



CENTRAL HEALTH Plan de beneficios dentales suplementarios MEDICARE PLAN

Formulario de inscripción:

Application Addendum: _____

Este formulario lo pueden utilizar los miembros que deseen agregar un Plan de beneficios dentales suplementarios a su Plan Central Health de Medicare.

- Puede inscribirse en el Plan de beneficios dentales suplementarios durante el Periodo de Inscripción Anual de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre), o dentro de los 90 días de la fecha de vigencia de su plan.
- El Plan de beneficios dentales suplementarios no está disponible con todos los Planes Central Health de Medicare. Los planes elegibles y las primas mensuales asociadas se encuentran enumerados a continuación.

Nombre del plan elegible	Plan de beneficios dentales suplementarios opcional		
	Prima mensual	Límite anual de beneficio por servicios dentro de la red	Límite anual de beneficio por servicios fuera de la red
Central Health Medicare Plan (HMO) 001	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Focus Plan (HMO C-SNP) 006	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Ventura Medicare Plan (HMO) 008	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health San Mateo Medicare Plan (HMO) 018	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Savings Plan (HMO) 019	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Jade Plan (HMO) 022	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Premier Plan I (HMO) 023	\$45	\$3,000	\$1,500
Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-1	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 025-2	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Classic Care Plan I (HMO) 027	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Classic Care Plan II (HMO) 028	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Part B Savings Plan (HMO) 029	\$21	\$3,000	\$1,500
Central Health Valor Care Plan (HMO) 030	\$21	\$3,000	\$1,500

La prima mensual por el Plan de beneficios dentales suplementarios se paga adicionalmente a su prima de la Parte B de Medicare. Si no paga la prima mensual del Plan de beneficios dentales suplementarios, perderá dicho Plan pero seguirá inscrito en el Plan Central Health de Medicare. Podrá inscribirse de nuevo durante el siguiente Periodo de Inscripción Anual de Medicare.



CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

Marque la siguiente casilla para añadir la cobertura adicional a su plan:

☐ **Me gustaría agregar el Plan de beneficios dentales suplementarios a mi Plan Central Health de Medicare.**

LEA Y FIRME

Entiendo que esta inscripción es para el Plan de beneficios dentales suplementarios que será adicional a los beneficios de mi Plan Central Health de Medicare. La inscripción al Plan de beneficios dentales suplementarios está limitada a ciertos periodos del año.

Entiendo que como miembro nuevo del Plan Central Health de Medicare, solo puedo agregar el Plan de beneficios dentales suplementarios dentro de los 90 días de la fecha de vigencia de mi plan para que la cobertura inicie el primer día del mes siguiente.

Entiendo que si no pago la prima mensual del Plan de beneficios dentales suplementarios, perderé el beneficio/cobertura pero seguiré inscrito en el Plan Central Health de Medicare y podré inscribirme de nuevo durante el Periodo de Inscripción Anual de Medicare.

Entiendo que puedo solicitar la cancelación de mi inscripción a este beneficio opcional en cualquier momento comunicándome con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de este formulario. Mi inscripción se cancelará al mes siguiente luego de que el Plan Central Health de Medicare reciba mi solicitud de cancelación.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del Estado donde vivo) en esta aplicación significa que he leído y entendido los contenidos de la misma. Si una persona autorizada ha firmado este formulario, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada según la ley del Estado para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible previa solicitud del Plan Central Health de Medicare o del mismo Medicare.

Al firmar, estoy de acuerdo con la elección de inscripción solicitada anteriormente y con la prima mensual adicional requerida.

Apellido del miembro: _____ Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro (opcional): _____ Número de Medicare: _____

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Seleccione cómo le gustaría pagar la prima mensual para su Plan de beneficios dentales suplementarios.

☐ Envíenme el recibo cada mes.

☐ Descuente la automáticamente de mi cuenta bancaria cada mes. (Brinde la información a continuación si escogió este método. Su prima mensual será descontada de su cuenta el 25 de cada mes)

Nombre del banco: _____ Número de ruta: _____

Número de cuenta: _____

Si está ayudando a otra persona a completar este formulario, firme arriba y brinde la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____

Relación con el inscrito: _____

Devuelva este formulario completado con su aplicación

Fax: 1-626-388-2371

Mail: Central Health Medicare Plan

PO Box 22800

Long Beach, CA 90801

Attention: Enrollment Department

Para obtener más información o ayuda con este formulario, llame a Servicios para Miembros al 1-866 314-2427 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora del Pacífico, los 7 días a la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre)