessible na format maliban sa nakalista sa itaas. Mula Oktubre hanggang Marso, available ang aming mga Espesyalista ng Medicare araw-araw mula 8:00am–8:00pm. Mula Abril hanggang Setyembre, available kami Lunes–Biyernes mula 8:00am–8:00pm. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**.

Nagtatrabaho ka ba? ☐ Oo ☐ Hindi **Nagtatrabaho ba ang asawa mo?** ☐ Oo ☐ Hindi

Ilista ang iyong doktor ng pangunahing pangangalaga (PCP), klinika, o sentrong pangkalusugan: _____

Impormasyon tungkol sa Saklaw

Iminungkahing Petsa ng Pagkakabisa ng Saklaw: _____

Panahon ng Eleksiyon: ☐ IEP/ICEP ☐ AEP ☐ SEP ☐ OEPI

Form ng Pagpapatala sa SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

Para lang sa mga indibidwal na tumutulong sa nagpapatala sa pagsagot sa form na ito

Sagutan ang seksyong ito kung isa kang indibidwal (ibig sabihin, mga ahente, broker, tagapayo sa SHIP, kapamilya, o iba pang third party) na tumutulong sa nagpapatala na sagutan ang form na ito.

Pangalan: _____

Ugnayan sa nagpapatala: _____

Lagda: _____

National Producer Number: (Para lamang sa mga Ahente/Broker) _____

Opsyonal na espasyo para sa iba pa na pang-administratibong impormasyon na kailangan ng plan:

PAHAYAG SA PRIVACY ACT

Ang Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ay nangangalap ng impormasyon mula sa mga plan ng Medicare para subaybayan ang pagpapatala ng benepisyaryo sa mga Medicare Advantage (MA) Plan, pahasayin ang pangangalaga, at para mabayaran ang mga benepisyo ng Medicare. Pinapahintulutan ng Seksyon 1851 ng Social Security Act at 42 CFR §§ 422.50 at 422.60 ang pangangalap ng impormasyong ito. Maaaring gamitin, isiwalat, at ipagpalit ng CMS ang data sa pagpapatala mula sa mga benepisyaryo ng Medicare gaya ng tinukoy sa System of Records Notice (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", System No. 09-700588. Boluntaryo ang pagsagot mo sa form na ito. Gayunpaman, ang hindi pagsagot ay maaaring makaapekto sa pagpapatala sa plan.

Pagpapatunay ng Pagiging Kwalipikado para sa Panahon ng Pagpapatala

Karaniwang puwede ka lang magpatala sa isang Medicare Advantage plan sa taunang panahon ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon. May mga pagbubukod na posibleng payagan kang umalis sa pagkakatala sa Medicare Advantage plan sa labas ng panahong ito. Dahil isa itong Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP), maaaring magpatala ang mga kwalipikadong miyembro anumang oras sa taon sa ilalim ng Special Enrollment Period (SEP) sa Pinagsama-samang Pangangalaga.

Mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na pahayag at lagyan ng tsek ang kahon kung naaangkop sa iyo ang pahayag. Sa pamamagitan ng paglalagay ng tsek sa alinman sa mga sumusunod na kahon, pinapadunayan mo, sa abot ng iyong kaalaman, na kwalipikado ka para sa Panahon ng Pagpapatala. Kung kalaunan ay matutukoy naming mali ang impormasyong ito, maaari kang alisin sa pagkakatala.

- ☐ Bago lang ako sa Medicare.
- ☐ Nagpapatala ako sa Medicare Advantage D-SNP plan bilang bahagi ng Special Enrollment Period (SEP).
- ☐ Nakatala ako sa isang Medicare Advantage plan at gusto kong magpalit sa panahon ng Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP).
- ☐ ILumipat ako kamakailan sa labas ng lugar na pinagseserbisyuhan ng kasalukuyan kong plan o kakalipat ko lang at bagong opsyon para sa akin ang plan na ito. Lumipat ako noong (ilagay ang petsa). _____
- ☐ ILumaya ako sa pagkakakulong kamakailan. Pinalaya ako noong (ilagay ang petsa). _____

Form ng Pagpapatala sa SFHP Care Plus (HMO D-SNP)

- ☐ Kakabalik ko lang sa Estados Unidos pagkatapos kong permanenteng manirahan sa labas ng U.S. Bumalik ako sa U.S. noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Kamakailan lang ay naging legal na akong mamamayan ng Estados Unidos. Natanggap ko ang status na ito noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Medicaid (kakakuha lang ng Medicaid, nag-iba ang antas ng tulong ng Medicaid, o nawalan ng Medicaid) noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa Karagdagang Tulong ko na nagbabayad para sa coverage ng Medicare sa inireresetang gamot (kakakuha lang ng Karagdagang Tulong, nagbago ang antas ng Karagdagang Tulong, o nawalan ng Karagdagang Tulong) noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Mayroon akong Medicare at Medicaid (o tumutulong ang aking estadong magbayad para sa aking mga premium ng Medicare) o nakatanggap ako ng Karagdagang Tulong na nagbabayad para sa aking saklaw ng Medicare sa inireresetang gamot, pero wala akong binago
- ☐ Lilipat ako, naninirahan ako, o lumabas ako kamakailan sa Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, nursing home o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga). Ako ay lumipat/lilipat/lumabas sa pasilidad nang (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Umalis ako kamakailan sa isang programang PACE noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Nawala kamakailan ang aking creditable na saklaw sa inireresetang gamot (coverage na kasing ganda ng sa Medicare) nang hindi ko kagustuhan. Nawala ang aking coverage sa gamot noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Iwan ko ang saklaw ng aking employer o unyon sa (ilagay ang petsa). _____
- ☐ Kasali ako sa programang tulong sa parmasya na ibinibigay ng aking estado.
- ☐ Tatapusin na ng plan ko ang kontrata nito sa Medicare, o tatapusin na ng Medicare ang kontrata nito sa plan ko.
- ☐ Nakatala ako sa plan ng Medicare (o ng estado ko) at gusto kong pumili ng ibang plan. Nagsimula ang aking pagpapatala sa plan na iyon noong (ilagay ang petsa). _____
- ☐ Nakatala ako sa Special Needs Plan (SNP) pero nawala ang kwalipikasyon ko sa mga espesyal na pangangailangan na kailangan sa plan na iyon. Inalis ako sa pagkakatala sa SNP noong (ilagay ang petsa) _____
- ☐ Naapektuhan ako ng emergency na may kinalaman sa lagay ng panahon o malaking sakuna gaya ng idineklara ng Federal Emergency Management Agency (FEMA). Nalalapat sa akin ang isa sa iba pang pahayag na narito, pero hindi ako nakapagpapatala dahil sa natural na sakuna.

Kung hindi nalalapat sa iyo ang alinman sa mga pahayag na ito o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa SFHP Care Plus sa **1(415) 988-8500** o **1(844) 254-8500** (toll-free). Mula Oktubre hanggang Marso, available ang aming mga Espesyalista ng Medicare araw-araw mula 8:00am–8:00pm. Mula Abril hanggang Setyembre, available kami Lunes–Biyernes mula 8:00am–8:00pm. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **711**. Bisitahin kami sa **sfhp.org**.

Ang SFHP Care Plus (HMO D-SNP) ay isang HMO plan na may kontrata sa Medicare at Medi-Cal Nakadepende ang pagpapatala sa SFHP Care Plus sa pag-renew ng kontrata.