

如果您申請退保，則在退保生效日期之前，您必須繼續從 SFHP Care Plus 獲得所有醫療保健。在您在 SFHP Care Plus 的網絡外尋求醫療服務之前，請先聯絡我們核實您的退保狀況。我們會在收到您寄出的此表單後告訴您生效日期。

姓氏：		名字：	中間名縮寫：
會員編號：			
出生日期：	性別： 男 女	住宅電話號碼：	

請先仔細閱讀並填寫以下資訊，然後再在退保表上簽字並註明日期。

如果我已經參保其他 Medicare Advantage 或 Medicare 處方藥計劃，我理解，Medicare 將在新參保的生效日期當日取消我在 SFHP Care Plus 的當前會員資格。我理解，我目前可能無法加入其他計劃。我還理解，如果我退出我的 Medicare 處方藥保險，以後想要獲得 Medicare 處方藥保險，那麼我為此保險支付的保費可能更高。

您的簽名*：_____ 期：_____

*或根據您所在州的法律獲授權代表您行事的人的簽名。如果由獲授權個人（如上文所述）簽名，此簽名保證：1) 根據州法律，此人有權完成此次退保；及 2) SFHP Care Plus 或 Medicare 如有要求，可提供此授權的證明文件。

如果您是獲授權代表，則必須提供以下資訊：

姓名：_____

地址：_____

電話號碼：_____

與參保人的關係：_____

通常，您僅可以在年度參保期退出 **Medicare Advantage** 計劃，年度參保期為每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日，或在 **Medicare Advantage** 開放參保期退出計劃，開放參保期為每年的 1 月 1 日至 3 月 31 日。也有例外情況，讓您在此時期之外的時間退出 Medicare Advantage 計劃。

請仔細閱讀如下各項聲明，並勾選適用於您的聲明。透過勾選以下任一方框，您即證明，據您所知，您有資格獲得一個選擇期。

最近，我的 Medicaid 於 (插入日期) 發生了變更 (新獲得 Medicaid，Medicaid 援助級別發生變更，或失去了 Medicaid) _____。

最近，我用於支付 Medicare 處方藥保險費用的 Extra Help 於 (插入日期) _____ 發生了變更 (新獲得 Extra Help，Extra Help 級別發生了變更，或失去了 Extra Help)。

我正在搬入、目前居住於或最近搬出長期照護機構（例如療養院或長期照護機構）。
我於 (插入日期) _____ 搬入（出）/即將搬入（出）該機構。

我將於 (插入日期) _____ 加入 PACE 計劃。

我將於 (插入日期) _____ 加入僱主或工會保險。

Medicare (或我所在州) 讓我參保了一項計劃，而我想選擇別的計劃。我於 (插入日期) _____ 開始參保該計劃。

如果這些聲明均不適用於您，或您不確定，請聯絡 SFHP Care Plus，電話 **1(833) 530-7327** (TTY 使用者應致電 **711**)，看您是否有資格退保。我們的服務時間為 10 月至翌年 3 月，每天 8:00am–8:00pm，4 月至 9 月，週一至週五 8:00am–8:00pm。