

Kung hihilingin mong umalis sa pagkakatala, dapat ay patuloy kang makatanggap ng lahat ng medikal na pangangalaga mula sa SFHP Care Plus hanggang sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pag-alis sa pagkakatala. Makipag-ugnayan sa amin para maberipika ang iyong pag-alis sa pagkakatala bago ka humingi ng mga serbisyong medikal na wala sa network ng SFHP Care Plus. Aabisuhan ka namin tungkol sa iyong petsa ng pagkakaroon ng bisa pagkatapos naming makuha ang form na ito mula sa iyo.

Apelyido:		Pangalan:		Gitnang Inisyal:
Numero ng Miyembro:				
Petsa ng Kapanganakan:	Kasarian: M F	Numero ng Telepono sa Bahay:		

Basahin nang mabuti at kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon bago lagdaan at lagyan ng petsa ang form ng pag-alis sa pagkakatala na ito:

Kung nagpatala ako sa ibang Plano sa Inireresetang Gamot ng Medicare Advantage o Medicare, nauunawaan kong kakanselahin ng Medicare ang aking kasalukuyang membership sa SFHP Care Plus sa petsa ng pagkakaroon ng bisa ng bagong pagpapatala na iyon. Nauunawaan kong posibleng hindi ko magagawang magpatala sa ibang plano sa ngayon. Nauunawaan ko rin na kung aalis ako sa pagkakatala sa aking coverage ng inireresetang gamot ng Medicare at kung gusto ko ng coverage ng inireresetang gamot ng Medicare sa hinaharap, posibleng magbayad ako ng mas mataas na premium para sa coverage na ito.

Ang Iyong Lagda*: _____ **Petsa:** _____

*O lagda ng taong awtorisadong kumilos sa ngalan mo sa ilalim ng mga batas ng Estado kung saan ka nakatira. Kung nilagdaan ng awtorisadong indibidwal (gaya ng inilarawan sa itaas), pinapatunayan ng lagdang ito na: 1) ang taong ito ay may awtorisasyon sa ilalim ng batas ng Estado para kumpletuhin ang pag-alis sa pagkakatala na ito at 2) available ang dokumentasyon ng awtoridad na ito kapag hiniling ng SFHP Care Plus o ng Medicare.

Kung ikaw ang awtorisadong kinatawan, dapat mong ibigay ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan: _____

Address: _____

Numero ng Telepono: _____

Kaugnayan sa Nagpatala: _____

Karaniwang puwede ka lang umalis sa pagkakatala sa Medicare Advantage plan sa panahon ng pagpapatala mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon o sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage mula Enero 1 hanggang Marso 31 ng bawat taon. May mga pagbubukod na posibleng payagan kang umalis sa pagkakatala sa Medicare Advantage plan sa labas ng panahong ito.

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, pinapatunayan mo sa abot ng iyong kaalaman, na kwalipikado ka para sa panahon ng pagpili.

- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Medicaid (kakakuha lang ng Medicaid, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng tulong ng Medicaid, o nawalan ng Medicaid) noong (ilagay ang petsa) _____.
- ☐ Nagkaroon ako ng pagbabago kamakailan sa aking Extra Help sa pagbabayad ng coverage ng inireresetang gamot ng Medicare (kakakuha lang ng Extra Help, nagkaroon ng pagbabago sa antas ng Extra Help, o nawalan ng Extra Help) noong (ilagay ang petsa) _____.
- ☐ Ako ay lumilipat sa, nakatira sa, o umalis kamakailan sa Pasilidad ng Pangmatagalang Pangangalaga (halimbawa, isang tahanan ng pag-aaruga o pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga). Ako ay lumipat/lilipat sa/aalis sa pasilidad sa (ilagay ang petsa) _____.
- ☐ Sasali ako sa programa ng PACE sa (ilagay ang petsa) _____.
- ☐ Sasali ako sa coverage ng employer o unyon sa (ilagay ang petsa) _____.
- ☐ Nakatala ako sa plano ng Medicare (o aking estado) at gusto kong pumili ng ibang plano. Nagsimula ang aking pagpapatala sa planong iyon noong (ilagay ang petsa) _____.

Kung wala sa mga pahayag na ito ang naaangkop sa iyo o hindi ka sigurado, mangyaring makipag-ugnayan sa SFHP Care Plus sa **1(833) 530-7327** (dapat tumawag ang mga user ng TTY sa **711**) para malaman kung kwalipikado kang umalis sa pagkakatala. Bukas kami mula 8:00am–8:00pm, pitong araw sa isang linggo mula Oktubre hanggang Marso, sarado kami tuwing Sabado at Linggo mula Abril hanggang Setyembre.