

# 投保申請表說明

## CareOregon Advantage Plus (HMO-POS D-SNP)

### 您可透過三種方式投保：

- 1. 電話：**免費電話 888-712-3258、聽障專線 711。  
從 10 月 1 日起至隔年 3 月 31 日止，我們的服務時間為每週七天，上午 8 點至晚上 8 點；從 4 月 1 日起至 9 月 30 日止，我們的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。
- 2. 網站：**請造訪 [\*\*careoregonadvantage.org/enroll\*\*](https://careoregonadvantage.org/enroll)
- 3. 郵寄或傳真：**
  - 請填寫位於本資料夾背面口袋內之 Enrollment Application Form (投保申請表) 的所有頁面。
  - 請填寫您基本保健服務提供者的姓名。(您可選擇與您的醫生聯絡以確認其是否屬於本計劃的網絡，或者您可與我們聯絡以請我們為您確認。如需計劃醫療服務提供者的完整清單，請造訪我們的網站 [\*\*careoregonadvantage.org/providersearch\*\*](https://careoregonadvantage.org/providersearch)。)

- 請在申請表的最後一頁簽名並註明日期。
- 請透過郵寄或傳真將 Enrollment Application Form (投保申請表) 的正本 (白色) 交還給我們。

**郵寄：**請使用隨附郵資已付的信封或者寄送至：

CareOregon Advantage  
Enrollment Department  
315 SW Fifth Ave  
Portland, OR 97204

或者

**傳真：**503-416-8117

## **我們可隨時為您提供協助。**

**如果您對 CareOregon Advantage 有疑問，請與我們聯絡。**  
503-416-4279 或免費電話 888-712-3258、聽障專線 711