CareOregon Advantage

投保申请步骤说明

CareOregon Advantage Plus (HMO D-SNP)

您可通过三种方式投保：

1. **打电话：** 免费电话 888-712-3258，TTY 听障语障者专线 711. 我们的办公时间为：10 月 1 日至隔年 3 月 31 日，每周 7 天，早上 8 点至晚上 8 点；4 月 1 日至 9 月 30 日，周一至周五，早上 8 点至晚上 8 点。

2. **在线：** 请前往 ***careoregonadvantage.org/enroll***

3. **邮寄或传真：**

   - ☐ 请填写这个文件夹背面夹袋内《投保申请表》的所有 面。
   - ☐ 请输入您的初级保健提供者的姓名。 （您可以选择自己联系您的医生来确认他或她是否在我们的医疗网内，或者您可以联络我们，让我们帮您查询。
     请造访我们的网站查看完整的计划提供者名单，网址是 ***careoregonadvantage.org/providersearch***）
   - ☐ 请在表格的最后一页上签名并注明日期。
   - ☐ 请将《投保申请表》邮寄或传真回来给我们。

内容未完，请看背面

邮寄： 请使用随附的邮资已付信封，或请送至：

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

或

传真： 503-416-8117

我们将竭诚为您服务。

如果您有任何针对 CareOregon Advantage 的疑问，请联系我们。 503-416-4279 或免费电话 888-712-3258，TTY 听障语障者专线 711